
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19



LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CINQUANTE-SIXIÈME ANNÉE

1883



PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1883

Nº 1. — MARDI 2 ET JEUDI 4 JANVIER 1883. 56e ANNÉE. MARDI 2 ET JEUDI 4 JANVIER 1883. — Nº 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** ».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL LAENNEC. Des affections associées de la moelle et du cerveau et notamment des lésions combinées des cordons postérieurs et latéraux (sclérose spinale postéro-latérale). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAUX DE PARIS. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie ne s'est pas encore sérieusement remise à la besogne.

Aucun des orateurs inscrits pour la discussion actuellement pendante n'étant prêt à prendre la parole, il a fallu lever la séance bien avant l'heure.

L'installation du nouveau bureau, avec les allocutions d'usage, très applaudies, a été suivie de l'élection de M. Leudet comme membre associé national, et d'une seule communication, — faite par M. Vidal à l'appui de sa candidature, — sur l'action de l'acide pyrogallique contre le chancre simple envahissant.

HOPITAL LAENNEC. — M. DAMASCHINO.

Des affections associées de la moelle et du cerveau et notamment des lésions combinées des cordons postérieurs et latéraux (sclérose spinale postéro-latérale).

La coïncidence fréquente de diverses affections du cerveau et de la moelle ou des lésions systématiques combinées de cette dernière a déjà été signalée ; mais on ne semble pas avoir attaché à ces faits toute l'importance qu'ils méritent. Le tableau des symptômes et les lésions anatomiques offrent, en effet, une complexité toute particulière, et la diagnose peut présenter parfois des difficultés presque insurmontables. Dans mon service de l'hôpital Laënnec, où se trouvent réunis un grand nombre de malades atteints d'affections du système nerveux, j'ai eu assez souvent l'occasion de rencontrer des cas de ce genre que l'on peut rapporter à un certain nombre de groupes principaux : je désire vous en présenter un court résumé et, pour chacune de ces variétés, je vous soumets des planches micro-photographiques représentant les altérations des diverses régions de la moelle épinière et du bulbe.

Ces photographies ont été exécutées par moi d'après des coupes préparées avec l'acide osmique et sur lesquelles, ainsi que je l'avais indiqué, il est facile d'étudier les altérations dégénératives des tubes à myéline : sur quelques-unes de ces photographies faites à un grossissement plus fort, on pourrait aisément compter les tubes nerveux épargnés par le processus morbide.

1° *Affections combinées de l'encéphale et de la moelle.* — Hémiplégie droite avec sclérose descendante du faisceau latéral, développée chez un sujet ataxique. Dans ce fait, le malade conduit à l'hôpital pour une ancienne hémiplégie droite se trouvait dans un état de démence absolue et ne pouvait donner aucun renseignement : il était aveugle et l'existence de l'ataxie fut soupçonnée parce que je constatai, des deux côtés, une abolition complète du réflexe rotulien. A l'autopsie, altération typique de la sclérose spinale postérieure ; et de plus, sclérose secondaire du faisceau latéral droit. L'ataxie, dans ce cas, semble avoir précédé l'attaque hémiplégique.

2° *Ramollissement de la protubérance annulaire et ataxie locomotrice progressive.* — Je dois ce fait à l'extrême obligeance de mon excellent collègue d'hôpital, M. le professeur Ball. A l'examen de la moelle, indépendamment des lésions habituelles des cordons postérieurs, il existait une sclérose descendante de l'un des faisceaux pyramidaux : cette sclérose était très intéressante en raison du développement prédominant du cordon de Jünk, lequel occupait une grande étendue du faisceau antérieur droit. Inversement, on rencontrait à peine une petite zone sclérosée au niveau du cordon latéral gauche. En recherchant le point de départ des lésions descendantes de la moelle, je pus constater que le bulbe présentait une sclérose de toute la pyramide antérieure ; il va sans dire qu'il n'y avait presque pas d'entrecroisement des pyramides. A la [illegible] de la protubérance annulaire exista[illegible]ent de 15 à 18 millimètres d[illegible] ligne médiane, la port[illegible] Varole. Malheureuse[illegible] prise complètem[illegible] séjour dans l[illegible] d'une ataxi[illegible]

3° *Pa*[illegible] n'insis[illegible] fréq[illegible] fon[illegible] un[illegible]

4° *Paralysie générale et sclérose des cordons latéraux.* — J'ai eu l'occasion de rencontrer un fait de ce genre dans lequel le tableau symptomatique était celui de la sclérose en plaques cérébro-spinale. A l'autopsie, indépendamment des lésions très accentuées de la paralysie générale, il existait une sclérose descendante des deux cordons latéraux, plus marquée à droite. Chez une autre malade, atteinte de paralysie générale bien caractérisée, j'avais constaté pendant près de deux années l'existence de réflexes tendineux très exagérés, sans qu'il y eût toutefois aucun autre symptôme d'affection médullaire. A l'autopsie, je trouvai de même, conformément à mes prévisions, une sclérose très marquée des cordons latéraux.

5° *Ataxie locomotrice progressive, paralysie générale et sclérose des cordons latéraux.* — Dans un fait que j'ai pu étudier complètement, il ne s'agit pas seulement de symptômes d'incoordination motrice rencontrés au début d'une paralysie générale progressive, symptômes produits par des lésions de sclérose diffuse développée sur les cordons postérieurs. L'ataxie locomotrice s'était révélée par l'ensemble des phénomènes de la forme commune : il y avait aussi amaurose par atrophie grise des nerfs optiques. Ce malade avait présenté en outre le délire ambitieux et les symptômes non douteux de la paralysie générale : pendant les quinze derniers jours de sa vie, l'excitation délirante était presque continuelle; il existait en plus un tremblement très marqué des quatre membres, surtout aux mains, notamment du côté droit. A l'autopsie, lésions classiques de la sclérose spinale postérieure sur toute l'étendue des cordons sensitifs, sauf une petite zone en croissant située à la partie antérieure de ces faisceaux, au voisinage immédiat de la substance grise (1); de plus, sclérose des deux cordons latéraux occupant, surtout à droite, toute la hauteur de la moelle, et dégénération grise des deux nerfs optiques avec atrophie des papilles. Enfin, altérations typiques de la paralysie générale à la surface des circonvolutions du cerveau et au quatrième ventricule.

Dans ce fait remarquable, on ne peut considérer la sclérose des cordons latéraux comme une sclérose descendante d'origine cérébrale : en effet, au niveau du bulbe, les deux pyramides antérieures étaient à l'état normal.

6° *Sclérose spinale postérieure et sclérose des cordons latéraux.* — Cette association morbide est très certainement plus fréquente que ne tendraient à le faire supposer les quelques cas publiés jusqu'à ce jour (notamment ceux de Leyden, Prévost, Pierret, Westphall, Schultze, Raymond).

Si j'en juge par les autopsies que j'ai pratiquées et par les faits cliniques soumis en ce moment à mon observation, cette lésio[illegible] quelle convient fort bien le nom
de [illegible] atérale de la moelle ou plus
[illegible] stéro-latérale, cette lésion
[illegible] une simple rareté ana-
[illegible] sion de l'étudier sur
[illegible] et l'une des ataxi-
[illegible] einte. (Je note-
[illegible] ataxie héré-

[illegible] nts sont

[illegible] ciale,
[illegible] taxie

ceux de l'ataxie qui ouvre la scène et qui parfois précède pendant un long temps les autres phénomènes morbides. Ceux-ci se manifestent par l'affaiblissement plus ou moins marqué des membres inférieurs sans atrophie musculaire, et en outre par des raideurs, des crampes parfois très pénibles et persistantes ou même par des tremblements. Ces crampes et ces raideurs se montrent avec une durée et une violence beaucoup plus grandes que dans l'ataxie vulgaire. L'existence des réflexes tendineux, non plus que la trépidation épileptoïde, n'ont été constatés sur mes malades. La lésion anatomique est, dans ces circonstances, celle de l'ataxie combinée à la sclérose latérale.

Quelquefois les cordons postérieurs et latéraux ne sont pas affectés au même degré ni avec la même intensité dans toute la hauteur de la moelle. Il va sans dire que les symptômes cliniques sont alors fort irréguliers et que la confusion est très facile avec la sclérose en plaque fruste. Au point de vue anatomo-pathologique, la différence est toutefois bien marquée : à l'inverse de ce qui a lieu dans la sclérose en plaques, les faisceaux blancs antérieurs et surtout les cornes de substance grise sont toujours épargnés, tandis que la lésion des cordons postéro-latéraux présente toujours la forme rubanée alors même que la sclérose est inégalement répartie sur les diverses régions de la moelle.

Dans l'un des faits que j'ai étudiés tandis que l'altération des cordons latéraux, quoique plus complète à gauche, occupait toute la hauteur de la moelle et décroissait d'importance, à mesure que l'on s'approchait du *filum terminale,* la sclérose des cordons postérieurs se trouvait plus inégalement répartie; au renflement lombaire, la lésion de ces cordons siégeait surtout au niveau des zones radiculaires internes; à la région dorsale, ces zones étaient moins atteintes que les cordons de Goll. Enfin, au renflement cervical, ceux-ci étaient presque uniquement sclérosés et, à la région cervicale supérieure, eux seuls étaient affectés (lésion de dégénération secondaire).

Une conséquence clinique d'une réelle importance découle tout particulièrement de l'existence de cette sclérose postéro-latérale. L'impotence motrice des ataxiques condamnés au séjour du lit peut tenir, en effet, à trois conditions différentes qu'il importe de bien connaître.

C'est d'abord l'excessive incoordination des mouvements volontaires des membres inférieurs avec conservation absolue de la force musculaire. Duchenne (de Boulogne) a bien insisté sur ces faits qui sont d'observation journalière.

En second lieu, l'impuissance motrice est due à l'affaiblissement des membres inférieurs avec atrophie d'un nombre plus ou moins considérable de muscles. Les travaux de M. le professeur Charcot et de ses élèves nous ont fait connaître que ce syndrome est en rapport avec l'atrophie corrélative des grosses cellules nerveuses de la corne grise antérieure.

Enfin, dans un troisième ordre de faits, le séjour au lit est produit par la combinaison des lésions systématiques occupant les cordons postérieurs et latéraux. Lorsque l'impotence est le fait de la sclérose des faisceaux latéraux développée chez un sujet tabétique (Westphall), il n'existe pas d'atrophie musculaire : on doit se bien garder de prendre pour de l'atrophie l'état de macilence des muscles en rapport avec l'amaigrissement général.

7° *Coexistence de foyers d'hémorragie ou de ramollissement dans les deux hémisphères cérébraux.* — Cette coïncidence,

depuis longtemps signalée, donne lieu à un tableau symptomatique d'une complexité parfois extrême. On comprend combien le diagnostic peut être obscur, quand on vient à examiner, sans être renseigné sur l'évolution des symptômes morbides, un malade atteint depuis un certain temps de ces lésions siégeant dans les deux hémisphères. Lorsque, ainsi qu'il advient souvent en pareilles circonstances, les renseignements donnés sont incomplets ou nuls, on peut se trouver invinciblement conduit à soupçonner l'existence d'une sclérose en plaques, tandis que les symptômes de raideur et de contracture latente sont le fait de la lésion descendante occupant les deux cordons latéraux et de la moelle. J'ai observé déjà deux faits de ce genre et un des malades actuellement dans mon service présente ce même syndrome.

Tels sont les principaux faits de lésions combinées de la moelle et du cerveau que j'ai pu étudier complètement au point de vue des symptômes cliniques et des lésions anatomiques : nul doute qu'il en puisse exister d'autres encore. J'ai tenu, dès à présent, à les rassembler pour en présenter un court résumé, car ils sont d'observation journalière et l'on s'exposerait à de graves mécomptes en négligeant les applications pratiques dont ils sont susceptibles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 janvier. — Présidence de M. Gavarret, puis de M. Hardy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le Ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Gustave Bouchardat, comme membre titulaire dans la section de physique et de chimie, en remplacement de M. Bussy.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Bouchardat prend place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend des lettres de MM. les docteurs Vallin et Lanoix, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et d'hygiène médicale.

M. Bouley présente, au nom de MM. Nocard et Mollereau, une note manuscrite intitulée : *De l'emploi de l'eau oxygénée comme moyen d'atténuation de certains virus.*

Il résulte de cette note que le virus du charbon symptomatique, par exemple, suffisamment étendu d'eau oxygénée, devient incapable de causer la mort, tout en procurant aux animaux inoculés une immunité relative pour l'action de virus un peu moins affaibli.

Cette atténuation du virus s'expliquerait, suivant M. Pasteur, par l'action oxydante de l'eau oxygénée.

M. le Président Gavarret rend compte de la visite faite, suivant l'usage, par le bureau de l'Académie, à M. le Ministre de l'instruction publique, à l'occasion du jour de l'an.

M. le Président, suivant l'usage, avant de sortir de fonctions, rappelle les travaux de l'Académie durant l'année qui vient de s'écouler; il paye un tribut de regret à tous les membres qu'elle a perdus en 1882, souhaite la bienvenue à ceux qu'elle a nommés pour remplir les vides ainsi produits.

Il termine son allocution en remerciant encore une fois l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la diriger, et il invite M. Hardy à le remplacer au fauteuil.

M. Hardy demande à l'Académie de voter des remerciements au bureau sortant. Cette proposition est adoptée par acclamations.

ÉLECTIONS

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre associé national.

La commission présente les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Cazeneuve (de Lille); en deuxième ligne, M. Leudet (de Rouen); en troisième ligne, M. Tholozan (en Perse); en quatrième ligne, M. Ollier (de Lyon); en cinquième ligne *ex æquo*, MM. Parise et Béchamp (de Lille).

Le nombre des votants est de 75; la majorité de 38.

M. Leudet obtient.	53	suffrages.
M. Cazeneuve.	16	—
M. Ollier.	3	—
M. Tholozan	2	—
M. Béchamp	1	—

En conséquence, M. Leudet, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre associé national.

RAPPORT

M. Gautier lit un rapport sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical.

LECTURE

M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, candidat pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, lit un travail intitulé : *Traitement du phagédénisme du chancre simple par l'acide pyrogallique ou pyrogallol.* Voici les conclusions de ce travail :

1° L'acide pyrogallique ou pyrogallol, en détruisant la virulence du chancre simple, en arrête le phagédénisme et le transforme rapidement en une plaie ordinaire;

2° Ne déterminant qu'une douleur très modérée, de quelques minutes de durée, limitant *presque* exclusivement son action caustique aux tissus malades; d'une application facile à répartir sur tous les points envahis, le pyrogallol, incorporé dans une pommade ou mélangé, dans la proportion d'un dixième, avec une poudre inerte, est, jusqu'à ce jour, le meilleur topique pour le traitement du chancre simple et de son phagédénisme;

3° Ces préparations peuvent, sans danger d'une absorption suffisante pour déterminer des phénomènes toxiques, être étendues sur de larges ulcérations phagédéniques;

4° D'une efficacité remarquable pour combattre le phagédénisme du chancre simple, le pyrogallol n'a pas d'action spéciale sur le phagédénisme des ulcérations syphilitiques (phagédénisme tertiaire).

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

HOPITAUX DE PARIS

Le classement et la répartition des élèves internes et externes ont été arrêtés de la manière suivante pour l'année 1883 :

Hôtel-Dieu. — Médecin : M. le professeur Germain Sée; chef de clinique : M. Talamon; interne : M. Gallois; externes : MM. Massaloux-Lamonnerie, Martin de Magny, Leplichey, Deregnancourt, Wertheimer, Vilcoq, Secheyron, Parmentier et Rogier.

Médecin : M. Vulpian; interne : M. Babinski; externes : MM. Chrétien, Fauchon, Saric et Piéard.

Médecin : M. Hérard; interne : M. Charrin; externes : MM. Collin (Henri), Conscience, Fernandez de Armenteros, Grenier (Louis).

Médecin : M. Moutard-Martin; interne : M. Bourdel; externes : MM. Alcindor, Lesage (Adolphe), de Campo-Salles et Lamarque.

Médecin : M. Empis; interne : M. Morin; externes : MM. Dupaquier, Mlle Khumphe, MM. Laskine et Lambert.

Médecin : M. Gallard; interne : M. Gendron; externes : MM. Roulland, Léonardon-Lapervanche, Monprofit et Nourric.

Chirurgien : M. le professeur Richet; chef de clinique : M. Bazy; internes : MM. Ménard, Roger et Cayla; externes : MM. Laguesse, Munschina, Bataille, Hernandez y Mederos, Leleu, Skinner, Regnault (Louis), Laroche, Franc (Eugène).

Chirurgien : M. le professeur Panas; chef de clinique : M. Bar-

thélemy; internes : MM. Broca, Phocas et Delapersonne; externes : MM. Vuillemin, Ruyssen, Bourdin, Mayor, Chevassus et Gaudin.

Chirurgien : M. Le Fort; internes : MM. Wickham et Beurnier; externes : MM. Baradat, Casanova, Binant et Jawarowski.

Hôtel-Dieu annexe. — Médecin : M. Tapret; interne : M. Hischmann, interne provisoire; externe : M. Pannecière.

Médecin : M. Troisier; interne : M. Budor, interne provisoire.

Médecin : M. Moutard-Martin (Robert); interne : M. Champeil.

Hopital de la Charité. — Médecin : M. le professeur Hardy; chef de clinique : M. Josias; interne : M. Beltremieux; externes : MM. Planchard, Louis, Dubarry, Sadoc et Sciaky.

Médecin : M. Bernutz; interne : M. Colleville; externes : MM. Mauxion, Herck, Basset (Ernest) et Charpin.

Médecin : M. Peter; interne : M. Martinet; externes : MM. Dieudonné, Bourgougnon, Secrétan et Laroussinie.

Médecin : M. Laboulbène; interne : M. Pignot; externes : MM. Perchaux, Fournel, Fournier (Henri) et Malaingre.

Médecin : M. Desnos; interne : M. Chéron; externes : MM. Barzilay, Leroy (Lucien) et Vrain.

Médecin : M. Féréol; interne : M. Leprévost; externes : MM. Derache, Dien, Alphandery et Rendon.

Chirurgien : M. le professeur Gosselin; chef de clinique : M. Picqué; internes : MM. Ricard, Boiffin et Hallé; externes : MM. Jollet, Leriche, Mosny, Garnier et Luzet.

Chirurgien : M. Desprès; internes : MM. Revilliod et Brunon; externes : MM. Bessière, Dautigny et Guimaraès.

Accoucheur : M. Budin; interne : M. Rivet; externes : MM. Dutheil et Magniatis.

Hopital de la Pitié. — Médecin : M. le professeur Lasègue; chef de clinique : M. Brissaud; interne : M. de Brun du Bois Noir; externes : MM. Lapasset, Duchastelet, Leclercq, Balme, de l'Hamaide.

Médecin : M. Dumontpallier; interne : M. Bonnaire; externes : MM. Para, Testaz, Ribet, Bosviel-Grellety et Delaborde.

Médecin : M. Audhoui; internes : MM. Barral et Peltier; externes : MM. Benoît (Henri), Vazeille, Guillaume, Hennocque et Fleury.

Médecin : M. Brouardel; interne : M. Netter; externes : MM. Wilbien, Dortel, Barrère et Gaudichier.

Médecin : M. Lancereaux; interne : M. Gilson; externes : MM. Petresco, Faille, Gommier, Artzirouni, Lefèvre (Armand), Huet.

Médecin : M. Cornil; interne : M. Gibier; externes : MM. Melchior-Robert, Tourneur, Regnauld, Klippel, Imberdis.

Chirurgien : M. le professeur Verneuil; chef de clinique : M. Redard; internes : MM. Verchère, Tuffier et Ozenne; externes : MM. Charrier, Lancry, Bataille, Lejars, Valat et Peugniez.

Chirurgien : M. Polaillon; internes : MM. Sapelier, Brossard et Clado; externes : MM. Caussade, Dupré, Thomas, Grenier (Gabriel), Roche, Clinciano.

Hopital Necker. — Médecin : M. le professeur Potain; chef de clinique : M. Gaucher; interne : M. Duflocq; externes : MM. Barbet, Andrieux, Richer et Mauxion.

Médecin : M. Blachez; interne : M. Queyrat; externes : MM. Souplet, Bich, Baudoin, Mlle Edwards.

Médecin : M. Grancher; interne : M. de Gennes; externes : MM. Vignalon, Moulonguet, Hillemand et Méry.

Médecin : M. Rigal; interne : M. Chantemesse; externes : MM. Bouchut, Mavel, Boutaran et Pigelet.

Chirurgien : M. le professeur Trélat; chef de clinique : M. Paul Segond; internes : MM. Léjard, Damalix et Métaxas; externes : MM. Desgoffes, Vignerot, Pozzi, Semelaigne et Nivière.

Chirurgien : M. Guyon; internes : MM. Hache, Pousson et Malécot; externes : MM. Chevalier, Bevoil (Henri), Leudet, Gioux, Helme et Ballue.

Hopital Saint-Antoine. — Médecin : M. Mesnet; interne : M. Poupinel; externes : MM. Gonzalès, Vimont, Vaquez, Clarot.

Médecin : M. Hallopeau; interne : M. Giraudeau; externes : MM. Testelin, Lanel, Caravias, Panné.

Médecin : M. Dujardin-Beaumetz; interne : M. Ettinger; externes : MM. Alexandre, Marieux, Graverry, Schoofs, Bouygues.

Médecin : M. Hayem; interne : M. Gilbert; externes : MM. Lion, Rieffel, Mulette, Vivant.

Médecin : M. Xavier Gouraud; interne : M. Dalché; externes : MM. Cotton d'Englesqueville, Oursel, Cœur et Revertegat.

Médecin : M. Sevestre; interne : M. Lebreton; externes : MM. Martin (Henri), Genestoux, Gourichon, Boudet et Boursier.

Médecin : M. Dieulafoy; interne : M. Binet; externes : MM. Verdié, Leter, Macry, Renard (Jean), Michaux.

Chirurgien : M. Périer; internes : MM. Jardet, Dauge et Tissier; externes : MM. Torkomian, Valette, Deschamps, Boyer et Reboul.

Chirurgien : M. Delens; internes : MM. Bartillion, Notta et Ménétrier : externes : MM. Letellier, Beauvillet, Maurin, Rioblanc, Robillard, Chaureau et Galland.

Service des varioleux. — Médecin : M. Gombault; interne : M. Demars.

Hopital Cochin. — Médecin : M. Bucquoy; interne : M. Richardière; externes : MM. Michel, Sardon, Villemin et Levaux.

Chirurgien : M. Théophile Anger; internes : MM. Proust, Delotte et Bodini; externes : MM. Cazaux, Cazals, Mantel, Drouet, Macquart et Legrix.

Chirurgien : M. Marchand; interne : M. Jacquelot; externe : M. Lallot.

Services provisoires. — Médecin : M. Joffroy; internes; MM. Belin et Aurière, internes provisoires.

Médecin : M. Moizard; internes : MM. Demoulin et Crivelli, internes provisoires.

Hôpital Beaujon. — Médecin : M. Millard; interne : M. Geffrier; externes : MM. Nivet, Geoffroy, Rouiller, Charon et Bataillard.

Médecin : M. Guyot; interne : M. Thuvien; externes : MM. Jonesco, Pichevin, Cousin et Grattery.

Médecin : M. Gombault; internes : MM. Ribail et Poupon; externes MM. Régnier, Chopard, Debarris, Bernard et Torrès.

Médecin : M. Fernet; interne : M. Boulland; externes : MM. Crousté, Marty, Sabatier et Souques.

Chirurgien : M. Tillaux; internes : MM. Hue, Guinard et Chapus; externes : MM. Fauvelle, Maritoux, Mullot, Meneault, Hontang, Leroy de Langevinière et Calot.

Chirurgien : M. Léon Labbé; internes : MM. Marcigney, Morel-Lavallée et Hamonic; externes : MM. Fretin, Hervé de Lavaur, Bertin, Branthomme, Bonnet (Jean) et Chatelet.

Hopital Lariboisière.—Médecin : M. Jaccoud; internes : M. Chauffard; externes : MM. Chauveau, Récamier, Bezançon et Masingue.

Médecin : M. Siredey; interne : M. Gastel; externes : MM. Muleur, Conjette, Gaune, Parde de Tavesa, Durand et Blanche.

Médecin : M. Proust; internes : MM. Schmitt et Malibran; externes : Cohen, Legrain, Springer, Lallemant, Bezançon et Lachaud.

Médecin : M. Constantin Paul; interne : M. de Langenhagen; externes : MM. Pouillande, Longueville, Despaigne et Puistienne.

Médecin : M. Bouchard; interne : M. Karth; externes : MM. Guinon, Magnier (Louis), Guignon et Pinel.

Médecin : M. Duguet; interne : M. Lannois; externes : MM. Quermonne, Pallier, Dupré et Gouttière.

Chirurgien : M. Duplay; internes : MM. Walther, Berne, Gondoléon, Jocqs; externes : MM. Hélie-Genesteix, Maron, Dupré (Pierre), Basset, Souly, Gibotteau, Patenostre.

Chirurgien : M. Benjamin Anger; interne : MM. Guillet, Carlier, et Belin; externes : MM. Herelz, Bolquères, Courtois, Cocassié, Sallart, Courcanet, Riocreux, Cocu.

Accoucheur : M. Pinard ; interne : M. Boissard ; externes : MM. Chambert, Lacailler.

Hopital Tenon. — Médecin : M. Landouzy ; interne : M. Gomot ; externes : MM. Mounet, Dewèvre, Plumet et Jaille.

Médecin : M. Straus ; interne : M. Cochez ; externes : MM. Geloz, Trelhe, Cahen (Justin) et Grenet.

Médecin : M. Rendu ; interne : M. Thibierge ; externes : MM. Grandhomme, Lefebvre, Turbert, Callais et Gresset.

Médecin : M. Rathery ; interne : M. Boursier ; externes : MM. Delahaye, Boussel, Villard et Coculet.

Médecin : M. Huchard ; interne : M. Pennel ; externes : MM. Roussel, Rigolet, Durup et Aubert.

Médecin : M. Tennesson ; interne : M. Boucli ; externes : MM. Denux, Julien, Bouquet et Pissot.

Chirurgien : M. Gillette ; internes : MM. Gilly, Dubreuilh et Blocq ; externes : MM. Costri, Watteau, Michaut, Debrigode, Humblot, Marcel.

Chirurgien : M. Lucas-Championnière ; internes : Brodeur, Charles et Larjeau ; externes : MM. Leblond, Trévelot, Espaignet, Martha, Franc et Hallenfeltz.

Accoucheur : M, Ribemont ; interne : M. Mérigot ; externes : MM. Coupart et Reval.

Services provisoires. — Médecin : M. Du Castel ; interne : M. de Tornery, interne provisoire.

Médecin : M. Roques ; interne : M. Sérode, interne provisoire.

Hopital Laennec. — Médecin : M. Ball ; interne : M. Luc ; externes : MM. Juronville, Rouffignac et Dentovich.

Médecin : M. Ferrand ; interne : M. Feulard, externes : MM. Gautier, Soto, Delattre et Chuquet.

Médecin : M. Damaschino ; interne : M. Gillet de la Tourette ; externes : MM. Delarue, Pothérot, Plicque, Barraud et Wurtz.

Médecin : M. Legroux ; interne : M. Gautier ; externes : MM. Rouillon, Renard, Ménager, Mathieu et Sicaud.

Chirurgien : M. Nicaise ; internes : MM. Barbulée et Dubief ; externes : MM. Doublet, Lefèvre, Bibard, Guiot et Minard.

Services provisoires. Médecin : M. Hanot ; interne : M. Martin de Gimard.

Médecin : M. Gingeot ; interne : M. Lauth, interne provisoire.

Hopital des Tournelles. — Médecin : M. Gaillard-Lacombe ; interne : M. Ribeton, interne provisoire.

Hopital Saint-Louis. — Médecin : M. le professeur Fournier ; chef de clinique M. Leloir ; interne : M. Lavergne ; externes : MM. Taurin, Gougelet, Rebite et Rioudé.

Médecin : M. Lailler ; interne : M. Barbe ; externes : MM. Monique, Meunier, Colin et Barre.

Médecin : M. Guibout ; interne : M. Legendre ; externes : MM. Martin, Bordes, Copines et Ansalon.

Médecin : M. Vidal ; interne : M. Lermoyez ; externes : MM. Lefebvre, Motton, Leclerc et Weill.

Médecin : M. Besnier ; interne : M. de Molènes ; externes : MM. Bogdan, Durieux, Bernard et Renouard.

Médecin : M. Ollivier ; interne : M. Uribe ; externes : MM. Roland, Parrens, Gustin et Vilpelle.

Chirurgien : M. Péan ; internes : MM. Sené, Perrin et Soyer ; externes : Bonnet, Roger, Maréchal, Girard, Boquin et Weill.

Chirurgien : M. Le Dentu ; internes : MM. Carron, Bouley et Ladroitte ; externes : MM. Combarrien, Jouilliard, Devernène, Leyat, Cauvet et Muller.

Chirurgien : M. Porak ; interne : M. Ollive ; externes : MM. Moulinet, Mouzon.

Chirurgien : M. Balzer ; interne : M. Villar (interne provisoire).

Hopital du Midi. — Médecin : M. Simonnet ; interne : M. Gellé ; externes : MM. Siobis et Rondepierre.

Médecin : M. Mauriac ; interne : M. Jeanton ; externes : MM. Dassieu, Lavernhe et Panas.

Chirurgien : M. Horteloup ; interne : M. Bottey ; externes : MM. Louis, Amiel et Valin.

Hopital de Lourcine. — Médecin : M. Martineau ; interne : M. Crespin ; externes : MM. Khokloff, Legendre et Haralambie.

Médecin : M. Hutinel ; interne : M. Deschamps ; externes : MM. Paudier, Bresson et Stœber.

Chirurgien : M. Pozzi ; interne : M. Courtade ; externes : MM. Sertlet, Charrier et Delalande.

Service provisoire. — Médecin : M. Labadie-Lagrave ; interne : M. Thouvenet, interne provisoire.

Hopital des Enfants-Malades. — Médecin : M. Bouchut ; interne : M. Toupet ; externes : MM. Thominet, Dusseaud, Fernandez et Lédié.

Médecin : M. Labric ; interne : M. Dauchez ; externes : MM. Archambault (Raymond), Lemoyne, Sauvage et Burnena.

Médecin : M. Archambault ; interne : M. Ayrolle ; externes : MM. Foubert, Delize, Marquezy et Legros.

Médecin : M. Jules Simon ; interne : M. Meunier ; externes : MM. Desforges, Moralès et Besnard.

Médecin : M. Descroizilles ; interne : M. Vallin ; externes : MM. Kœnig, Greniet et Dufresnoy.

Chirurgien : M. de Saint-Germain ; internes : MM. Valude et Monnier ; externes : MM. Raoult, Dutremblay, Gilis, Gauthier, Herr, Escawas et Mariage.

Hôpital Trousseau. — Médecin : M. d'Heilly ; interne : M. Durand-Fardel ; externes : MM. Carlet, Morin et Geoffroy.

Médecin : M. Triboulet ; interne : M. Renault ; externes : MM. Caravias, Pernel, Sebillion et Pilliet.

Médecin : M. Cadet de Gassicourt ; interne : M. Darier ; externes : MM. Chartier, Grisel, Saint-Martin et Schrœder.

Chirurgien : M. Lannelongue ; internes : MM. Frémont et Dayot ; externes : MM. Vauthier, Baron, Laffitte, Legry, Santoni et Thierry (Frédéric).

Hôpital de la Clinique d'accouchement. — Chirurgien : M. le professeur Depaul ; chef de clinique : M. X... ; externes : MM. Aron, Filibilin, Ruiz y Dias, Cadiz et Geneix.

Maison municipale de Santé. — Médecin : M. Labbé ; interne : M. Thoinot ; externes : MM. de Malherbe, Colanéri et Couture.

Médecin : M. Lecorché ; interne : M. Marcy ; externes : MM. Helleu, Turquet et Godard.

Chirurgien : M. Cruveilhier ; internes : MM. Delon et Lubet-Barbon ; externes : MM. Colle et Barancy.

Chirurgien : M. Marc Sée ; internes : MM. Florand et Blanc ; externes : MM. Frottier et Vallerand.

Hôpital de la Maternité. — Médecin : M. Hervieux ; interne : M. Berthod.

Chirurgien : M. Tarnier ; interne : M. Auvard.

Hospice de la Vieillesse (femmes). — Médecin : M. le professeur Charcot ; chef de clinique : M. Ballet ; interne : M. Bernard ; externes : MM. Duriau, Joffrion, Lhirondel, Boisleux, Dutil, Levillain, Rouet et Petit.

Médecin : M. Luys ; interne : M. Chaslin ; externes : MM. Hurtrel, Mothéau, Sallé et Gavilan.

Médecin : M. Moreau ; interne : M. Pignol ; externe : M. Bonfils.

Médecin : M. Auguste Voisin ; interne : M. Weber ; externes : MM. Cognet et Bosselut.

Médecin : M. Legrand du Saulle ; interne : M. Lormand ; externe : M. Villard (Maurice).

Chirurgien : M. Terrillon ; interne : M. Deneucé ; externes : M. Gautier, Jacquinot, Baumgarten et Rochefort.

Hospice de la Vieillesse (hommes). — Médecin : M. Debove ; interne : M. Potocki, interne provisoire.

Médecin : M. Falret ; internes : M. Bellangé et M. Lepage, interne provisoire.

Médecin : M. Jules Voisin ; internes : M. Achard et M. Duchon-Doris, interne provisoire ;

Médecin : M. Bourneville ; interne : M. Bouttier et M. Leflaive, interne provisoire ;

Chirurgien : M. Berger ; internes : MM. Festal, Vigneron et Jeanselme, internes provisoires.

Hopital des Enfants-Assistés. — Médecin : M. le professeur Parrot ; chef de clinique : M. Leroux ; interne : M. Bidault ; externes : MM. Gallois, de Vésian et Audiat.

Chirurgien : M. Guéniot ; interne : M. Châtellier ; externes : MM. Courbarien et Ygouf.

Hopital Bichat. — Médecin : M. Gérin-Roze ; interne : M. Pillot ; externes : MM. Quehery, Dupont, Hitier et Duron.

Médecin : M. Gouguenheim ; interne : M. Leval-Picquechef ; externes : MM. Luquet, Colin, Nodot et Dacosta.

Chirurgien : M. Terrier ; internes : MM. Hartmann et Catuffe ; externes : MM. Hirschfeld, Devès, Hervé, Cohen et Fleurot.

Hospice des Incurables. — Médecin : M. Raymond ; interne : M. Artaud et M. Lavie, interne provisoire ; externe : M. Demelin.

Chirurgien : M. Monod ; internes : M. Barbez et M. Didier, interne provisoire.

Hospice des Ménages. — Médecin : M. Quinquaud ; internes : M. Broussole et M. Gomet, interne provisoire.

Maison de Sainte-Périne. — Médecin : M. Landrieux ; internes : M. Schachmann et M. Raymond, interne provisoire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers décrets, en date des 28, 29 et 30 décembre 1882, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Meurs, médecin principal de première classe.

Au grade d'officier : M. le professeur Parrot ; MM. les docteurs Desgranges, médecin principal de la marine ; Goujon, maire du douzième arrondissement de Paris, médecin-adjoint de la préfecture et des prisons de la Seine ; Tarnier, chirurgien de la Maternité ; Morache, médecin principal de première classe ; Sifflet et Clédat de la Vigerie, médecins-majors de première classe ; Jaillard, pharmacien principal de première classe.

Au grade de chevalier : MM. Nègre, Seney, Rousse, Lenoir et Étienne, médecins de première classe de la marine ; Soutiers et Duval, médecins de deuxième classe de la marine ; Louvet, pharmacien de première classe de la marine ; Cuisinier (de Boulogne-sur-Mer) ; Isoard, ancien adjoint au maire de Marseille ; Bozonnet, membre du conseil général de l'Ain ; Allemand, membre du conseil général des Basses-Alpes ; Bénard, médecin de l'hospice de Buzançais ; Verdo, membre du conseil d'arrondissement de Marmande ; Naudet, médecin des hospices civils et des prisons de Langres ; Maloizel, médecin en chef de l'hôpital de Fontainebleau ; Bergerault, membre du conseil général de la Vienne ; Forgemol, maire d'Aix-sur-Vienne ; Dumas, Alibran, Derazey et Rochet, médecins-majors de première classe ; Sedan et Jourdan, médecins-majors de deuxième classe ; Léonardi, médecin en chef de l'hospice de Douai ; Bourgeois, médecin-chirurgien de l'hospice de Beauvais ; Barny, professeur à l'École de médecine de Limoges ; Talle, directeur de l'hôpital Lariboisière.

— La VIII[e] session du Congrès périodique international des sciences médicales aura lieu à Copenhague du 10 au 16 août 1884.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du trimestre de janvier 1883 (deuxième trimestre de l'année scolaire 1882-1883) sera ouvert le jeudi 4 janvier 1883 ; il sera clos le samedi 20 janvier à trois heures.

Passé le 20 janvier, nulle inscription ne sera reçue sans une autorisation rectorale ou ministérielle, selon le cas. Les inscriptions seront reçues les mercredis, jeudis, vendredis et samedis de midi à trois heures.

Les élèves de première et de deuxième année, qui ne sont point assujettis au stage hospitalier, devront prendre leur inscription du 4 au 11 janvier inclusivement. Les élèves soumis au stage prendront leur inscription du 12 au 20 janvier, aux jours et heures indiqués ci-dessus. Les inscriptions ne pourront être prises qu'autant que le stage hospitalier et la présence aux travaux pratiques auront été dûment constatés.

MM. les élèves sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté.

Les bulletins de versement pour les consignations et pour les examens continueront à être délivrés les lundis et les mardis, de midi à trois heures.

Observation importante. — Les bulletins de versement doivent être présentés à la Recette des droits universitaires (55, rue Saint-Jacques), autant que possible le jour même où ils sont délivrés.

— Par décret en date du 28 décembre 1882, M. François (Jean-Baptiste), médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, — emploi vacant par organisation.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. J.-B. Devillers. Cet honorable confrère, après avoir exercé la médecine vingt ans à Saint-Nicolas-lez-Arras, exerçait depuis vingt-trois ans à Arras. Il laisse les plus vifs regrets et la foule qui se pressait à ses funérailles attestait la reconnaissance des classes laborieuses auxquelles il avait consacré toute sa vie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Tarrillon, de Faulquemont (Alsace-Lorraine), qui vient de succomber par un coup fatal et imprévu, alors qu'une longue carrière semblait encore lui être promise. Le docteur Culmann (de Forbach) s'est fait l'interprète des regrets de la population et de ses confrères.

— Par décret en date du 30 décembre 1882, le cours complémentaire de clinique ophtalmologique, actuellement existant à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, a été transformé en cours magistral.

— A la suite d'un rapport de M. Bourneville, le projet de délibération suivant a été déposé au Conseil municipal de Paris.

Il sera créé un musée municipal d'hygiène ; ce musée sera établi provisoirement au rez-de-chaussée du bâtiment de l'Hôtel-Dieu, situé du côté du quai aux Fleurs. La chapelle de cet hôpital sera affectée à l'installation définitive ; la dépense, évaluée à la somme de 16,000 francs, sera imputée sur la réserve, pour dépenses imprévues du budget de 1882. Les frais d'entretien seront à la charge de la Ville.

— Une subvention de 8,100 francs vient d'être allouée par le Conseil municipal de Paris à M. Georges Pouchet, professeur au Muséum. Cette somme sera affectée à un voyage scientifique aux îles Açores dans le courant de l'année 1883.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13876.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES



Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital du Midi. Syphilides muqueuses. — Physiologie. Des procédés du dosage de l'hémoglobine. — Société de Chirurgie. — Revue bibliographique. — Nouvelles.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Syphilides muqueuses (1).

III

Les variétés des syphilides muqueuses sont nombreuses et reposent sur des différences morphologiques et sur certaines particularités accessoires ou surajoutées qui se rattachent au nombre, au volume, à la discrétion ou à la confluence des lésions, aux produits de sécrétion qui se font à leur surface, etc. Ici, comme dans la symptomatologie générale, il est nécessaire d'envisager à part les syphilides muqueuses proprement dites et celles des surfaces mucoso-cutanées.

A. Dans les premières, la lésion présente presque toujours le même aspect. En laissant de côté les éruptions exclusivement érythémateuses, diffuses ou à disposition cerclée, que trouve-t-on? La tache ou plaque érythémato-papuleuse dans laquelle l'hyperplasie dermo-papillaire se formule par un faible épaississement des couches les plus superficielles de la muqueuse, par des changements de coloration, par une chute partielle de l'épithélium et une transformation de celui qui reste à leur surface en un revêtement opalin caractéristique. Telle est la lésion dans ce qu'elle a de fondamental, la vraie plaque opaline, la plus fréquente et la plus caractéristique de toutes.

Que sa surface, au lieu de rester plate ou légèrement bombée, se déprime à son centre et s'épaississe sur ses bords, vous aurez la forme annulaire telle que je vous l'ai décrite à propos des papules cutanées, mais avec un caractère très atténué; car il n'y a pas là d'accumulation de squame possible pour accentuer le contraste avec la dépression du centre et la surélévation de la circonférence. Ces modifications dans la forme n'entraînent pas nécessairement une altération dans les produits sécrétés par la surface. Elle reste couverte d'une couche opaline dans tous ses points et pendant toute sa durée; mais quelquefois son centre devient érosif.

Dans le cas où la plaque est à vif, rouge, saignante, granuleuse depuis son début jusqu'à sa terminaison, elle mérite le nom d'érosive. C'est un caractère qui chez elle est d'ordinaire accidentel plutôt que permanent. J'en dirai de même de l'ulcération. Quand elle est très accusée, elle résulte plus souvent d'une complication que d'un mode particulier de l'évolution. Dans quelques cas cependant elle paraît se développer en vertu d'une idiosyncrasie qu'on dit être plus commune chez la femme que chez l'homme. On doit toujours se défier des plaques muqueuses qui s'ulcèrent. Si le fait se reproduit dans le premier temps de l'intoxication, il n'a pas en général beaucoup de gravité; mais s'il survient plus tard vers la deuxième ou la troisième année, il est probable que la lésion qui lui donne lieu est une néoplasie tuberculeuse plutôt qu'une plaque muqueuse.

Aux variétés précédentes, il faut ajouter la variété diphtéritique qui se combine souvent avec l'érosive et l'ulcéreuse qu'on pourrait ranger au nombre des complications. Enfin la variété hypertrophique, beaucoup plus rare sur les muqueuses que sur les surfaces mucoso-cutanées et qui consiste en une saillie anomale de la plaque. On ne la trouve qu'exceptionnellement dans les plaques isolées, sauf sur quelques points; elle résulte presque toujours d'une agglomération de plusieurs plaques qui semblent se renfoncer les unes les autres pour élever à l'état papuleux une partie ou la totalité de la nappe qu'elles forment. Dans ces sortes de plaques agminées on observe parfois des fissures profondes et ulcéro-érosives qui entament toute leur épaisseur.

B. Les syphilodermies papuleuses des surfaces mucoso-cutanées présentent dans leur aspect, leurs changements de forme et de volume, leur nombre et leur mode de processus, des différences beaucoup plus tranchées que les syphilodermies des muqueuses. Le type de ces sortes d'éruption, c'est la papule érosive. Elle est toujours arrondie, circulaire, convexe, semblable à une pastille adhérente aux tissus sous-jacents, régulière dans sa forme cerclée et ne s'en écartant que pour devenir elliptique ou allongée. Ses dimensions varient entre celle d'une lentille et celle d'une pièce de 50 centimes. Toujours beaucoup plus large que haute, elle mérite la qualification de papule plate; sa surface est dénudée, lisse ou granuleuse et toujours suintante.

Cette papule se déprime quelquefois dans ses parties centrales, tandis que ses bords conservent ou même accentuent leur saillie. Vous avez alors une papule annulaire humide ou suintante. Mais ce n'est là qu'une variété insignifiante et qui n'a rien de particulier à ces sortes de syphilodermies, puisqu'on la retrouve dans toutes les papules, quel que soit leur siège. La variété vraiment importante et qui appartient en propre aux surfaces mucoso-cutanées, c'est la variété hyper-

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 décembre 1882.

trophique, dont la sous-variété végétante n'est que la plus haute expression. Il y a bien des degrés dans cette exubérance hyperplasique qui s'empare des papilles. Quelquefois la papule s'agrandit dans tous les sens et devient une vraie tubérosité condylomateuse, à large base, à surface régulièrement bombée; d'autres fois elle s'épanouit dans ses parties supérieures et sur ses bords qui dépassent sa base; elle présente alors la configuration d'un champignon. Mais, quelle que soit la forme que revêt la papule, à mesure qu'elle s'hypertrophie, sa surface reste constamment humide et suintante, ou tend à le redevenir si quelque cause accidentelle a tari momentanément sa sécrétion. De plus, sa surface qui était grenue passe à l'état mamelonné par suite du développement inégal de l'hyperplasie papillaire ou de l'individualité que tend à prendre dans l'ensemble chaque groupe de papilles. A mesure que le développement hypertrophique s'accuse, les sillons qui séparent les mamelons se creusent, tandis que ces derniers s'accentuent de plus en plus et forment une végétation plus ou moins touffue, qui n'atteint cependant jamais le degré de fragmentation profonde et si multipliée qu'on observe dans les végétations communes et non syphilitiques. Ces papules végétantes peuvent devenir monstrueuses. Il y en a qui mesurent 5 et 10 centimètres de largeur sur 1 ou 2 centimètres d'élévation. Jugez du résultat que doit donner leur confluence sur une même région!

N'est-ce pas un véritable éléphantiasis?

Toutes les papules mucoso-cutanées sont érosives. Il y en a qui deviennent ulcéreuses. Cette variété ne s'établit pas d'emblée, à moins que ce mode de processus ne soit favorisé par de mauvaises conditions de santé ou d'hygiène. Habituellement elle est une conséquence de l'exubérance hyperplasique et vous la verrez se produire dans les vastes plaques condylomateuses qui résultent de l'agglomération sur le même point d'un grand nombre de papules hypertrophiques ou végétantes. C'est ainsi qu'en pareille circonstance vous trouverez des points de mortification ou des fausses membranes diphtéritiques, ou bien encore de profondes rhagades. Beaucoup d'auteurs se fondent sur ces phénomènes irréguliers de l'évolution pour admettre des variétés gangreneuses, diphtéritiques, fissuraires. Je n'y vois aucun inconvénient; il importe toutefois de faire remarquer que dans ces variétés la lésion sur laquelle on se fonde pour les établir n'est pas originelle, mais acquise, qu'elle ne survient pas d'emblée, mais après coup et à la suite de bien des complications.

Dans les syphilodermies muqueuses ou mucoso-cutanées, la muqueuse et la peau conservent ordinairement leur souplesse, ou bien, si elles s'épaississent, c'est d'une façon diffuse et leur tissu ne devient que rénitent. Mais quelquefois il se produit à la base des plaques ou des papules une induration limitée, une sclérose circonscrite qui offre avec celle du chancre une ressemblance frappante. Ajoutez que des plaques muqueuses peuvent succéder *in situ* à l'accident primitif. On faisait grand bruit autrefois de cette transformation du chancre en plaque muqueuse. On y rattachait des questions de doctrine qui n'ont plus aujourd'hui aucun intérêt. Vous rencontrerez bien souvent sur les muqueuses et même sur la peau des papules humides qui simulent de tout point la néoplasie primitive. C'est un simple problème de diagnostic, qui n'est pas fort difficile à résoudre.

Comme toutes les dermatopathies syphilitiques, les éruptions secondaires des muqueuses et des surfaces mucoso-cutanées sont essentiellement chroniques dans leur évolution et toujours d'une longue durée quand on ne les soumet à aucun traitement. L'acuité qu'elles présentent parfois à leur début, les douleurs et les phénomènes inflammatoires qui les compliquent dans quelques cas, ne sauraient leur enlever ce caractère. Il n'est pas rare de voir, chez des malades insouciants de leur personne et qui ne se soignent pas, de pareilles éruptions persister indéfiniment, six mois et même un an, sans subir aucun changement. Cependant la résolution spontanée s'effectue à la longue, et à mesure qu'elle se produit, la saillie papuleuse s'affaisse, la couche opaline se résorbe, la surface hyperémiée pâlit et la sécrétion morbide se tarit peu à peu. — Dans les grandes nappes papuleuses comme dans les plaques cutanées, la fragmentation de la masse est un des premiers indices de la guérison. Dans les larges papules plates le centre s'affaisse souvent avant les bords et l'anneau qui reste se fragmente, lui aussi, avant de disparaître.

Si le processus se bornait à ce que je viens de vous en dire, il ne différerait guère de celui qui est commun à toutes les syphilides cutanées exanthématiques. Et cependant il possède un caractère original qui lui donne une place à part parmi toutes les manifestations de la syphilis. En quoi consiste-t-il? En ce fait que vous voyez pour la première fois et que vous ne trouverez plus, à savoir: que le processus de ces lésions est doué d'une souplesse et d'une malléabilité telles que nous sommes jusqu'à un certain point capables de le susciter, de l'accroître, de l'accélérer et absolument maîtres de l'arrêter à tel moment de sa durée qu'il nous plaira de choisir. Voici ce qu'il faut entendre par là : Choisissez chez un syphilitique un endroit à peau fine; soumettez-le à une sorte de culture réunissant toutes les conditions étiologiques que vous connaissez, employez systématiquement pendant quelques jours l'ensemble de ces moyens, et il y a de grandes probabilités que vous obtiendrez une poussée de papules humides, surtout si la diathèse est dans une de ses périodes d'activité. Persévérez après leur naissance et continuez à infliger aux téguments ce même régime d'excitation et vous verrez bientôt la végétation papuleuse devenir exubérante. Et maintenant voulez-vous détruire aussi rapidement que possible cette œuvre pathologique que vous avez créée artificiellement? Écartez des surfaces malades toutes les causes capables de les irriter, isolez-les, recouvrez-les de topiques adoucissants et desséchants, suivez une méthode diamétralement opposée à celle dont vous vous êtes servi pour produire leur éclosion. Qu'arrivera-t-il? C'est qu'en peu de temps, ces monstrueuses végétations vont s'étioler, s'amoindrir, se fondre, s'enfoncer pour ainsi dire à vue d'œil dans le terrain d'où elles avaient émergé naguère avec une si étonnante puissance de floraison. Leur sort est donc entre nos mains et nous n'avons pas de grands efforts à faire pour en triompher, pourvu toutefois que nous les attaquions directement et sur place avec une médication topique bien entendue. Chose curieuse, les spécifiques n'ont presque aucune prise sur ces syphilodermies: vous auriez beau gorger vos malades de mercure et d'iodure de potassium, vous n'obtiendrez que des résultats insignifiants. Vingt-quatre heures d'un traitement local approprié avancent plus la guérison qu'un mois de médication interne. Cet étrange contraste, d'une part entre la docilité des papules humides quand notre action sur elles est immédiate et circonscrite, d'autre part entre leur tempérament réfractaire lorsque nous sortons de leur domaine pour les attaquer indirectement par

l'intermédiaire de l'organisme, ce contraste n'est-il pas un des côtés les plus intéressants de leur histoire? Ajoutez à ce trait saisissant de caractère un autre qui ne l'est pas moins et qui consiste en ceci que leurs récidives sont aussi opiniâtres, aussi inévitables que leur résolution est facile. Ce sont de mauvaises herbes qui repullulent sans trêve dans les mêmes lieux, et dont les germes bien difficiles à extirper radicalement ne s'épuisent d'eux-mêmes que bien tard dans le décours de la diathèse. Il est une autre remarque à faire au sujet de leur processus. Il est presque indépendant du processus général de la syphilis, de celui qui préside aux grandes manifestations d'ensemble. On dirait que les syphilides muqueuses et mucoso-cutanées constituent une sorte de syphilis locale, qui s'est créé une autonomie réelle et durable dans la maladie constitutionnelle à laquelle ne les rattache plus qu'un faible lien fédératif. Elle a ses lois, son gouvernement, sa vitalité morbide autochtone et régionale qui lui donne des mœurs à part qu'on ne retrouve pas dans les autres processus de même origine.

Ce phénomène est d'autant plus frappant qu'on a sans cesse sous les yeux, pendant les trois ou quatre premières années de la syphilis, la preuve de la différence qui sépare à tant d'égards les syphilodermies muqueuses des syphilodermies cutanées. Leur coïncidence, en effet, est fréquente et même habituelle. Mais ce n'est pas à dire qu'elles ne puissent bien se produire les unes sans les autres. Pendant une seule poussée de syphilides papuleuses de la peau, par exemple, vous aurez le temps de voir trois ou quatre poussées successives de syphilides muqueuses et de les guérir. Dans l'intervalle des accidents cutanés, les plaques muqueuses repulluleront. Il y a même de grandes chances pour qu'elles survivent à toutes les lésions que peut engendrer la syphilis secondaire. Bien plus, vous les trouverez mêlées à des manifestations tertiaires précoces et elles n'en conserveront pas moins la physionomie et le processus qui leur appartient en propre, tant est profonde leur individualité; comme elles constituent l'expression la plus commune de la syphilis, il est tout naturel que leurs coïncidences soient nombreuses. Elles entrent dans toutes les combinaisons, elles ont leur place marquée dans tous ces cortèges de phénomènes morbides spécifiques qui apparaissaient çà et là avec une régularité presque mathématique pendant la période virulente. L'affection pustuleuse, les croûtes du cuir chevelu que Fallope regardait comme un signe certain d'infection syphilitique ne le cède guère en fréquence aux syphilides muqueuses. Aussi coïncident-elles très souvent.

PHYSIOLOGIE

Des procédés de dosage de l'hémoglobine (1)

Par M. le docteur E. Lambling,
préparateur de chimie à la Faculté de Nancy.

Le rôle de l'hémoglobine du globule sanguin, au double point de vue de la respiration des éléments anatomiques et de leur excitation vitale, est des plus importants. Le sang, pendant son passage si rapide à travers les poumons, fixe l'oxygène qui doit servir à la respiration des tissus. Cet oxygène se trouve contenu dans le sang sous deux formes : une faible quantité est dissoute dans le sérum, tandis que la majeure partie est retenue chimiquement combinée.

Cette combinaison, si facilement effectuée dans les poumons, se défait avec une égale rapidité en présence des tissus, pendant le court instant que dure le passage du sang à travers les capillaires généraux.

La substance qui sert ainsi d'intermédiaire entre l'air et les tissus est l'hémoglobine. C'est elle dont la combinaison avec l'oxygène présente ce double caractère si curieux : affinité énergique et instabilité relative.

Dans des conditions d'intégrité parfaite de la matière colorante, la quantité d'oxygène fixée peut atteindre un maximum constant. Il suffit donc que le sang contienne une moindre proportion d'hémoglobine pour qu'il en résulte un apport moindre aux tissus du gaz nécessaire aux combustions organiques. De là, diminution de ces combustions, diminution de l'excitabilité des éléments anatomiques, et déchéance de tout l'être vivant.

Il y a donc, au double point de vue physiologique et clinique, un grand intérêt à posséder un moyen à l'aide duquel on puisse suivre les variations de quantité et de qualité de l'hémoglobine, sous l'influence de conditions physiologiques, pathologiques ou expérimentales, ou sous l'action thérapeutique d'un médicament.

Le nombre des procédés de dosage va toujours croissant : c'est dire que jusqu'à présent le problème n'a pas encore reçu une solution satisfaisante.

C'est à l'examen comparatif des trois méthodes, chimique, colorimétrique et spectro-photométrique, que l'auteur consacre un travail très étendu, écrit avec une rigueur scientifique et un esprit critique des plus remarquables. Nous tenons à signaler les conclusions qui ressortent des délicates recherches du docteur Lambling; elles seront consultées avec fruit par tous ceux qui s'occupent de cette question.

1° Un certain nombre de procédés de dosage de l'hémoglobine dont le point de départ est donné, soit par la numération des globules, soit par la puissance colorante d'un sang normal, doivent être absolument rejetés. Les résultats qu'ils fournissent n'expriment que des valeurs relatives d'hémoglobine et sont difficilement comparables entre eux d'un appareil à l'autre, et même pour un appareil donné, d'un observateur à l'autre.

En outre, la quantité de sang sur laquelle on opère dans presque tous ces procédés est si minime que les moindres erreurs d'analyse, le plus petit défaut de graduation se trouvent multipliés par un chiffre considérable et doivent dépasser, dans l'un des cas, la valeur des variations qu'il s'agit de mesurer. Ces procédés sont ceux de Worm-Muller, Bizzozero, Welcker, Hayem, Quincke et Mantegazza.

2° Les autres procédés donnent directement des poids absolus d'hémoglobine ou des volumes d'oxygène, théoriquement comparables entre eux.

Les procédés étudiés spécialement sont :

a) Le dosage par l'oxygène absorbé;

b) Le procédé colorimétrique de Jolyet et Laffont;

c) Le procédé spectro-photométrique de Vierordt.

— *a*) La quantité maxima d'oxygène absorbée par le sang est proportionnelle à la richesse en hémoglobine.

Tout procédé de détermination de l'oxygène peut donc servir à doser l'hémoglobine. L'extraction de l'oxygène par la pompe à mercure s'accompagne d'une perte qui varie du cinquième au quart de la quantité totale du gaz (écarts de $0^{cc},25$ à $0^{cc},60$ pour 100 centimètres cubes de sang, ou $1^{cc},27$ pour 100^{cc} d'oxygène).

Le dosage par l'hydrosulfite de soude fournit, en moyenne, 4 à 6 centimètres cubes d'oxygène en plus que la pompe à mercure; le rapport des quantités de gaz obtenues dans les deux méthodes est d'environ 5 à 4.

Cette différence est due à la consommation d'une partie de l'oxygène par les matières organiques dont l'action est proportionnée à la durée de l'extraction et à la température à laquelle se trouve porté le sang en expérience.

(1) Thèse de Nancy, 1882.

Dans les conditions de l'opération, l'action réductrice de l'hydrosulfite et de l'indigo blanc sur l'oxyhémoglobine du sang s'arrête à l'hémoglobine.

L'écart entre les chiffres trouvés à la pompe et par l'hydrosulfite de soude n'est pas dû à une décomposition plus profonde de l'hémoglobine et à la formation d'hémochromogène, comme l'ont avancé Rollet et Hoppe-Seyler.

On devra en général s'abstenir de traduire en hémoglobine les résultats fournis par l'analyse, jusqu'à ce que l'on ait déterminé exactement la quantité d'oxygène que peut fixer l'unité de poids de la matière colorante. Néanmoins la détermination de la capacité respiratoire reste du plus haut intérêt clinique, puisqu'elle nous renseigne exactement sur la vraie valeur physiologique du sang. Les travaux de M. Quinquaud ont suffisamment prouvé que le procédé, quoique délicat, peut être utilisé en clinique.

— *b*) L'appareil employé par MM. Jolyet et Laffont est le colorimètre de Duboscq. Le liquide sanguin est comparé non pas à une solution d'hémoglobine, ou de picro-carminate toujours altérable, mais à un verre coloré dont on détermine une fois pour toutes la valeur en hémoglobine.

Cet instrument permet de doser l'hémoglobine avec une approximation moyenne de 0gr,25 pour 100cc de sang, ou de 1gr,80 pour 100 grammes de matière colorante. Il peut servir aux recherches physiologiques puisque 1 à 2 grammes de sang suffisent amplement pour un dosage très exact.

Si l'on diminue le diamètre de l'un des godets de l'instrument, la quantité minima de sang nécessaire n'est plus que de 0cc,05; ce qui rend le procédé applicable aux recherches cliniques.

Le colorimètre peut également servir à déterminer, avec une exactitude suffisante, la capacité respiratoire d'un sang d'après son épaisseur colorimétrique; il suffit de fixer par quelques dosages à l'hydrosulfite la valeur en oxygène de l'étalon coloré. Mais ce procédé participe au défaut commun à toutes les méthodes colorimétriques, à savoir: qu'il ne dose qu'une matière colorante rouge et qu'il ne peut indiquer les variations de la capacité respiratoire d'un sang qui, tout en gardant sa couleur, aurait perdu son pouvoir absorbant.

— *c*) Le procédé spectro-photométrique permet de constater l'identité optique de toutes les hémoglobines.

Le rapport des coefficients d'extinction d'une solution sanguine dans deux régions spectrales données est constant, si le liquide ne contient qu'une seule matière colorante. Ce rapport varie, au contraire, si des matières colorantes anomales accompagnent l'oxyhémoglobine.

Le coefficient d'extinction d'une solution sanguine exprime sa richesse relative en matière colorante.

La détermination du rapport d'absorption faite une fois pour toutes permet de transformer ces résultats en poids absolus d'hémoglobine.

Le procédé spectro-photométrique permet de doser simultanément dans le même sang l'*hémoglobine* et l'*oxyhémoglobine*. Il suffit pour cela de le diluer à l'abri de l'air et de prendre le coefficient d'extinction de la solution à la fois dans deux régions spectrales. On peut donc, à l'aide de cet appareil, suivre dans leurs transformations réciproques les deux matières colorantes du sang et apprécier en chaque point du système circulatoire l'intensité des phénomènes d'oxydation.

Avec le spectro-photomètre de Vierordt, l'approximation est en moyenne de 0gr,28 pour 100 centimètres cubes de sang, ou 2gr,25 pour 100 grammes d'hémoglobine. Avec celui de Hüfner, l'approximation est de 1gr,23 par 100 grammes de matière colorante. Ce procédé est donc d'une utilité incontestable en physiologie, où il permet d'aborder une foule de problèmes insolubles par toute autre méthode et en particulier par l'analyse chimique.

Comme la quantité de sang nécessaire est très faible (de 0cc,03 à 0cc,05), on peut faire à l'aide de ces appareils des dosages cliniques. Mais leur maniement exige des précautions minutieuses et une grande habileté. Mais il est juste de signaler dès maintenant les nombreuses applications qu'a reçues, entre les mains de Vierordt, la méthode spectro-photométrique. Ce procédé lui a servi au dosage des substances incolores qui présentent une réaction de coloration (dosage du sulfocyanure de la salive), à la détermination de la puissance décolorante du noir animal et à l'examen des mélasses, à l'étude du pouvoir absorbant du sang, de la bile, de l'urine, des fèces, des liquides pathologiques, des parties vertes de quelques plantes, etc. L'étude des matières colorantes naturelles et artificielles du vin, si obscure encore et si délicate, trouverait certainement, dans l'emploi de cette méthode, un secours précieux et dont la santé publique aurait bien besoin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 janvier 1883. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Ostéite, arthrite, amputation. — M. RICHELOT fait un rapport sur une observation présentée par M. Millot-Carpentier. Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'un traumatisme, fut atteint d'une ostéo-myélite du tibia, d'une ostéo-arthrite très intense de l'articulation tibio-tarsienne. Ces accidents inflammatoires prirent une telle intensité que M. Millot-Carpentier essaya d'abord de les enrayer en pratiquant une résection de l'articulation tibio-tarsienne; mais devant l'étendue des lésions il s'aperçut, au cours de l'opération, qu'il ne pouvait s'en tenir à cette résection, et il pratiqua, séance tenante, l'amputation de la jambe au tiers supérieur. Il eut recours au pansement de Guérin et le malade fut très promptement guéri.

M. le rapporteur propose d'adresser des remerciements à l'auteur et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Œdème malin des paupières. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'un travail de M. Chipot (d'Orléans), membre correspondant, sur un cas d'œdème malin des paupières, guéri par des injections sous-cutanées d'iode jointes au pansement iodé et à la suture des paupières pour prévenir l'ectropion. Le résultat obtenu fut des plus satisfaisants.

Tumeurs douloureuses du genou. — M. NICAISE communique l'observation d'une femme de trente-sept ans qui, à l'âge de dix-huit ans, reçut un coup à la partie interne du genou gauche. Depuis ce temps elle éprouve, dans cette région, des douleurs excessives persistantes. A vingt ans elle consulta Nélaton, qui prescrivit l'application d'un vésicatoire. La teinture d'iode, les pointes de feu, les injections de morphine, voire même le magnétisme, tout fut essayé sans succès. Vers 1876, apparut un gonflement à la partie interne du genou, et, à partir de cette époque, la malade se mit à maigrir, devint pâle, souffreteuse, ne pouvait plus marcher. Enfin elle se présenta à l'hôpital Laënnec, réclamant avec instance une opération qui pût la délivrer de ses souffrances.

M. Nicaise constate l'état local suivant : atrophie considérable du membre inférieur gauche, aussi bien de la cuisse que de la jambe ; au genou, tuméfaction au niveau du condyle interne ; augmentation de volume de ce condyle en hauteur et en largeur ; la palpation est extrêmement douloureuse; la peau, qui porte les traces des nombreux traitements révulsifs auxquels on a eu recours, est adhérente en plusieurs points; il n'y a pas d'œdème ; sa consistance est dure et ferme en certains points, mollasse et élastique en d'autres ; l'articulation du genou paraît saine ; toutefois les mouvements en sont très douloureux. Le diagnostic était difficile. M. Nicaise pensa d'abord avoir affaire à une ostéite névralgique du condyle interne du fémur, ou à un petit abcès séreux. Il proposa la trépanation de ce condyle.

Cette opération fut pratiquée, le 18 juillet 1882, de la façon suivante : application de la bande d'Esmarch, précautions listériennes, première incision oblique de 7 centimètres, allant du ligament latéral interne au bord supérieur de la rotule ; seconde incision

perpendiculaire remontant jusqu'au niveau du tendon du troisième adducteur. Sous la peau se trouve une petite tumeur ressemblant à un névrome ; dans le voisinage s'en trouve un assez grand nombre d'autres semblables ; incision du muscle triceps ; au-dessous on découvre une masse considérable de ces petites tumeurs, les unes grosses comme une noix, les autres grosses comme un grain de millet, la plupart adhérentes au périoste. Ces tumeurs, dont le début remontait à une époque très ancienne, s'étaient creusé à la surface de l'os de petites loges en forme de godets, séparées par des crêtes saillantes. Dans l'articulation, elles étaient adhérentes à la synoviale. L'articulation fut ouverte dans une grande étendue, puisque M. Nicaise put y placer une éponge pour empêcher le sang d'y pénétrer. Ces tumeurs enlevées, on put voir que l'os était sain, qu'il n'y avait pas de lésions intra-articulaires. Deux drains furent placés, l'un en dedans, l'autre en dehors de l'articulation. M. Nicaise fit ensuite deux sutures : l'une profonde, portant uniquement sur le muscle, ligature perdue faite avec du catgut ; l'autre superficielle, ne prenant que la peau et qui fut faite avec du fil de cuivre argenté. Le pansement de Lister fut appliqué dans toute sa rigueur.

Le soir de l'opération, la malade va très bien ; température, 38°,7. Le lendemain, pas de réaction locale, température 37°,2. Le 22, les fils de la suture superficielle sont enlevés, ainsi que le tube interne. Les jours suivants, la température oscille entre 38° et 38°,5. Le 30, suppression du tube placé en dehors de l'articulation. Le 2 août, suppression de la gouttière dans laquelle le membre avait été immobilisé. Le 3 août, mouvements possibles, extension facile; le 5 août, dix-sept jours après l'opération, le malade se lève et marche. Le vingt-deuxième jour, elle sort complètement guérie, ne souffrant plus du tout et complètement transformée au point de vue de l'état général.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres : d'abord en raison des difficultés du diagnostic ; qu'étaient ces tumeurs, situées sur le périoste, adhérentes au périoste ? C'étaient, au point de vue anatomique, des fibromes, se comportant, au point de vue clinique, comme des tubercules sous-cutanés douloureux. M. Nicaise croit donc avoir eu affaire à des fibromes douloureux présentant ceci de particulier qu'ils étaient sur le périoste au lieu d'être sous la peau. Ce sont là des exemples rares, dont, pour sa part, M. Nicaise ne connaît pas d'analogues.

Les suites de l'opération furent aussi simples que possible. M. Nicaise est convaincu que les résultats tout à fait satisfaisants qu'il a obtenus dans ce cas sont dus uniquement à la rigueur avec laquelle il a employé le pansement antiseptique.

M. RICHELOT, pendant qu'il remplaçait M. Richet à l'Hôtel-Dieu, a observé une jeune fille présentant, dans la même région, un lipome simple, également très douloureux. Il a pu enlever ce lipome sans ouvrir l'articulation. Ces faits semblent montrer qu'une tumeur quelconque peut, dans cette région, donner lieu à des douleurs très intenses. Il y a là un rapprochement intéressant à faire entre le cas de M. Nicaise et celui de M. Richelot.

M. MONOD a récemment assisté M. Verneuil dans une opération de ce genre qu'il a pratiquée sur un homme souffrant atrocement de toute la partie inférieure de la jambe. En raison de la vascularisation exagérée de ce membre, M. Verneuil croyait avoir affaire à un angiome douloureux. Il existait, en effet, une petite tumeur à la partie supérieure et externe de la jambe. Cette tumeur était, comme dans le cas de M. Richelot, un lipome sans aucune connexion nerveuse. Cependant le malade a été complètement guéri après l'opération. Ce sont là des faits difficiles à interpréter.

M. NICAISE pense que ces tumeurs doivent être désignées sous le nom de tumeurs irritables et distinguées des névromes vrais dans lesquels on trouve des tubes nerveux.

ÉLECTION

La Société procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers et de trois membres correspondants nationaux. Sont élus :

Membres correspondants étrangers, MM. Moretig-Moorhof (de Vienne), et Sands (de New-York) ; membres correspondants nationaux, MM. Cauvy (de Béziers), Demons (de Bordeaux), et Martel (de Saint-Malo).

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales avec l'indication des moyens de les reconnaître (1), de A. CHEVALIER. Sixième édition, par E. BAUDRIMONT.

L'œuvre de Chevalier avait reçu dans la cinquième édition des développements tellement importants qu'on pouvait presque la considérer comme une œuvre nouvelle; le succès a couronné tant d'efforts, et nous avons la satisfaction de présenter à nos lecteurs la sixième édition de ce livre éminemment pratique.

Des articles nouveaux sont venus se joindre au nombre déjà si grand de ceux qui ont trait aux produits falsifiés. D'autres ont été fortement remaniés pour y faire entrer les travaux récents relatifs à chacun d'eux. Quatre belles planches en chromolithographie représentant les êtres microscopiques qui caractérisent certaines eaux douces de Paris ; une cinquantaine de figures nouvelles, comprenant de nombreuses observations au microscope, sont venues enrichir ce volume qui s'est accru de plus de 150 pages.

Une méthode rigoureuse a été adoptée pour l'énumération des faits et des documents que comporte chaque sujet. Rien n'a été négligé pour améliorer ce livre et pour le rendre utile à tous.

Traité des désinfectants et de la désinfection (2), par E. VALLIN, professeur d'hygiène à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

Voici un livre qui arrive bien à propos, par ces tristes temps d'épidémie.

Jusqu'à ces dernières années, la question des désinfectants était complètement négligée, à tel point que dans les traités classiques d'hygiène publiés avant 1880, on ne trouve pas de chapitre consacré à la désinfection : il n'en est question qu'incidemment ; parfois même le mot ne se trouve pas à la table des matières. Le *Traité des désinfectants*, publié en 1862 par Chevalier, n'est qu'une édition amplifiée d'un ancien mémoire sur le chlore et les chlorures. En outre, le jugement porté sur la valeur des diverses substances désinfectantes manquait d'une base positive : on s'appuyait sur le résultat obtenu dans certaines maladies épidémiques, et l'on sait combien il est difficile, dans les maladies populaires, de faire la part des influences, de rattacher à leurs vraies causes les oscillations décroissantes et les exacerbations d'une épidémie ; souvent on induisait l'efficacité des désinfectants exclusivement de leur composition chimique.

Depuis les dernières études sur les virus, cette question est entrée dans une voie nouvelle ; c'est à l'expérimentation qu'on demande des preuves de la valeur respective des désinfectants ; on mêle un virus, en certaines proportions, avec l'agent dont on veut contrôler la valeur ; on inocule le mélange et le résultat donne la mesure de l'efficacité de la substance expérimentée.

Après avoir défini la désinfection, retracé l'historique de la question, M. Vallin expose le plan de son œuvre.

L'auteur étudie successivement les moyens mécaniques, les absorbants et désodorants, les antiseptiques et les neutralisants.

Le livre deuxième nous présente l'étude de la désinfection sous les aspects les plus divers : désinfection nosocomiale, quarantenaire, vétérinaire, désinfection des habitations collectives, désinfection industrielle, municipale et désinfection du sol.

---

(1) Un fort volume grand in-8°. Prix : 30 francs. — Paris, Asselin et Cie.

(2) In-8. Prix : 12 francs. — Paris, 1883, G. Masson.

Nous n'ajouterons qu'un mot à cette énumération : le *Traité des désinfectants et de la désinfection* est un livre excellent, très pratique et tout à fait digne de la juste réputation de l'auteur.

Manuel de pathologie chirurgicale (1), par A. JAMAIN et TERRIER.

Le Manuel de Jamain était classique, il y a vingt ans ; grâce aux bons soins de M. Félix Terrier, l'œuvre de celui qui fut son maître reste classique.

Ce nouveau fascicule, — premier fascicule du tome IIIe, — nous retrace les maladies de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique, de l'iris, de la chambre antérieure, de la choroïde, du cristallin, du corps vitré, de la rétine et du nerf optique.

D'excellents index bibliographiques permettent à l'élève de donner tout le développement qu'il désire à l'étude des matières traitées dans ce volume.

(1) In-12. Prix du fascicule : 4 francs. Paris, Germer Baillière et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté préfectoral, M. le docteur Hénocque est nommé membre de la 27e commission locale du travail des enfants employés dans l'industrie, en remplacement de M. le docteur Ganne, dont la démission est acceptée.

— Aux termes de la loi du 13 avril 1850, la commission des logements insalubres se renouvelle tous les deux ans par tiers : les membres sortants sont indéfiniment rééligibles. Le Conseil municipal vient de réélire MM. Bonnamaux, Cassanas, Fouqué, Delaunay, Hudelo, Landois, Napias, Pujol, Sinaud, pour une durée de six années, devant prendre fin le 31 décembre 1888. En outre, M. Decron a été élu membre de ladite commission, en remplacement de M. Coudereau.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Bouchard, professeur de pathologie et thérapeutique générale, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, du 1er décembre 1882 au 15 mars 1883, par M. Straus, agrégé.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Batteur, pharmacien de première classe, est chargé pendant trois mois, à partir du 16 décembre 1882, des fonctions de chef des travaux chimiques.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Hariot (Paul), ancien préparateur de travaux pratiques de botanique à l'École supérieure de pharmacie, est chargé des fonctions de préparateur de la chaire de botanique (organographie et physiologie végétale), pendant la durée du service militaire de M. Bonard, titulaire de l'emploi.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Merz, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, avec dispense d'âge.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Vallet (Laurent-Clodomir), né à Fourdrinoy (Somme) le 29 avril 1843, pharmacien de première classe, est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires de chimie et toxicologie, pharmacie et matière médicale, et hygiène et histoire naturelle, en remplacement de M. Debionne, appelé à d'autres fonctions.

M. Vallet, suppléant des chaires de chimie et toxicologie, pharmacie et matière médicale, et hygiène et histoire naturelle, est institué, en outre, pour une période de six ans, chef des travaux chimiques à ladite école, en remplacement de M. Debionne, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Nicolas (Adolphe-David), né à Grenoble le 29 juillet 1856, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physiologie et d'anatomie.

— *École de médecine de Poitiers.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de clinique et de pathologie externe et d'accouchement sera ouvert le 1er juillet 1883. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — La demi-bourse de licence ès sciences mathématiques accordée à M. Mertrallet, admis au grade de licencié pendant la dernière session d'octobre-novembre, est transformée en bourse de licence ès sciences physiques (bourse entière).

— Nous apprenons à regret la mort de M. le docteur Paul Durand, décédé à Paris à l'âge de soixante-seize ans. Homme érudit, il avait, de bonne heure, renoncé à la pratique médicale pour s'adonner exclusivement aux études archéologiques où il s'était fait une légitime réputation. Il avait pris une large part à la restauration de la crypte de la cathédrale de Chartres et à la réédification de plusieurs édifices religieux.

— M. René Lafabrègue, directeur de l'hospice des Enfants-Assistés, est nommé vice-président de la Société de statistique de Paris pour l'année 1883.

— M. le docteur Fauvel, membre du conseil municipal du Havre, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de cette ville.

— Une commission permanente de vaccine vient d'être instituée à Lyon. Sont nommés membres de cette commission : MM. Bouveret, Chassagny, Chauveau, Dron, Fochier, Icard, Lépine, Paulet, Perroud, Rébatel, Rollet et J. Teissier.

— Le Bureau de la Société de médecine légale pour l'année 1883 est constitué de la manière suivante :

Président : M. Brouardel ; vice-présidents : MM. Blanche et Boudet ; secrétaire général : M. Gallard ; secrétaires des séances : MM. Leblond et Lutaud ; archiviste : M. Ladreit de Lacharrière ; trésorier : M. Mayet ; membres de la commission permanente : MM. Chaudé, Gallard, Descoust, de Villiers, Pinard, d'Herbelot, Motet, Polaillon, Legrand du Saulle, Grani, Chaudé ; membres du conseil de famille : MM. Chaudé, Choppin d'Arnouville, de Villiers, Le Fort, Lunier ; membres du comité de publication : MM. Gallard, secrétaire général, Rocher, Demange, Descoust, Leblond, Lutaud.

— La Société française de tempérance (reconnue d'utilité publique) a formé son bureau comme il suit pour l'année 1883 :

Président, M. Jules Bergeron, de l'Académie de médecine ; vice-présidents, MM. Duverger, Levasseur, Bouchardat et Fauvel ; secrétaire général, M. le docteur L. Lunier ; secrétaires généraux adjoints : MM. les docteurs Decaisne et Vidal ; secrétaires des séances, MM. Guignard et Audigé ; bibliothécaire-archiviste, M. le docteur A. Motet ; trésorier, M. Jules Robyns.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de Caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance.

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 1er février 1883, au secrétariat général de l'Œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

— M. le docteur A. Desprès, chirurgien de l'hôpital de la Charité, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 10 janvier à neuf heures et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

— M. le docteur de Sinéty commencera son cours sur les maladies des femmes, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, le lundi 8 janvier 1883, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 3, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13887.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL NECKER. I. Rhumatisme articulaire subaigu. II. Hypertrophie des cavités gauches du cœur et néphrite interstitielle, crise catarrhale. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. De la conjonctivite membraneuse. — REVUE DE LA PRESSE. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — Inspection médicale des écoles de la ville de Paris. — Nouvelles.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

I. Rhumatisme articulaire subaigu. — II. Hypertrophie des cavités gauches du cœur et néphrite interstitielle, crise catarrhale.

I. Le premier malade dont j'ai à vous parler aujourd'hui est un homme qui est couché au n° 2 de la salle Saint-Luc. Il est entré dans la journée d'hier pour un rhumatisme articulaire. La maladie revêt un caractère subaigu; la fièvre est modérée; les articulations prises sont le poignet et le genou du côté droit, ainsi que les articulations tibio-tarsiennes droite et gauche. Les douleurs sont peu intenses.

De ce côté donc, rien de particulier; mais ce qui est intéressant chez ce malade, c'est l'état de son cœur. En effet les battements cardiaques sont nettement frappés, mais le cœur est volumineux. Son hypertrophie est-elle antérieure à l'affection rhumatismale ou lui est-elle intimement liée? Il est assez difficile, dans certains cas, de se prononcer.

Ici la maladie du cœur nous paraît être de date ancienne. Le cœur, ai-je dit, est volumineux; sa pointe bat dans le sixième espace intercostal et se trouve assez fortement déviée à droite. C'est ainsi qu'il mesure quatorze centimètres sur son bord gauche et quinze centimètres sur son bord droit.

Le premier bruit du cœur est régulier, le second est dédoublé, ce qui vient éclairer considérablement la question. En effet, le dédoublement du cœur reconnaît toujours l'une des trois causes suivantes : 1° il est produit par un rétrécissement mitral; 2° il est la conséquence d'une péricardite; 3° il est seulement physiologique. Examinons donc chez notre malade à laquelle de ces causes nous devons le rattacher.

Tout d'abord, éliminons la troisième cause, c'est-à-dire un bruit physiologique; car, s'il en était ainsi, il serait constamment modifié par les mouvements respiratoires, disparaissant à la fin de l'expiration et au commencement de l'inspiration. Or il n'en est rien chez cet homme, dont le dédoublement est de nature morbide ou pathologique.

L'étendue de la matité de l'organe cardiaque pourrait permettre de supposer soit un épanchement péricardique, soit une péricardite sèche avec distension; dans le premier cas, nous n'entendrions pas aussi distinctement les bruits du cœur, ils ne se passeraient pas, pour ainsi dire, sous l'oreille; dans le second cas, le dédoublement s'accompagnerait de bruits de frottement.

Or rien de tout cela encore n'existe. Nous arrivons donc ainsi, par voie d'exclusion, à un rétrécissement de l'orifice mitral.

C'est bien là, en effet, ce que l'examen attentif du cœur nous a démontré, car il n'existe pas non plus de souffle diastolique ou pré-systolique. De plus, il y a une hypertrophie des cavités droites du cœur, ce qui est encore la conséquence d'un pareil rétrécissement, ainsi qu'une déviation de la pointe du cœur.

En résumé, donc nous avons affaire, comme lésion cardiaque, à un rétrécissement de l'orifice mitral remontant à une date ancienne. Nous noterons, en passant, qu'il n'existe chez notre malade ni œdème, ni sclérose pulmonaire, ni troubles gastro-intestinaux qui puissent expliquer la dilatation des cavités droites du cœur.

II. Dans la salle Sainte-Adélaïde, au n° 7, vous avez vu une vieille femme qui est assise dans son lit, ne pouvant rester couchée. La face est pâle, décolorée, bouffie. L'oppression est extrême. Cette malade est plongée, depuis trois semaines, dans une crise violente de dyspnée. Ce n'est pas la première fois qu'elle est ainsi atteinte. Cette oppression est aussi grande que s'il s'agissait d'un asthme véritable; ce n'est point de la dyspnée cependant, c'est de l'apnée, car l'air pénètre bien dans les poumons, mais il ne satisfait pas le besoin de respirer.

La percussion de la poitrine fait entendre une sonorité normale à peine exagérée; la respiration est très distincte partout; à la base, seulement, on observe une très légère obscurité. En tous cas, on ne perçoit aucun râle sibilant ou autre. Le poumon est parfaitement perméable dans toute son étendue, à droite comme à gauche.

Le cœur ne présente aucun bruit anormal, mais ses battements, tout réguliers qu'ils soient, sont un peu précipités (96 à 100 par minute). Il n'y a pas d'asystolie véritable. Les bruits sont bien frappés, et ne s'accompagnent d'aucun souffle. Il n'y a donc pas de lésion des orifices. Mais ce que l'on entend, c'est un bruit de galop, peu marqué il est vrai, mais indice probable, et justifié chez notre malade, d'une hypertrophie du cœur, justifié, en effet, par l'étendue de la matité

de la région précordiale, laquelle mesure transversalement dix centimètres. Enfin, la pointe du cœur est très abaissée. Ici nous avons donc une hypertrophie des cavités gauches de l'organe cardiaque.

Mais tout cet ensemble de symptômes ne peut appartenir qu'à une seule et même affection, et nous arrivons ainsi à diagnostiquer une néphrite interstitielle.

Notre diagnostic se trouve également confirmé par la présence de l'albumine dans les urines et par les antécédents de la malade, antécédents dont nous allons vous parler tout à l'heure. La quantité de l'albumine rendue actuellement est plus considérable que dans la néphrite interstitielle; aussi l'examen des urines va-t-il nous conduire plus loin et nous permettre de dire, d'après l'évolution de la maladie, d'après les douleurs que détermine la pression de la région lombaire, d'après l'œdème de la face, etc., etc., que nous sommes en présence d'une crise catarrhale qui est venue se surajouter à l'état primitif interstitiel.

Cette femme nous a raconté que jusqu'à l'âge de trente-cinq ans, elle avait toujours joui d'une bonne santé. A cette époque elle a eu la scarlatine. Elle en a été très-bien guérie, mais elle a conservé depuis lors un peu de polyurie, des besoins fréquents d'uriner, nécessitant des déambulations nocturnes. Puis de temps à autre, notamment dans les saisons froides et humides, elle a éprouvé de véritables crises de suffocation.

Comme vous le voyez, ses antécédents sont l'histoire même de sa maladie : scarlatine, néphrite scléreuse, interstitielle consécutive, démontrée par les déambulations nocturnes, — signe précieux de néphrite interstitielle dont il faut toujours se méfier, — et crises d'oppression.

La maladie s'est donc développée progressivement, s'accompagnant de temps à autre d'un état catarrhal des reins avec anasarque et phénomènes de suffocation intimement liés à l'affection rénale et à son influence sur le système nerveux, indépendamment de toute bronchite et de tout œdème pulmonaire.

Quel pronostic devons-nous émettre en pareil cas? Lorsque la maladie est récente, l'on a toutes chances de la guérir. Ici encore, en réunissant tous les éléments du problème, nous pouvons espérer faire disparaître les accidents aigus et remettre la malade sur pied. Mais les reins resteront toujours contractés et seront toujours, par suite, un point d'appel pour de nouvelles crises. De telle sorte que les accidents iront en s'aggravant et qu'à un moment donné, moment plus ou moins rapproché, tout traitement deviendra impuissant.

La médication, en présence des accidents actuels, consistera, chez cette femme, dans l'application de ventouses sèches sur la région lombaire, de cataplasmes sinapisés, puis dans l'administration d'un purgatif tel que l'eau-de-vie allemande, pour combattre la congestion passagère du rein, enfin et surtout dans le régime lacté, régime exclusif qui est quelquefois suffisant à lui seul pour amener une sédation rapide des accidents.

On croit quelquefois pouvoir associer l'usage du lait à une autre alimentation : c'est une erreur très grande qui ne peut amener que des déceptions. J'en ai eu maintes fois la preuve chez des malades indociles en voyant reparaître aussitôt et la dyspnée et la présence d'une quantité plus considérable d'albumine dans l'urine.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. — M. Coursserant.

De la conjonctivite membraneuse.

(Leçon recueillie par M. le docteur Leviste, chef de clinique.)

Je désire vous parler aujourd'hui d'une affection oculaire peu commune dans notre pays dont vous avez pu suivre l'évolution jour par jour chez le malade que je vous présente ici. C'est la *conjonctivite membraneuse* ou *croup conjonctival* de certains auteurs.

Il est très important de connaître et de diagnostiquer, dès son début, cette inflammation particulière de la muqueuse oculaire, car elle réclame un traitement spécial qui, bien dirigé, donnera presque toujours un plein succès. Il n'est donc pas étonnant que des médecins peu versés en ophtalmologie aient pu confondre cette conjonctivite soit avec l'ophtalmie purulente, soit avec l'ophtalmie blennorragique.

Dans ces deux dernières affections, la muqueuse oculaire présente une rougeur des plus intenses, également répartie sur le bulbe, les culs-de-sac et les tarses. Les papilles de la muqueuse palpébrale sont plus saillantes, ce qui lui donne un aspect velouté caractéristique. La conjonctive oculaire est parsemée d'ecchymoses nombreuses qui augmentent encore lorsqu'on cherche à écarter les paupières pour examiner attentivement la cornée. Cette membrane elle-même est le plus souvent placée au fond d'un bourrelet chémotique formé par la conjonctive oculaire; mais ce chémosis est mou, flasque et comme infiltré par une sérosité grisâtre. La sécrétion offre un caractère important. D'abord louche, presque transparente et peu épaisse, elle nage au milieu d'un liquide lacrymo-conjonctival sanguinolent pour devenir bientôt d'une couleur jaune paille, grasse, filante et collante aux doigts. Les paupières sont tuméfiées et cette tuméfaction est uniformément répandue sur les voiles palpébraux, souvent même elle gagne la région sourcilière et péri-oculaire. La paupière supérieure tombe devant l'œil et le cache. Quelquefois le chémosis est tel que les deux paupières s'ectropionnent spontanément et laissent échapper le pus entre les muqueuses herniées des culs-de-sac.

Dans la conjonctivite membraneuse, au contraire, les choses se passent différemment. Le gonflement des paupières, il est vrai, atteint les mêmes dimensions que dans l'ophtalmie purulente. Mais l'œdème se localise principalement dans le cul-de-sac supérieur et sur la partie marginale de la conjonctive tarsienne; il est dur, violacé à la paupière supérieure, peu ou point développé à l'inférieure, sauf parfois dans son cul-de-sac.

La sécrétion, à toutes ses périodes d'évolution, est bien moins abondante que dans les deux formes purulente et blennorragique; elle ne se déverse pas spontanément au dehors comme dans ces dernières affections, mais elle semble se coaguler immédiatement au-dessus de la couche épithéliale de la conjonctive sous forme de membrane blanchâtre à aspect terne. Au début de la maladie, ces fausses membranes sont parfois très difficiles à détacher. Si cependant on arrive à les enlever, on trouve au-dessous une conjonctive à peu près normale, à état légèrement papillaire, dépourvue simplement, par places, de son épithélium. Dans les places dénudées, vous pourrez remarquer un léger écoulement sanguin, détail précieux pour le pronostic, car il peut vous faire rejeter l'idée d'une conjonctivite diphtéritique (vous savez, en effet, que les plaies diphtéritiques ne

saignent pas). Dans certains cas, alors que la maladie est plus avancée, vous réussirez à enlever d'un coup la fausse membrane qui tapisse les tarses et les culs-de-sac, et vous aurez par cela même un véritable moule des paupières. Dans la période membraneuse exsudative, la conjonctive oculaire est respectée. Il existe peu ou pas de chémosis péricornéen. La cornée participe bien à l'inflammation, mais les altérations qu'elle présente sont dues aux frottements incessants des fausses membranes palpébrales et non pas causées par l'étranglement chémotique que vous rencontrez dans les conjonctivites purulentes et blennorragiques ou dans l'infection diphtéritique. Ici les lésions de la cornée sont superficielles : légère destruction épithéliale, trouble diffus, phénomènes qui nécessitent rarement un traitement spécial.

Bientôt les phénomènes s'amendent : le gonflement de la paupière disparaît, les fausses membranes cessent de se reproduire et commencent à tomber spontanément ; au-dessous on trouve une muqueuse un peu veloutée, mais intacte. La conjonctivite entre alors dans une période de purulence modérée, car jamais cette purulence n'atteindra les proportions de la purulence vraie ou blennorragique ; elle est d'emblée jaune paille, bien liée, filante, en un mot le pus est de bon aloi.

C'est à ce moment que la maladie entre dans sa période de décroissance. La cornée s'éclaircit, son épithélium se répare ; s'il y a quelques points ulcérés, ils ne tardent pas à s'exhausser, et vous verrez bientôt la restitution du tissu s'opérer *ad integrum*, La vascularisation de la conjonctive oculaire disparaît à son tour. Et de cette inflammation dont les premiers signes avaient pu vous effrayer, il ne reste aucune trace : la destruction complète de la cornée par ulcération purulente ou par abcès, la destruction de l'œil tout entier par panophtalmite que vous aviez pu craindre, tout se dissipe peu à peu sous l'influence du traitement rationnel.

Maintenant que vous connaissez la marche de cette affection, que vous en avez vu tous les signes, il me reste à vous parler du traitement. Tandis que dans les conjonctivites purulentes ou blennorragiques vous me voyez employer les cautérisations méthodiques de la conjonctive, les scarifications et les compresses glacées antiseptiques afin d'amener une détente dans l'état inflammatoire cornéen, diminuer l'œdème palpébral et modifier la sécrétion septique, dans la conjonctivite membraneuse, vous m'avez vu suivre une autre méthode thérapeutique.

Dans la première période, j'emploie l'eau froide sous forme de compresses, les lavages fréquents avec une eau rendue antiseptique par un mélange d'acide salicylique, d'essence de Wintergreen et d'alcool, les instillations d'ésérine dans le cas d'ulcérations possibles et l'application constante du bandeau compressif. Les compresses froides sont destinées à diminuer le chémosis par resserrement des vaisseaux conjonctivaux et à calmer les douleurs assez aiguës de cette forme de conjonctivite. Les lavages ont pour but de tenir l'œil dans un état de propreté extrême. Par les irrigations oculaires faites directement sur les muqueuses palpébrales, comme vous me les voyez employer à ma clinique, je favorise l'élimination des fausses membranes, le dégorgement de la muqueuse et le retour normal de la circulation capillaire. L'ésérine abaisse la tension intra-oculaire, déterge les ulcérations cornéennes qui se produisent quelquefois et diminue peut-être la sécrétion conjonctivale en s'opposant à la diapédèse par constriction des vaisseaux. Enfin la bande compressive empêche la paupière, devenue rugueuse, de frotter sur la cornée ; elle s'oppose donc ainsi à la formation d'ulcérations cornéennes traumatiques, et permet la réparation de celles qui déjà auraient pu se produire. Tel est le traitement de la période des fausses membranes.

Mais dès que la période pseudo-purulente commence, vous remplacerez les compresses froides par des compresses trempées dans une infusion aromatique chaude, et rendue toujours antiseptique (camomille, lavande, sureau, etc.). Vous ne chercherez à entraver cette purulence que si elle devient trop abondante, et vous aurez alors recours à des astringents faibles comme la solution à l'acétate de plomb : 10 grammes pour 50 grammes d'eau, ou encore à un collyre faible au nitrate d'argent : 10 centigrammes pour 30 grammes d'eau. Vous aurez la précaution de ne jamais laisser ce collyre venir au contact de la cornée ; vous éviterez cet écueil en tenant les paupières luxées bien rapprochées l'une de l'autre. Vous mesurerez le degré de la cautérisation à l'effet que vous voulez produire en prolongeant le contact du collyre plus ou moins longtemps sur la muqueuse, et vous finirez cette cautérisation par une abondante irrigation d'eau tiède sur les parties cautérisées. En agissant ainsi, vous évitez les taches métalliques trop fréquentes lorsqu'un collyre vient baigner une cornée dépouillée de sa couche épithéliale, et par l'irrigation vous enlevez sûrement l'excès du médicament, les produits coagulés sous l'influence de son application ; en outre, vous diminuez considérablement la douleur provoquée par la cautérisation. Vous avez pu voir ici, du reste, les excellents résultats obtenus par cette manière de procéder.

Pendant toute la durée de la maladie, vous protégerez l'œil sain contre toute inoculation, vous attirerez vivement l'attention du malade sur cette considération très importante, et vous préviendrez aussi l'entourage de cette transmission possible.

Enfin, comme traitement général, vous prescrirez une bonne nourriture, les promenades au grand air quand il n'y aura pas de changements brusques de température ; cette dernière précaution est très utile, car vous saurez que la conjonctivite membraneuse se présente surtout au printemps et à l'automne. Vous activerez les fonctions digestives par les préparations amères associées aux ferrugineux.

Les quelques détails que je viens de vous donner sur la conjonctivite membraneuse vous suffiront, je crois, pour la combattre victorieusement si jamais vous la rencontrez dans votre pratique. Si j'ai tenu à vous parler de cette maladie, c'est que vous n'en trouverez pas la description bien exacte dans certains traités français. Souvent même elle a été passée sous silence, ce qui a lieu d'étonner quand on sait qu'elle a été décrite pour la première fois, en France, par deux hommes chers à la chirurgie de notre pays : Bouisson et Chassaignac.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement de certains accidents de l'éruption des dents et en particulier des oreillons par l'aconitine associée à divers moyens. — M. le docteur J. Mourson, médecin de première classe de la marine, vient de publier sur cette question un intéressant mémoire qu'il accompagne d'un certain nom-

bre d'observations dans lesquelles il a constaté l'action heureuse de l'aconitine, soit employée seule, soit associée au bromure de potassium. Voici du reste les conclusions de ce travail :

Par la diminution considérable de la douleur qu'elle produit, l'aconitine calme le réflexe localisé aux parties enflammées (muqueuse buccale dans les cas de stomatite, amygdales, glandes salivaires), d'où en général la disparition assez rapide de leur tuméfaction. Elle permet enfin aux mâchoires de se desserrer, dans le cas de trismus, par la cessation de la contracture réflexe des membres masticateurs.

Dans un cas, en anesthésiant le trijumeau irrité, elle a fait disparaître la tuméfaction ourlienne, bien avant la chute de la fièvre, ce qui prouverait que son action est surtout localisée à la zone du trijumeau, ainsi qu'on le savait déjà (carie dentaire, névralgie de la face). On n'obtiendra alors les effets de neutralisation du réflexe dentaire sur la moelle qu'en associant l'aconitine au bromure de potassium, que j'appellerai, dit M. J. Mourson, le médicament préventif du réflexe éloigné, l'aconitine étant le médicament préventif du réflexe rapproché. Mais quand cette dernière n'aura pas été donnée assez à temps et que l'on se trouvera, par suite, en présence d'un fait accompli, elle modérera seulement l'élément douleur, sans agir sur l'inflammation. Si l'on veut faire tomber cette inflammation, il faudra employer concurremment les dérivatifs ordinaires, purgatifs salins, etc. L'aconitine, et l'auteur insiste là-dessus, ne peut que s'adresser à la cause, quand celle-ci n'a pas produit tout son effet.

M. Mourson n'a jamais vu l'aconitine augmenter la sécrétion salivaire et même, dans un cas, au début de la convalescence, il a dû avoir recours au jaborandi, dont l'effet sialagogue n'a été obtenu qu'au troisième jour de son administration. D'ailleurs, si dans la période aiguë des oreillons le jaborandi n'a jamais été suivi dans son emploi du résultat recherché, c'est qu'il ne s'adressait pas à la cause même du réflexe qui, dans la plupart des circonstances, donne naissance aux oreillons : l'aconitine, étant, selon Gubler, l'anesthésique du trijumeau, aurait seule ce pouvoir. (*Progrès médical.*)

Modifications du calibre des vaisseaux dans les membres amputés. — Les nombreuses et patientes recherches de M. le docteur Paul Segond sur les modifications que subit le calibre des vaisseaux dans les membres amputés, sur l'époque à laquelle ces modifications commencent à se produire, sur leur étendue et leur cause immédiate, ont conduit l'auteur à publier un important travail dont voici les conclusions :

1° A la suite des amputations, les artères et les veines du membre opéré subissent presque toujours une notable diminution de calibre. Celle-ci s'observe alors même que le segment retranché représente, comme dans les amputations du pied ou de la main, une faible partie de la masse totale du membre.

2° L'étendue de cette diminution de calibre est telle que l'irritation vasculaire se trouve amoindrie, non seulement dans le moignon lui-même, mais dans tout le membre mutilé, depuis son extrémité jusqu'à sa racine.

3° La diminution du calibre des vaisseaux est précoce. Elle ne doit pas être considérée comme consécutive à l'atrophie du membre amputé. En effet, dès que ce dernier phénomène se développe, on trouve toujours une diminution du calibre des vaisseaux et celle-ci peut même se montrer avant que l'atrophie des parties molles soit appréciable.

4° La diminution primitive du calibre des vaisseaux joue probablement un rôle pathogénique important dans l'atrophie des membres amputés. (*Revue de chirurgie.*)

Impetigo contagiosa. — M. le docteur Aubert (de Lyon) a eu l'occasion d'observer récemment le fait de quatre jeunes enfants de la même famille, tous atteints de cette affection, décrite autrefois par Devergie et beaucoup plus rare en France qu'à l'étranger. Elle est assez rare même, pour que M. Aubert ne l'ait encore jamais rencontrée avant l'observation que nous analysons ici.

Il s'agit de quatre enfants âgés le plus jeune de dix à quinze mois et l'aîné de neuf à dix ans. L'impétigo apparut tout d'abord chez une petite fille de trois à quatre ans et se propagea rapidement aux trois autres frères et sœurs. L'affection débute par une petite bulle qui s'étend bientôt et peut suivre ensuite deux évolutions différentes : ou bien elle se recouvre d'une croûte qui se dessèche de plus en plus et finit par tomber, laissant la peau guérie sans cicatrice apparente, ou bien elle s'étend encore vers la périphérie, tandis que le centre guérit complètement. Il en résulte un aspect circiné de la lésion. L'éruption se rencontre sur toutes les parties du corps ; de préférence, cependant, sur les parties découvertes, à la face et aux mains.

L'affection est bénigne ; elle guérit en quatre ou cinq semaines et ne laisse pas de cicatrice. Elle n'est pas particulière à l'enfant, mais elle peut être également observée chez l'adulte. Elle est inoculable et l'inoculation en a été pratiquée très souvent à l'étranger avec succès. Elle réussit aussi très bien chez l'adulte.

Le diagnostic est facile ; bien que l'impétigo contagiosa présente une certaine analogie avec la varicelle, l'éruption s'en distinguera en ce sens qu'elle est plus générale, qu'elle s'accompagne de fièvre et de malaise et qu'elle n'a pas de prédilection marquée pour la face et les mains. (*Lyon médical.*)

Dépression du crâne. — M. Guermonprez termine une étude sur la dépression du crâne pendant la seconde enfance par les conclusions suivantes : « La dépression du crâne, compliquée ou non, peut, d'une manière générale, être cause de diverses altérations psychiques. Ces altérations sont plus importantes lorsque la dépression est localisée à la région frontale, spécialement du côté gauche. Survenant pendant la seconde enfance, la dépression du crâne peut constituer un obstacle véritable au développement des facultés psychiques et concurremment à l'expansion de l'encéphale et à l'amplification de la capacité crânienne. La microcéphalie relative, qui s'est ainsi produite, peut être définitive. » (*Arch. de médecine.*)

Perte totale du pénis. — Le docteur P.-C. Remondino, de San Diego (Californie), rapporte le fait suivant :

José M..., habitant de Sonora (Mexique), est âgé de trente et un ans. En août 1881, il vivait avec une Indienne, avec laquelle il demeura jusqu'au mois d'octobre de la même année. Alors il la quitta ; puis, à la fin de novembre, il passa une nuit avec elle. Au milieu de décembre il remarqua, pour la première fois, cinq ulcérations sur le gland et le prépuce, près de la couronne. En deux semaines, quatre des ulcérations se cicatrisèrent, la cinquième refusant de se fermer. Vingt jours après, les quatre ulcérations se rouvrirent ; la cinquième devenait plus active, s'emparait graduellement du gland, qui finissait par tomber. L'action phagédénique s'étendait au corps du pénis, gagnait le pubis, et au mois de juin tout l'organe avait disparu.

Pendant tout ce temps, José M... était dans les montagnes, usant des remèdes populaires des campagnes mexicaines. Il n'eut jamais de bubon, et ce n'est que récemment qu'il présenta quelques symptômes constitutionnels. Santé antérieure très bonne ; mère encore vivante ; père tué par les Apaches ; frères et sœurs bien portants. (*Journ. of Cutaneous and Venereal Diseases.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 décembre 1882. — Présidence de M. PAUL BERT.

COMMUNICATIONS

Indépendance des contractions de l'utérus et du système cérébro-spinal. — M. DEMBO fait une communication sur ce sujet.

Depuis Haller et Gall jusqu'à nos jours, de nombreuses recherches expérimentales ont été faites dans le but d'établir les principaux centres de l'utérus et leurs nerfs moteurs. Des observations cliniques ont été publiées à l'appui de telle ou telle théorie. Il n'y

a pas dans le système cérébro-spinal un point où l'on n'ait voulu trouver un centre, présidant à la contraction de l'utérus par voie directe ou réflexe. Les opinions les plus diverses, les plus opposées ont été émises sur ce sujet. Il résulte, en effet, des nombreuses recherches historiques que M. Dembo a faites sur cette question, que le centre des contractions utérines est placé tour à tour par les auteurs dans le cervelet, le bulbe, la moelle épinière, soit dans la région lombaire, soit au niveau de la dixième vertèbre dorsale, dans le système du grand sympathique, dans le plexus aortique ou au contraire dans la partie lombaire de ce nerf. D'autres veulent que de tous les points de la moelle épinière, y compris ou non le cerveau, on puisse faire contracter l'utérus. Enfin quelques auteurs admettent que l'utérus possède lui-même des centres automatiques indépendants.

Selon M. Dembo, la cause de ces divergences d'opinion pourrait être que l'utérus des animaux de certaines espèces et même d'une espèce donnée ne se comporte pas toujours d'une manière identique sous l'influence de l'excitation du centre ; que les résultats de l'excitation ne sont peut-être pas les mêmes à diverses époques et dans différents pays ; que l'utérus possède des contractions spontanées qui ont induit les auteurs en erreur ; qu'il existe, dans toutes les parties du cervelet et de la moelle épinière, des centres de contractions utérines ; que les uns sont constants, que les autres sont irréguliers ; enfin que l'utérus, comme le cœur, possède dans ses parois, ou dans leurs annexes, des centres propres ; qu'en conséquence il est capable de remplir ses fonctions en dehors de toute influence du système cérébro-spinal.

Cette dernière proposition serait rendue vraisemblable par diverses observations cliniques disséminées dans les auteurs et où l'on voit que les femmes atteintes de différentes maladies de la moelle épinière, avec paralysie des extrémités inférieures de la vessie et du rectum, peuvent accoucher naturellement, — ce que Reni a voulu démontrer sur les animaux par la section des nerfs sacrés et du plexus aortique.

M. Dembo a eu recours à l'expérimentation pour résoudre cette question. Il s'est proposé :

1° D'établir s'il n'existe pas dans l'utérus des points ou des régions dont l'excitation directe par le courant électrique provoque des contractions complètes de cet organe ;

2° Dès que ces régions seraient trouvées, de démontrer leur indépendance : autrement dit, d'établir qu'en les excitant on obtient la contraction de l'utérus entier, lorsqu'il est soustrait à l'influence du système cérébro-spinal et même lorsqu'il est complètement enlevé de l'animal.

Cette dernière méthode n'a jamais été suivie — surtout pour les animaux supérieurs.

Pour atteindre son but, M. Dembo a entrepris, dans le laboratoire de M. Vulpian et aux abattoirs, quelques séries d'expériences sur des lapines, des chiennes, des chattes, des brebis, des génisses et des vaches.

Les animaux étaient tantôt curarisés, tantôt chloralisés, tantôt tués par une piqûre dans le bulbe, tantôt enfin saignés à blanc.

Après des expériences sur plus de 120 sujets, il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Dans la paroi antérieure du vagin, il y a des points dont l'excitation par le courant faradique provoque des contractions manifestes des deux utérus chez les lapines, tandis que l'excitation, dans les mêmes conditions expérimentales, soit de la paroi postérieure du vagin, soit de l'utérus lui-même, ne donne que des contractions locales aux points excités et à une distance au delà de 2 à 3 centimètres ;

2° Cette contraction peut être provoquée deux heures et plus après que l'utérus a été enlevé complètement de l'animal, si cet organe est placé dans du sérum sanguin ou dans une solution salée ;

3° L'effet signalé dans la conclusion n° 1 s'obtient aussi par le courant galvanique et de telle façon que le pôle négatif donne toujours des contractions plus manifestes que le pôle positif et que K S Z est plus fort que K O Z ou A O Z et A S Z ;

4° De tous ces animaux, c'est la lapine dont l'utérus est le plus excitable par le courant électrique. L'utérus des chiennes et des chattes est moins excitable, et parfois, surtout sur de vieux animaux, leur excitabilité par cet agent devient nulle ;

5° Je n'ai pu remarquer de différence sensible dans l'énergie des contractions utérines, provoquées par excitation directe de ces régions, que les animaux soient curarisés ou chloralisés, — la dose de curare ou de chloral n'étant pas trop forte, — ou bien qu'ils ne soient pas narcotisés du tout ;

6° Au contraire, le curare à forte dose a une influence sur les muscles lisses de l'utérus : il diminue l'énergie de leurs contractions, ce dont j'ai pu m'assurer en injectant peu à peu du curare dans la veine jugulaire. Cette influence est plus efficace sur l'utérus d'un jeune animal ;

7° L'utérus d'un très jeune animal — et surtout d'une très jeune lapine — peut, contrairement à l'opinion de certains physiologistes, fournir, si l'on excite les susdites régions, des contractions assez vives ;

8° Dès la première période de la grossesse, l'utérus devient de moins en moins excitable par l'agent électrique, pour retrouver un peu plus d'excitabilité pendant le travail. Tout au contraire, l'agent thermique a sur l'utérus, pendant la grossesse, une action plus énergique que dans l'état de vacuité ;

9° La cause de la divergence d'opinions des auteurs doit être cherchée dans la différence des méthodes appliquées à leurs expériences et à des milieux où ils ont expérimenté ;

10° Il est vraisemblable que quelques-uns des expérimentateurs ont attribué à l'effet de l'excitation directe de la moelle épinière les contractions utérines provoquées soit par une différence entre la température du milieu et celle de l'utérus, soit par une action mécanique quelconque.

Le fait que l'utérus se contracte plus énergiquement et plus constamment par l'excitation de la paroi vaginale que par l'excitation directe de l'utérus même, n'est indiqué par aucun auteur.

Bien plus, il résulte de mes expériences que les contractions de l'utérus sont tout à fait indépendantes du système cérébro-spinal ; que l'utérus doit posséder dans ses annexes des centres propres. Il faut chercher ces centres, — j'ai insisté sur ce point dans une récente communication faite à l'Académie des sciences, — dans la paroi antérieure du vagin ; chez des lapines, dans la partie supérieure du côté péritonéal et, chez les animaux à utérus bicorne, dans le tissu musculaire entourant le vagin. Bien que les contractions utérines soient indépendantes du système cérébro-spinal, on ne saurait nier l'influence du moral sur l'énergie des contractions. Nous en avons assez de preuves dans les observations cliniques ; j'ai eu l'occasion, pour ma part, de constater deux faits de ce genre.

Nous voici arrivé à connaître des régions d'où l'on peut toujours provoquer des contractions de l'utérus ; nous pouvons vérifier maintenant les assertions de quelques physiologistes qui soutiennent que l'utérus d'une jeune lapine, ne possédant pas assez de fibres musculaires ni peut-être de nerfs, ne peut donner de véritables contractions.

Cyon rapporte toutes les contractions produites chez ces jeunes animaux à des actions vasomotrices et leur donne le nom de « steifung and erblassung » ; ces effets, selon l'auteur, n'ont rien de commun avec les véritables contractions, produites par l'action des muscles même.

Des expériences bien nombreuses faites sur des lapines depuis l'âge d'un mois jusqu'à celui de la puberté m'ont conduit à des conclusions tout opposées. Il est indiscutable que, dans certains cas, les effets vasomoteurs sont parfaitement possibles ; mais il serait difficile d'expliquer par cette action les phénomènes de contractions tétaniques de l'utérus. A l'appui de mon opinion, il me suffira d'ajouter que, dans des conditions semblables, on obtient, par l'excitation de la paroi antérieure du vagin, des effets identiques, et cela aussi bien lorsque la circulation est normale que lorsque l'on a enlevé l'utérus de l'animal, tué par « saignée à blanc ». Kebrer a démontré l'existence, dans les fibres

musculaires d'une très jeune lapine, de cellules douées de toutes les propriétés des muscles lisses. Il est d'avis même que les contractions de l'utérus, chez une jeune lapine non réglée, sont aussi énergiques que celles des intestins. Cet avis est partagé par Fromell.

Je ne veux pas ici entrer dans le détail des contractions spontanées de l'utérus, admises par beaucoup d'auteurs ; j'ai donné mes conclusions à ce sujet dans une communication adressée à l'Académie des sciences. Je dois dire, cependant, que, d'après mes études sur l'excitation de l'utérus par différents agents, il n'existe pas de contractions spontanées proprement dites ; que toutes les contractions spontanées des auteurs sont dues aux actions, soit thermiques, soit mécaniques, par lesquelles l'utérus est très facilement excitable.

Du moment où j'ai établi l'indépendance des contractions de l'utérus, il me faut rechercher dans quelle couche du vagin sont placés les centres nerveux de cet organe ; se trouvent-ils dans la couche péritonéale, dans le tissu conjonctif, dans la couche musculaire ou dans la muqueuse ?

Déjà il me fallait admettre, comme résultat de mes expériences, que ces centres sont vraisemblablement situés dans la séreuse ou bien entre cette membrane et la couche musculaire.

On sait qu'il est très difficile de disséquer, surtout chez les jeunes animaux, la séreuse de l'utérus, qui est presque collée contre la couche musculaire de l'utérus (ou du vagin, chez les lapines).

Néanmoins, dans les cas où j'ai cru, sur des lapines qui avaient déjà porté, réussir dans ma dissection, l'excitation électrique de cette lamelle péritonéale a provoqué des contractions énergiques des deux utérus, tandis que les électrodes, portés directement sur les autres couches musculaires, n'ont donné que des contractions très faibles.

J'avais cherché, mais sans succès, déjà depuis quelque temps, des ganglions dans les régions où, d'après mes expériences physiologiques, j'en avais soupçonné l'existence, autrement dit dans la partie péritonéale du vagin. Ces jours derniers, j'ai employé une des méthodes de l'application du chlorure d'or à l'étude de nerfs et de ganglions indiquée par M. Ranvier et j'ai pu constater, sans qu'il me soit possible de donner à l'heure présente une description détaillée, qu'il existe, dans la paroi profonde de la partie supérieure de la paroi antérieure du vagin, de nombreux groupes ganglionnaires.

M. Dembo montre des pièces histologiques à l'appui de son opinion.

INSPECTION MÉDICALE

DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS (1)

« L'article 2, Inspection médicale des écoles, apparaît pour la première fois dans le budget de la ville en 1882. L'inspection médicale, qui a deux uts : vérifier la valeur des demandes de congé présentées par les instituteurs et les institutrices malades et veiller à la bonne hygiène des écoles, a été fondée, en 1880, sur un crédit départemental. L'année dernière, le département et la ville ont pris, chacun à leur charge, les dépenses qui leur reviennent en propre, le département continuant de faire les frais de l'inspection relative au personnel enseignant, considérée comme un service d'ordre général. Les frais de l'inspection pour les écoles communales de la ville de Paris ont été de 53,000 francs. Le projet de budget actuel ne vous propose pas d'augmenter ce crédit, malgré l'augmentation des écoles.

Vous n'ignorez point d'ailleurs, Messieurs, qu'une nouvelle organisation de ce service est à l'étude, tant auprès du conseil municipal qu'auprès de l'administration. Les médecins-inspecteurs sont aujourd'hui élus par leurs collègues dans chaque arrondissement. Ils touchent 600 francs d'indemnité et sont tenus à deux visites par mois dans chaque école. Cela a paru insuffisant, et le mode de nomination des inspecteurs, qui les affranchit de tout contrôle administratif, a été souvent critiqué. On s'est demandé alors s'il n'aurait pas mieux valu organiser un véritable service médical d'après les règles qui régissent tous les autres services municipaux. Les médecins nommés par l'Administration, sous la surveillance du Conseil municipal, auraient reçu un traitement de 4,000 ou 5,000 francs ; ils auraient eu à leur tête un médecin principal chargé de la direction. Ce service, ainsi centralisé, aurait compris l'inspection médicale du personnel enseignant, aussi bien que l'inspection hygiénique des écoles. Une enquête a été ouverte à ce sujet, les mairies ont été consultées, et presque toutes ont été défavorables à la proposition. Mais presque toutes aussi ont demandé des réformes dans le système actuel. L'élection des médecins-inspecteurs ne paraît pas devoir être conservée, et, d'autre part, le personnel médical, par sa nature même, ne se prête pas facilement à un système de tout point hiérarchisé. Jusqu'à nouvel ordre, le service demeure tel qu'il est, avec le même budget que l'année dernière.

Au moment où nous discutions ce rapport dans la commission du budget, le Conseil général a opéré la réforme du service qui le regarde directement. Il a décidé qu'à l'avenir les médecins-inspecteurs seraient nommés par l'Administration sur des listes dressées par les délégations cantonales. Il est à croire que le Conseil municipal adoptera une manière analogue de procéder pour la nomination des médecins-inspecteurs des arrondissements de Paris.

Nous avons reçu des propositions tendant à introduire ici un article nouveau, sous le titre d'Inspection dentaire, avec un crédit de 10,000 francs. Cette question a été soumise à l'étude de la commission d'enseignement. Un rapport vous sera présenté sur ce sujet. Mais il ne paraît pas que le rapport doive vous engager à entrer dans des voies d'inspections spéciales dentaires ou autres, dont le nombre serait illimité.

L'inspection médicale des écoles, en dehors des services qu'elle est appelée à rendre au personnel enseignant, a pour fonction de veiller, non pas à la santé de chaque enfant en particulier, mais à la bonne hygiène générale et à la salubrité des locaux. Elle doit surveiller la marche des maladies contagieuses, éloigner immédiatement les élèves qui pourraient en être atteints, ne leur permettre de rentrer qu'avec une constatation des médecins de la famille affirmant que toute trace de maladie a disparu chez l'enfant. L'instituteur doit prêter un concours vigilant à l'inspection médicale. Il doit appeler l'inspecteur à la première inquiétude. Mais, en dehors de cette surveillance et sollicitude qui s'étendent à la communauté scolaire, les soins particuliers que réclame la santé de chaque enfant doivent demeurer à la charge des familles. Votre commission du budget a invité son rapporteur à rappeler ces principes dont on tend quelquefois à s'éloigner. »

(1) Extrait du rapport présenté au Conseil municipal par M. H. Depasse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. les docteurs Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine ; Ozanne, médecin du lycée de Versailles ; Cochard, médecin du lycée de Nantes.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Marveaux, médecin-major de première classe ; Ancel, à Épinal, délégué cantonal ; Armand, ancien médecin principal ; Bertrand, à Chalon-sur-Saône, délégué cantonal ; Bourceret, à Paris ; Cassaigneau, au Cauzé, président du conseil d'arrondissement de Castel-Sarrazin, délégué cantonal ; Duval, à Gournay, conseiller général, président de la délégation cantonale ; Hoffmann, à Paris ; Lacombe, médecin de l'école normale de Périgueux ; Lecannellier, à Barneville ; Lux, médecin-major de deuxième classe ; Montillot, à Provins ; Bayol, médecin de première classe de la marine. — M. Penasse, interne à l'infirmerie du lycée de Vanves. — M. Rambaud, pharmacien à Poitiers.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le prix Civiale, d'une valeur de 1,000 francs, a été décerné à M. le docteur Guiard, ancien interne des hôpitaux.

— Par décret en date du 28 décembre 1882, M. Toussaint, professeur de physiologie à l'École vétérinaire de Toulouse, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 3 janvier 1883, M. Billaudeau (Louis-Théodore), pharmacien de première classe de la marine, a été promu, après concours, au grade de pharmacien-professeur.

— Par arrêté ministériel en date du 15 décembre 1882, M. Voiron, ancien interne des hôpitaux, est nommé pharmacien de l'hospice de la Salpêtrière.

M. Lafont, ancien interne des hôpitaux, est nommé pharmacien de l'hôpital Bichat.

— Par arrêté préfectoral en date du 29 décembre 1882, M. le docteur Lagneau, membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, est nommé vice-président dudit conseil pour l'année 1883.

M. Patin, chef du quatrième bureau de la deuxième division, est nommé secrétaire dudit conseil pour l'année 1883.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Par suite de la retraite de MM. Bondet et Paul Meynet, arrivés au terme réglementaire de leurs fonctions, les mutations suivantes ont eu lieu le 1er janvier 1883 :

M. H. Soulier passe de l'hôpital Saint-Pothin à l'Hôtel-Dieu; M. Clément passe de l'hôpital de la Croix-Rousse à Saint-Pothin; M. Colrat passe de l'hospice du Perron à la Charité; M. J. Teissier entre à l'hospice du Perron; M. Bouveret entre à l'hôpital de la Croix-Rousse.

M. Albert Carrier, en congé depuis un an, prend, à l'hospice de l'Antiquaille, le service des épileptiques et des maladies du système nerveux, par suite de la retraite de M. Lacour.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Amans, docteur en médecine, est nommé préparateur de zoologie, en remplacement de M. Rouzaud, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Beauclair (d'Agde), Bourdeillette (de Périgueux), et Vernay (de Lyon).

— Le prochain Congrès international et quinquennal des institutions de prévoyance s'ouvrira à Paris le 7 juillet 1883.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13895.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. I. Spina bifida congénital opéré dans l'enfance. Paralysie du corps de la vessie. — II. Cautérisation ponctuée; inconvénients du thermocautère. III. Abcès du muscle droit antérieur de l'abdomen, suite de fièvre typhoïde. — HOSPICE D'AURILLAC. Paralysie du membre inférieur droit de cause syphilitique; interprétation des troubles nerveux. — THÉRAPEUTIQUE. De la quassine et de ses applications. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine va avoir à se prononcer sur l'efficacité de la méthode de Brand contre la fièvre typhoïde. En effet, les médecins lyonnais qui, depuis quelque temps, emploient cette méthode, ont chargé l'un d'entre eux, M. Glénard, de venir protester en leur nom, devant l'Académie, contre les appréciations peu favorables dont elle avait été l'objet. Le mémoire de M. Glénard a été renvoyé à une commission de six membres, qui a été priée de faire son rapport le plus rapidement possible. Puis la discussion a été rouverte par un discours de M. Jules Guérin.

Isocrate avait quatre-vingt-deux ans quand il composa une de ses harangues les plus célèbres. Il y a des hommes qui ne vieillissent pas. Chaque année ajoute à leurs travaux, sans leur rien ôter à eux-mêmes. Ils ont été parmi les ancêtres, et leur pensée plane aussi nette, leur plume court non moins habile, leur voix forte se fait entendre avec ses éclats d'autrefois. Mais combien ils sont rares, ces hommes qui résistent et qui dominent comme des chênes !

M. Jules Guérin n'est pas de ceux dont tout le monde approuve les paroles, parce qu'elles sont toujours un écho des théories le plus en vogue. Ses propositions sont bien à lui. Il saisit à merveille les opinions d'autrui ; mais c'est surtout pour les combattre si elles ne lui semblent pas prouvées. Fût-on d'ailleurs son adversaire, on ne peut pas ne pas admirer cet infatigable lutteur quand on le voit à la tribune ou quand on lit ses derniers ouvrages. Il y a déjà plus d'un demi-siècle qu'il expose de vastes doctrines de pathologie générale, et, quoique la mode soit aujourd'hui à des recherches plus restreintes, il est toujours prêt à les défendre ou à en montrer les applications dès que l'occasion s'en présente.

C'est ainsi qu'à propos de la fièvre typhoïde, il a montré comment cette maladie, comme toutes les autres qui se rattachent à une cause épidémique, avait des formes ébauchées.

Ces formes ébauchées, c'est ce qu'on cherche à produire par l'atténuation du virus dans les expériences d'inoculation de tel ou tel germe morbide, suivant la méthode de M. Pasteur. Il n'est plus possible aujourd'hui de nier l'identité de nature intime des accidents, soit extrêmement graves, soit au contraire très légers, produits par une même espèce d'êtres infiniment petits. Il est donc actuellement certain que M. Jules Guérin avait raison d'attribuer tantôt *à la graine*, tantôt *au terrain* les différences d'effets observés. En effet, c'est en faisant varier les conditions de culture, de milieu ou, en d'autres termes, le terrain, que l'on arrive expérimentalement à modifier dans sa vitalité le germe lui-même ou la graine ; puis dès lors ce germe toxique, dans le meilleur terrain, ne se développe plus que d'une façon fort imparfaite. Tout ceci est mis en lumière par la méthode expérimentale avec la dernière évidence. Et c'est pourquoi le choléra a sa cholérine, la fièvre typhoïde a ses formes atténuées, pourquoi tout se réduit souvent à des prodromes sans gravité et sans durée, à côté d'autres cas dont l'issue est fatale.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÈS.

I. Spina bifida congénital opéré dans l'enfance. Paralysie du corps de la vessie. — II. Cautérisation ponctuée ; inconvénients du thermocautère. — III. Abcès du muscle droit antérieur de l'abdomen, suite de fièvre typhoïde.

I. Le nommé C... (Auguste), vingt-deux ans, des environs d'Amiens, se présente à la consultation de l'hôpital de la Charité, se plaignant de ne pas pouvoir uriner ou d'uriner malgré lui.

A l'examen, nous constatons que la vessie remplie d'urine déborde le bassin ; le cathétérisme permet d'évaluer environ 600 grammes d'urine claire et conservant la réaction acide. L'urine coule en bavant et pour vider la vessie il a fallu presser sur l'hypogastre.

M. Desprès diagnostique une paralysie du corps de la vessie. La cause de cette paralysie lui a paru être un ancien spina bifida opéré et récidivé occupant la région sacrée.

En effet, il existe au niveau de la première vertèbre sacrée une large cicatrice, au milieu de laquelle existe une dépression et au milieu de celle-ci on constate une tumeur du volume d'une noisette réductible et reparaissant pendant les efforts. La cicatrice est le fruit d'une opération qui a été faite peu de jours après la naissance : le médecin de la localité a excisé la tumeur et a cautérisé au fer rouge, c'est du moins ce qu'ont dit les parents du malade.

Depuis sa plus tendre enfance ce garçon urinait au lit, et depuis l'enfance jusqu'à ce jour il urinait sous lui par regorgement.

Ce fait est assez curieux à trois points de vue : 1° l'opération faite a eu un succès inespéré puisqu'elle n'a pas tué l'enfant. Il est vrai que d'après la cicatrice on peut juger rétrospectivement qu'il s'agissait d'un spina bifida recouvert par la peau saine ; 2° la paralysie vésicale congénitale n'accompagne pas d'ordinaire les spina bifida ; on peut se demander si l'opération infructueuse n'est pas pour quelque chose dans la paralysie ; 3° la récidive du spina bifida ou au moins l'échec de l'opération.

M. Després a prescrit au malade de se sonder et de vider sa vessie toutes les six heures ; trois mois après le malade est revenu à la consultation, il était satisfait de ce traitement dirigé contre l'écoulement de l'urine par regorgement.

II. La cautérisation ponctuée, imaginée par M. Sédillot, qui l'a proposée sous le nom de cautérisation ignée (*C. R. de l'Académie des Sciences*, 4 novembre 1854), est, comme on le sait, une cautérisation superficielle bénigne, que l'on peut répéter et qui ne laisse point de traces. On fait une grande quantité de brûlures au deuxième degré et cela produit une révulsion plus puissante que les vésicatoires et les cautères qui suppurent. Les chirurgiens en ont fait un grand usage et ont généralisé son emploi. (Després, *Chir. Journ.*, deuxième édition, p. 679). Nélaton est le premier qui ait bien compris l'usage et l'application de ce traitement. On se sert d'un petit cautère que l'on chauffe au rouge sombre ; on frappe légèrement avec le fer ainsi chauffé et à petits coups successifs les parties où l'on veut faire une révulsion.

Les médecins ont appliqué ces cautérisations au lieu et place du vésicatoire et cette pratique est devenue générale.

Depuis l'introduction du thermocautère dans les mains des praticiens, on s'est servi de cet instrument pour faire la cautérisation ponctuée. Mais il faut dire que cet instrument ne vaut pas le cautère ordinaire. En voici les raisons :

1° En vertu de la chaleur spécifique des corps, le platine fond et rougit à une température de beaucoup supérieure à celle où fond et rougit le fer. Il en résulte que le thermocautère possède une chaleur intense qui brûle au quatrième degré les points qu'il touche et brûle par rayonnement les parties qu'il ne touche pas. Aussi M. Després reconnaît-il tout de suite les brûlures faites par le thermocautère : ce sont des brûlures allongées et qui laissent des cicatrices indélébiles.

2° L'application des pointes de feu avec le thermocautère est très douloureuse ; les malades supportent celles qui sont faites avec le fer rouge et s'en font sans crainte appliquer de nouvelles. C'est ce que nous avons vu nombre de fois à la consultation de l'hôpital de la Charité, et les confessions des malades à cet égard ne laissaient aucun doute. Ils aiment mieux la cautérisation avec le fer rouge qu'avec le thermocautère.

III. Parmi les malades intéressants qui se sont présentés à la consultation de l'hôpital de la Charité, il en est encore un sur lequel l'attention peut être fixée. Il s'agissait d'un jeune homme de dix-sept ans qui, à la suite de la fièvre typhoïde qu'il avait eue il y a deux mois, avait peu de temps après été pris de douleurs dans la paroi abdominale, douleur suivie d'un abcès dans le ventre inférieur du droit antérieur du côté gauche. Cet abcès avait été ouvert un mois avant le moment où nous avons vu le malade, et le médecin de la ville qui avait traité le malade avait sagement placé un drain, que nous avons conseillé de laisser en place pendant trois semaines au moins, quoiqu'il n'y ait presque plus de suppuration.

Les abcès du muscle droit antérieur de l'abdomen à la suite de la fièvre typhoïde sont plus rares que les abcès des muscles des autres régions, et l'histoire de notre malade nous fournit une explication assez plausible de leur rareté. En effet, le jeune homme nous a rapporté que deux mois avant sa fièvre typhoïde il avait reçu un coup violent sur le bas-ventre et qu'il avait eu en ce point une ecchymose. Cet antécédent était positif. Il faut donc rattacher la production de l'abcès au traumatisme bien plus qu'à l'altération musculaire décrite par Zerker : la *dégénérescence cireuse*. En effet, cette altération existe dans tous les muscles et il n'y a pas de raison pour qu'ils ne suppurent pas tous, ou au moins presque tous, comme on le voit dans les anciennes observations, celle de M. Champouillon (1) en particulier.

Quand il y a un seul abcès, il faut donc le rattacher à une cause occasionnelle autre que la fièvre typhoïde, une contusion avant (c'est le cas de notre malade) ou après, lorsque les malades se lèvent trop tôt ou font une chute. C'est à une cause de ce genre que M. Després a rapporté des abcès survenus, un dans le grand fessier et un dans le soléaire du côté gauche, chez un malade sorti prématurément d'un service de médecine après une fièvre typhoïde grave, et qui est venu se faire traiter dans le service de chirurgie, où les abcès incisés ont rapidement guéri.

HOSPICE D'AURILLAC. — M. RAMES.

Paralysie du membre inférieur droit de cause syphilitique ; interprétation des troubles nerveux.

La vie est une dépense. S'il était permis de s'exprimer ainsi, on pourrait dire que c'est par le fait d'une tension nerveuse et au moyen d'un débit nerveux que la vie s'écoule.

A cette tension nerveuse coopèrent, chacune pour une part, et la sensibilité et la motilité. « La sensibilité et le mouvement, ces deux attributs les plus élevés de l'animalité, a dit Claude Bernard, sont tellement connexes, que l'un sans l'autre ils n'auraient pas raison d'être. » Même sur le terrain de l'intelligence, une idée ne saurait passer dans le monde réel sans le concours d'un appareil de mouvement.

Des propositions qui précèdent cette conséquence suit, que les nerfs moteurs de la vie de relation sont animés d'un courant à direction centripète. Voyons plutôt. Au début de la vie animale, sensibilité et motilité sont confondues ; à un degré au-dessus, elles sont juxtaposées ; plus haut, elles ont des appareils distincts, mais leur action devant se combiner pour un résultat, des conducteurs nerveux, continuation des appareils, s'y utilisent.

Pour nous convaincre qu'il en est bien ainsi, simplifions le problème. Supposons trois cellules délimitant un angle ; au bas de l'un des côtés de l'angle est une cellule de *sentiment* ; au bas de l'autre côté, une cellule de *mouvement ;*

(1) Champouillon, *Gazette des hôpitaux*, 1848, et Després, *Tumeurs des muscles*, p. 25.

au sommet de l'angle, une cellule *nerveuse*, celle-ci reliée aux deux premières par des conducteurs nerveux.

Vient-on à exciter la cellule *mouvement*, une contraction se produira sur place, sans irradiation aucune. On ne sait pas encore si la sensibilité musculaire existe. (Ch. Richet, *Thèse*, p. 155.)

Excite-t-on la cellule *sensible*, la cellule *mouvement* se contracte encore. Il se produit ce que l'on est convenu d'appeler de l'excito-motricité.

S'ensuit-il que l'excitation partie de la cellule *sensible* ait été trouver la cellule *mouvement* en passant par la cellule *nerveuse* ? Non. La preuve, nous la demanderons à une saine appréciation des constatations suivantes.

Le chemin tracé, autrement dit, la cellule *mouvement* ayant répondu à l'appel de la cellule *sensible*, il suffira une autre fois de porter l'excitation sur la cellule *nerveuse*, pour voir réapparaître des phénomènes d'excito-motricité tout analogues aux premiers, et de même mode, présomption à peu près certaine que la cellule *nerveuse* a conservé en puissance la mesure d'une double action, l'une venue de la cellule *sensible*, l'autre de la cellule *mouvement*, et que cette cellule *nerveuse*, héritière, en quelque sorte, du travail combiné de deux entités physiologiques, en est devenue comme l'équivalent.

Si l'excitation eût traversé l'élément *nerveux* pour aller jusqu'à l'élément *moteur*, on ne voit pas quand et comment cet élément *moteur* aurait pu réagir sur la cellule *nerveuse* et y laisser la mesure d'un mode d'action déjà acquis.

Encore, voulût-on passer outre, on se heurterait à une autre difficulté. Le professeur Vulpian a démontré qu'au contact de la substance grise, sensibilité et excito-motricité perdaient de leur caractère. Comment s'expliquer que quelque chose qui n'est plus, puisse reparaître plus tard pour se continuer dans un même rôle.

Nous arrivons ainsi à penser que tout appareil musculaire charge son nerf, que ce nerf a pour mission de le représenter auprès d'un centre nerveux, que toute contraction musculaire a un double emploi, d'abord de fournir à une dépense nerveuse s'effectuant, puis, tout en y fournissant, d'inscrire en quelque sorte le sujet de la dépense sur ce milieu nerveux à l'instant où se produit le conflit sensitif et moteur.

Reportons maintenant ces notions sur le théâtre de la vie humaine, et nous trouverons que non-seulement une première cellule nerveuse, ainsi que nous l'avons supposé, mais que toute une série de cellules nerveuses échelonnées, mises en correspondance avec la première, jouiront d'un même privilège et pourront, sous l'influence d'une excitation appropriée, devenir cause d'un travail d'excito-motricité identique au premier, et auront en puissance un même programme.

Concluons donc en disant : L'action nerveuse est à direction ascendante ; cette action résulte d'une convergence d'apports. A cet apport, sensibilité et motilité soit de la vie organique, soit de la vie de relation, viennent fournir leur quote-part.

Cette interprétation admise, demandons-lui de nous donner la raison des troubles nerveux survenus chez le malade dont l'observation suit :

X... est un homme de trente-trois ans, de belle stature et de bonne constitution ; ils ont été quatre frères et tous sont encore vivants.

Son passé pathologique se résume ainsi : En 1872, syphilis pour laquelle il resta cinquante jours à l'hôpital du Midi (service du docteur Heurteloup), y prenant quotidiennement deux pilules de proto-iodure, traitement qu'il compléta à sa sortie par l'usage de 60 grammes environ d'iodure de potassium. En mars 1880, chute en arrière de 1 mètre de hauteur, avec effort de reins, accident qui se dissipa sous l'influence de ventouses et par quatre jours de repos. En mai 1881, fièvre typhoïde d'intensité moyenne pour laquelle il entra à la Pitié d'abord, puis à la maison de santé de Dubois (service du docteur Labbé).

Son affection n'aurait présenté rien de particulier, si vers le commencement de juin n'étaient apparues des douleurs à exaspération nocturne, irradiant le long du rachis et dans la région des reins et des hypocondres. Leur nature spécifique ayant été soupçonnée, il fut mis pendant une quinzaine de jours à l'usage de pilules de proto-iodure ; plus tard on eut recours à des bains entiers, à deux jours d'intervalle. Le malade en prit quatre, deux bains ordinaires, un alcalin, un sulfureux, et il en était là, lorsque vers le 12 juin il fut tout à coup simultanément paralysé de la jambe droite et de la vessie ; cela, nous a-t-il dit, sans engourdissement, sans fourmillement préalables. Ayant voulu, pendant la nuit, aller à la garde-robe dans un cabinet voisin, il fut tout surpris de ne pouvoir déplacer sa jambe droite et se vit contraint de s'y traîner avec l'aide de ses mains. La paralysie survenue, les premières douleurs, nous dit-il, cessèrent aussitôt.

Effrayé de son état, ce malade quitta Paris le 14 juin 1881, pour rentrer dans sa famille. Là, au bout de huit jours, son état ne s'améliorant pas, dans l'obligation de se faire sonder deux fois par jour, il se décida à entrer dans l'hospice d'Aurillac. Le 22 juin 1881, on constate l'état suivant :

La volonté du malade est sans action sur le mouvement du membre inférieur droit. Il ne peut ni soulever la cuisse, ni remuer la jambe, ni détacher le talon du lit. Tenu debout, il ne saurait ni la déplacer, ni s'appuyer dessus.

Étudiée au point de vue local, l'excitabilité musculaire de ce même membre inférieur est exagérée. Le réflexe rotulien fait tressauter la jambe. Le chatouillement de la plante des pieds produit des effets analogues.

La sensibilité de la peau de ce membre inférieur est douloureuse. Il suffit de la toucher légèrement, de tirer sur les poils, de le pincer très peu, pour lui faire pousser des cris. La sensation du froid y est vivement perçue. Cette perversion de la sensibilité se retrouve dans l'étendue de trois travers de doigt environ sur le côté droit du bassin à la racine de la cuisse.

Le membre inférieur gauche est à l'état normal ; la sensibilité n'y paraît pas amoindrie.

La nutrition du côté malade ne paraît pas avoir souffert ; les deux cuisses mesurées à 15 centimètres au-dessus de la rotule donnent, des deux côtés, une circonférence de 35 centimètres.

Deux escarres non encore ulcérées se voient sur les côtés de l'arête du sacrum ; celle de gauche mesure 8 centimètres sur 6 ; celle de droite, 4 en tous sens. Nous ne remarquons rien d'anomal sur la colonne vertébrale.

Depuis le 16 du mois de juin, jour de son arrivée dans le pays, ce malade a été soumis à un traitement spécifique. Il prend matin et soir une cuillerée à bouche de sirop de Gibert. La même médication est continuée.

Le retour à l'état normal se fait de la façon suivante :

Le 1er juillet, quelques mouvements volontaires sont possibles du côté paralysé. Il peut fléchir un peu l'articulation du genou et ramener la jambe. L'hyperesthésie a un peu diminué. Le 4 juillet, le malade a commencé à uriner seul, et, à partir de ce jour, la miction s'est effectuée normalement. Le 7, il peut détacher le talon du lit. L'hyperesthésie existe encore, mais bien moindre. Le 11, il se lève, et, à l'aide d'un bras et d'une béquille, il peut faire un tour dans la salle. Enfin, le 18, le malade, quoique faible et boitant, peut marcher seul. La sensibilité est revenue à son état normal.

L'élimination des escarres nous a, un moment, inspiré de l'inquiétude à cause de leur étendue et de leur profondeur. Tout s'est heureusement bien passé. Elle a eu cet avantage d'appeler notre

attention sur une saillie anomale de la première ou deuxième vertèbre lombaire, saillie qui a été remarquée par nous seulement le 25 du mois de juillet.

Tout d'abord la pensée nous vint qu'il s'agissait là d'un ramollissement vertébral et que l'amélioration de la paralysie était due à un déplacement osseux favorable, mais la suite de l'observation s'est chargée de nous prouver qu'il n'en était rien. De l'iodure de potassium ayant été prescrit déjà, dès le 12 du mois d'août, la saillie osseuse était bien moins appréciable, les plaies tendaient à la cicatrisation. Enfin, le 23 août, tout était dans l'ordre. La saillie avait disparue, les plaies étaient à peu près fermées. Le malade n'éprouvait qu'un peu de sensibilité sur la vertèbre malade, que de la faiblesse et une sensation de froid dans le membre inférieur primitivement paralysé.

Depuis, cet homme s'est complètement remis; il est revenu à Paris, où il a pu reprendre sa position au chemin de fer. D'après nos derniers renseignements, il boiterait encore un peu.

Telle est notre observation. La considère-t-on au point de vue pathologique, on trouve que la série des phénomènes morbides présentés par notre malade est en quelque sorte classique et peut être ainsi résumée : diathèse syphilitique, accidents tertiaires apparus à l'occasion d'une débilité consécutive à une fièvre typhoïde, détermination locale due au reliquat d'une entorse de la région lombaire.

Quant aux troubles nerveux, les appréciant d'après notre interprétation, nous dirons qu'on ne saurait y voir qu'une accumulation et de sensibilité et de motilité dans le membre inférieur droit par le fait d'une compression s'exerçant sur la moitié droite ou du renflement lombaire ou de la queue de cheval; la sensibilité, elle, réussissant à rejoindre les centres nerveux, mais y arrivant pervertie dans son mode et sous forme de douleur; la motilité, celle-ci complètement empêchée dans sa correspondance avec ces mêmes centres nerveux, aussi débordant en quelque sorte localement et devenant cause de décharges musculaires énergiques au moindre contact ou par le fait d'un ébranlement généralisé.

Pour remédier à ces désordres, qu'a-t-il fallu? Faire cesser la compression. Pareil à un courant liquide qui, un moment arrêté, éprouve comme un remous et tout à coup, les voies devenant libres, reprend son cours habituel, l'influx nerveux a tout remis en ordre en retrouvant dégagés ses conducteurs naturels et en obéissant à la force ascensionnelle qui l'appelle vers l'axe spino-cérébral, pour l'utiliser à d'autres destinées.

THÉRAPEUTIQUE

De la quassine et de ses applications.

Par M. le docteur Delmis.

La quassine est le principe actif du quassia amara. Elle est amorphe ou cristallisée. Ces deux formes produisent les mêmes effets; mais il vaut mieux donner la première à la dose de 4 à 10 centigrammes par jour, parce que la seconde, au-dessus de 2 centigrammes, produit des effets toxiques. Nous ne nous occuperons par conséquent que de la quassine amorphe qui a servi à faire la plupart des expériences et avec laquelle on peut plus facilement varier les doses.

Chez l'homme sain, la quassine produit dès les premiers jours une augmentation rapide de l'appétit, une digestion plus complète des aliments, et dès lors un développement rapide des forces : à la dose de 4 centigrammes avant chaque repas, elle fait expulser plus vigoureusement les déchets de la nutrition et donne de bons résultats contre la constipation occasionnée par la faiblesse de la tunique musculaire de l'intestin. Cette propriété est précieuse, car elle permet de substituer, dans beaucoup de cas, la quassine aux purgatifs qui rendent souvent la constipation invincible, sans compter la constipation en retour qui se produit constamment après leur administration.

A la même dose de 4 centigrammes avant chaque repas, la quassine a été donnée à des malades ayant ordinairement trois ou quatre selles diarrhéiques dans les vingt-quatre heures. Après huit jours de traitement, les selles se sont raréfiées et sont redevenues normales.

D'autres expériences ont démontré que la quassine a un effet diurétique très prononcé, qu'elle augmente la sécrétion des glandes salivaires, du foie, des reins, et même des glandes mammaires. On peut tirer un excellent parti de cette dernière propriété pour les nourrices dépaysées, chez lesquelles l'anorexie est doublement funeste.

La quassine est donc un tonique amer, apéritif, stomachique qui rétablit dans l'organisme l'équilibre détruit. Elle ne doit pas être administrée dans la période aiguë des maladies, mais dans la débilité générale, la dyspepsie atonique, l'anorexie, la chlorose, les vomissements spasmodiques, les convalescences longues et difficiles, notamment les convalescences des fiévreux, car la quassine qui ne peut avoir, aux doses ordinaires, d'effets nuisibles sur l'homme, est mortelle pour les animaux d'ordre inférieur, oxyures, ascarides, etc., etc.

Les pilules Frémint qui ont servi à la plupart des expériences contiennent chacune 2 centigrammes de quassine amorphe pure. On les administre à la dose de une ou deux avant chacun des deux principaux repas; à la dose maximum de six pilules par jour (12 centigrammes) il sera préférable de donner une pilule au lever, deux à midi, deux à six heures et la dernière au moment du coucher.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 janvier 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Legrand du Saulle et Olivier, qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, médecine légale et police sanitaire ;

2° Une lettre de M. le docteur Demons, chirurgien de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (Accepté) ;

3° Un pli cacheté de M. Morage, licencié ès sciences physiques, sur un nouveau sphygmographe (Accepté) ;

4° Un mémoire manuscrit intitulé : *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde* (*quelques considérations étiologiques*), par M. le docteur Grellet, de Menat (Puy-de-Dôme) (Commission des épidémies).

LECTURE

Sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. — M. **FRANZ GLÉNARD** rappelle que, dans le cours de la récente discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde, à l'Académie de médecine, il a été dit que la méthode de traitement par les bains froids n'était pas supérieure à la méthode expectante, qu'elle faisait courir des dangers aux malades et était abandonnée en France.

Il vient, au nom de la médecine lyonnaise, soumettre à l'Académie, en faveur de cette méthode qu'il a importée en France, une protestation collective, et il résume ainsi l'état de la question :

« Les propositions que j'ai publiées en 1873, reposaient alors sur 89 cas traités sous mes yeux par Brand pendant ma captivité à Stettin, sur 13 cas traités par moi-même dans les hôpitaux de Lyon pendant mon internat, et enfin sur 42 cas traités après moi

par quatorze médecins lyonnais. Les 55 premiers cas traités à Lyon donnèrent 55 succès.

En 1874, pendant l'épidémie de Lyon, 386 malades traités par les bains froids, en moins de deux mois, donnèrent 32 morts, soit 8,3 0/0, et l'on ne baignait alors que les cas graves dont la mortalité eût dû être au moins de 50 0/0, c'est-à-dire de 193 sur 386, au lieu de 32. Et la preuve, c'est que le taux de mortalité de la fièvre typhoïde pour les hôpitaux de Lyon fut, pour toute l'année 1874, malgré l'épidémie, de 11 0/0 au lieu de 26 0/0, taux habituel dans nos hôpitaux.

Aujourd'hui, grâce aux bains froids, le taux de mortalité de la fièvre typhoïde, dans les hôpitaux civils, est tombé à 9 0/0. Il est de 1 à 2 0/0 dans la pratique privée.

L'efficacité théoriquement absolue des bains froids est devenue vraisemblable pour plusieurs médecins lyonnais, déjà vraie pour quelques-uns.

Dans l'*armée française*, avec la méthode expectante, le taux de mortalité de la fièvre typhoïde est de 37 0/0.

De 1875 à 1880, pendant les six années dont la statistique est complète, il y a eu 26,047 fièvres typhoïdes avec 9,597 décès.

En 1876, la mortalité avait été de 1,675 sur 4,130 cas, c'est-à-dire de 40,5 0/0.

En 1881, il y a eu 9,231 fièvres typhoïdes dans l'armée.

En somme, chaque année, en moyenne, depuis six ans, il y a 4,341 fièvres typhoïdes, 1,600 décès : 36,71 0/0.

Dans l'*armée allemande*, où le traitement des bains froids s'est généralisé peu à peu au point d'être aujourd'hui le traitement à peu près exclusif dans tous les hôpitaux militaires, le taux de mortalité de la fièvre typhoïde, jadis de 26 0/0 avant les bains froids, est aujourd'hui de 10 0/0.

De 1875 à 1880, pendant six ans, il y a eu 14,835 fièvres typhoïdes avec 1,500 décès, 10 0/0, et le taux de mortalité, qui était encore de 11 0/0 en 1875, est aujourd'hui de 8,9 0/0.

La moyenne de chaque année, depuis six ans, est de 2,460 fièvres typhoïdes avec 253 morts.

Dans les vingt-cinq hôpitaux du 2e corps d'armée (commandement à Stettin), où le traitement des bains froids est rigoureusement exécuté, la mortalité est tombée, de 21 0/0 avant les bains froids, à 7,8 0/0, sur 1,404 fièvres typhoïdes, de 1874 à 1877.

De 1877 à 1881, en cinq ans, à partir de la nomination d'un médecin principal, le docteur Abel, partisan de la méthode Brand, il n'y a eu que 52 morts sur 1,225 fièvres typhoïdes, 4,2 0/0. Dans les cinq principales garnisons du 2e corps, dont les hôpitaux sont placés sous le contrôle direct de ce médecin principal, la mortalité, depuis 1877 est, en cinq ans, de 14 sur 764 typhiques, 1,83 0/0.

Et parmi les garnisons, à l'hôpital militaire de Stettin, où la mortalité était de 26 0/0 avant les bains froids, on ne compte, de 1877 à 1881, que 2 morts sur 186 malades, 1,6 0/0.

Dans celui de Stralsund, depuis cinq ans, il n'y a encore, à ce jour, que 2 morts sur 300 malades, 0,6 0/0.

Il est vraisemblable que le taux de 1 à 3 0/0 pour la mortalité de la fièvre typhoïde sera bientôt celui de toute l'armée allemande, où le traitement des bains froids va être imposé comme il l'est déjà dans les vingt-cinq hôpitaux du 2e corps d'armée.

Une simple innovation thérapeutique permettrait, dans l'armée française, de réduire le taux de 37 0/0 à celui de 3 0/0, de ne perdre que 150 hommes au plus au lieu de 1,600, et nous épargnerait ainsi, chaque année, la perte d'un régiment entier de jeunes soldats français, âgés de 20 à 24 ans et signalés comme robustes par les conseils de revision.

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. JULES GUÉRIN se propose de traiter en particulier des formes ébauchées et de la période prodromique de la fièvre typhoïde. Il rappelle que déjà, il y a plusieurs mois, à propos de la communication de M. Vulpian sur le traitement de la fièvre typhoïde, il a appelé l'attention sur ces deux points de pathologie généralement trop mal connus des médecins.

En ce qui touche les formes ébauchées de la fièvre typhoïde, la preuve de leur existence est fournie par l'observation des diverses épidémies. Dans la dernière, par exemple, la maladie s'est présentée avec une physionomie amoindrie ; elle a offert une marche irrégulière, une durée moindre et enfin une curabilité plus grande. Les formes seulement ébauchées y étaient communes ; il y avait, du reste, dans cette épidémie comme dans les autres, des différences de degré ; et ce qui prouve bien l'identité de nature entre les cas qui affectaient la forme la plus grave et ceux qui, simples, ébauchés, guérissaient presque d'emblée au lieu d'achever leur évolution comme les premiers, c'est qu'on les observait simultanément dans les mêmes familles. M. Guérin en cite plusieurs exemples. Il en est donc de la fièvre typhoïde comme du choléra, de la fièvre jaune, de la fièvre puerpérale, des fièvres éruptives; pour la bien connaître sous tous ses aspects, pour s'en faire une idée exacte, il faut disposer tous les faits suivant la méthode que M. Guérin a nommée celle de la série étiologique. On ne se laisse plus tromper alors par les différences apparentes et on reconnaît nettement l'unité de cause qui les relie.

Du reste, les expériences d'affaiblissement des virus prouvent de leur côté combien une même cause morbide peut varier en intensité dans son action suivant diverses influences dont la plupart sont encore mal connues.

M. Guérin résume comme il suit la première partie de son discours :

1° L'action du virus typhique est susceptible de s'exercer sur l'organisme humain à des degrés différents, et les modifications qui en résultent peuvent s'exprimer par des changements dans les formes, dans la marche, la durée et l'intensité de la maladie ;

2° L'épidémie typhique que nous venons de traverser a témoigné par ses formes variées et incomplètes, par sa marche intense, par la discordance de ses lésions, et finalement par sa bénignité exceptionnelle, de la possibilité des mêmes modifications et atténuations dans l'évolution de la fièvre typhoïde endémique de nos contrées.

M. Jules Guérin traite ensuite de la période prodromique qui précède, suivant lui, l'apparition des symptômes pathognomoniques, diarrhée fétide, gargouillement dans la fosse iliaque, météorisme, taches lenticulaires, épistaxis, vertiges, et enfin fièvre. Ces symptômes, considérés généralement comme indiquant le début de la fièvre typhoïde, se rapportent à la maladie confirmée.

M. Guérin, pour mieux faire comprendre sa pensée, compare l'empoisonnement typhoïde à l'empoisonnement par l'arsenic. Dans l'empoisonnement par l'arsenic, dès que la substance toxique a pénétré dans l'estomac, elle provoque une réaction par son action toute locale, et à ce moment il serait facile, en amenant son expulsion, d'arrêter ses effets funestes. C'est pour ainsi dire la période prodromique de cet empoisonnement. Mais si on laisse à l'arsenic le temps de s'infiltrer dans tout l'organisme, on ne pourra plus réussir par les mêmes moyens. C'est la maladie confirmée.

La période prodromique est complètement distincte de la période d'incubation, car, à la différence de celle-ci, elle se traduit par des signes extérieurs. Ces signes extérieurs sont les mêmes qui constituent toute la maladie dans certaines formes ébauchées. Là aussi, ce qui domine tout, ce qui éclaire le diagnostic, c'est l'étiologie.

A propos de cette étiologie, on a beaucoup exagéré l'action des causes banales, logements insalubres, misère, malpropreté, encombrement. Ce sont là des influences permanentes qui ont existé avant les épidémies et qui subsisteront après : on ne peut donc y voir la cause réelle d'un effet passager, tel que cette épidémie. L'orateur rappelle ses propres recherches sur l'*intoxication stercorale*, et la théorie à laquelle il est arrivé, théorie distincte de celle que l'on appelle la doctrine anglaise, tout en étant parallèle. En effet, le développement d'un principe toxique au sein de l'organisme par la fermentation putride des matières stercorales n'exclut ni l'isolement ni la transmissibilité de ce principe. Les faits prouvent cette

communication; et la doctrine de l'intoxication fécale s'en arrange. Elle fait mieux, elle la prévoit. Il est de toute évidence qu'une fois emmagasiné dans les dépôts de matières fécales, le poison typhique peut s'en dégager et prendre toutes les voies de transmission soupçonnées par les auteurs.

L'épidémie actuelle a surabondamment montré qu'indépendamment de ses nombreuses particularités presque aussi diverses que les sujets atteints, la maladie peut affecter trois formes principales : la forme *nerveuse*, la forme *pulmonaire*, la forme *intestinale*. A chacune d'entre elles correspond une forme différente de la période prodromique.

1° Dans la forme intestinale on observe d'abord de l'anorexie, de l'embarras gastrique, parfois de la constipation, puis de la diarrhée, du mal de tête, un peu de stupeur, des bourdonnements d'oreilles, tout cela avant les courts accès de fièvre nocturne qui, avec l'insomnie et la fétidité des selles, signalent le moment de l'invasion ;

2° Dans la forme pulmonaire, tout l'appareil respiratoire participe à l'expression typhique. C'est une sorte de dissémination irrégulière de congestions passives, de râles sibilants et sous-crépitants, de submatités toutes locales. Les malades conservent presque l'intégrité de leur intelligence jusqu'au commencement de la généralisation de la maladie. Ce n'est qu'alors que surviennent la stupeur, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, etc., etc.

3° Dans la forme nerveuse, la céphalalgie, les éblouissements, les frissons prolongés le long de la colonne vertébrale, un sentiment de faiblesse générale, peuvent persister durant plusieurs jours avant l'invasion de la fièvre nocturne et les autres signes de la généralisation du mal.

Ces formes peuvent se combiner l'une avec l'autre.

Durant cette période prodromique, M. Guérin emploie les purgatifs contre la forme abdominale, les vomitifs contre la forme thoracique. Après cela il fait alterner les évacuants avec les désinfectants, le charbon surtout. Très souvent ainsi il parvient, quand la maladie en est encore à ses débuts, à l'empêcher de prendre un développement complet, à la faire avorter, et à obtenir la guérison en fort peu de jours. Du reste, cette même méthode a été dernièrement appliquée en Allemagne, et M. Gressinger affirme avoir guéri en quatre ou cinq jours des cas dont l'identité de nature et de cause avec la fièvre typhoïde serait démontrée, suivant lui. Ces idées, qui sont celles de M. Jules Guérin, ont été mieux reçues de l'autre côté du Rhin qu'en France.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — A la suite du tirage au sort qui a eu lieu lundi, voici l'ordre dans lequel les candidats sont appelés à subir la troisième épreuve (leçon d'une heure après vingt-quatre heures de préparation) :

1° Mardi 9 janvier 1883, MM. Albert Robin et Hutinel; 2° mercredi 10, MM. Clément et Dreyfous; 3° jeudi 11, MM. Hanot et Schmitt ; 4° vendredi 12, MM. Dreyfus-Brisac et Baumel ; 5° samedi 13, MM. Du Castel et Bard; 6° lundi 15, MM. Blaise et Letulle ; 7° mardi 16, MM. Artigalas et Leroy; 8° mercredi 17, M. Quinquaud.

— *Hôpitaux de Marseille.* — A la suite d'un brillant concours ont été nommés internes : MM. Louge, Pitrat et Campana.

— *École de médecine de Marseille.* — Sont proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1881-1882 :

Élèves en médecine. — Première année : deuxième prix, M. Barbieri. — Deuxième année : prix, M. Regnault; mention honorable, MM. Ferrand et Foata. — Troisième année : deuxième prix, M. Louge ; mention honorable, M. Campana. — Quatrième année : premier prix, M. Oddo ; deuxième prix, M. Imbert.

Élèves en pharmacie. — Première année : prix, M. Vizern ; mention honorable, MM. Gueirard et Liotard. — Deuxième année : mention honorable, M. Sasia.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Collot, docteur ès sciences naturelles, ancien suppléant du cours de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Grenoble, est chargé, pendant l'année 1882-1883, d'un cours complémentaire de géologie et de minéralogie.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — La bourse de licence ès sciences mathématiques accordée à Mlle Aron, admise au grade de licencié pendant la dernière session d'octobre-novembre, est transformée en bourse de licence ès sciences physiques.

M. Sauvageau (François-Camille), né le 12 mai 1861 à Angers (Maine-et-Loire), candidat à la licence ès sciences naturelles, est nommé pour un an, à dater du 1er novembre 1882, boursier près la Faculté de Montpellier (bourse entière).

— Par décret en date du 27 décembre 1882, M. Fontaine (André), pharmacien principal de deuxième classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de pharmacien principal de deuxième classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. — Emploi vacant par organisation.

— Par décisions ministérielles en date des 27 et 29 décembre 1882 :

M. Lebesgue (Alphonse-Marie-Valentin), médecin aide-major de première classe au bataillon du 106e régiment d'infanterie stationné à Verdun, a été désigné pour occuper l'emploi de son grade au 22e régiment d'artillerie, à Versailles, par application de la décision ministérielle du 20 janvier 1876.

M. Godart (Constant-Augustin), médecin aide-major de première classe au 33e régiment d'artillerie à Poitiers, désigné pour le 22e d'artillerie à Versailles, a été maintenu au 33e d'artillerie.

M. Bonnardot (Jean-Baptiste-Alfred), médecin-major de première classe au 45e régiment d'infanterie à Laon, a été désigné pour occuper l'emploi de son grade au 22e régiment d'artillerie, à Versailles.

M. Éon (Georges-Hippolyte-Louis-Marie), médecin aide-major de première classe au 17e régiment d'artillerie à La Fère, a été désigné pour occuper l'emploi de son grade au bataillon du 108e régiment d'infanterie détaché à Milianah (division d'Alger).

— Par décret en date du 29 décembre 1882 ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après :

Au grade de médecin-major de première classe : (choix) M. Quod (Mathieu-Albert), médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine (pour ordre), détaché à l'hôpital de Sousse (Tunisie), en remplacement de M. Lepelletier, mis en non-activité, à titre d'infirmités temporaires, reste maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : deuxième tour (ancienneté). M. Bernard (Adolphe-Charles-Louis), médecin aide-major de première classe à la légion étrangère, en remplacement de M. Quod, promu. — Reste maintenu provisoirement à son poste actuel.

A un emploi de médecin aide-major de première classe (tour de la non-activité) : M. Raynaud (Noël), médecin aide-major de première classe en non-activité par retrait d'emploi, en remplacement de M. Bernard, promu. — Est affecté au 17e régiment d'artillerie à La Fère.

— Par décision ministérielle en date du 8 janvier 1883, M. Choux (Marie-Jean-Charles), médecin-major de deuxième classe au 64e d'infanterie, détaché aux salles militaires de l'hospice civil de Nantes, a été désigné pour occuper provisoirement un emploi de son grade au 11e escadron du train des équipages militaires ; il continuera à assurer le service sanitaire aux salles militaires de l'hospice de Nantes.

— M. le docteur Carof, médecin adjoint au lycée de Brest, est

nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le docteur Penquer, décédé.

— M. le docteur Paul Rey est chargé d'une mission au lac Copaïs, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'État. — M. le docteur Hamon est chargé d'une mission au Choa et dans le pays des Gallas, à l'effet d'y entreprendre des recherches médicales et d'histoire naturelle.

— La Société médicale de l'Élysée a procédé, dans sa dernière séance, à l'élection de son bureau pour l'année 1883. Ont été élus :

Président, M. Mallez ; vice-président, M. Nicaise ; secrétaire général, M. Le Pileur ; secrétaires annuels, MM. Thorens et Hogg.

— M. le docteur T. Gallard reprendra, à l'Hôtel-Dieu, le samedi 13 janvier, ses leçons cliniques sur les maladies des femmes.

— M. le docteur E. Ménière commencera ses leçons et ses exercices pratiques sur les maladies des oreilles, le mardi 16 janvier 1883, et les continuera les vendredis et mardis suivants de midi à deux heures, rue des Grands-Augustins, nº 20 (quartier de l'École-de-Médecine).

— M. le docteur H. Picard commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, le mardi 16 janvier 1883, à huit heures du soir, amphithéâtre nº 1 de l'École pratique (rue de l'École-de-Médecine) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Il décrira la pierre dans le rein et dans la vessie ; son traitement médical, la lithotritie et la taille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel pratique de laryngoscopie et de laryngologie, par le docteur G. Poyet, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-18°, cartonné diamant, de 400 pages avec 35 figures dans le texte et 24 dessins en couleur hors texte, pris d'après nature. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, O. Doin.

De l'ataxie héréditaire (maladie de Friedreich), par le docteur Auguste Brousse. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Manuel d'hygiène et d'éducation de la première enfance, par le docteur Bourgeois, médecin-major. 1 vol. in-18°, cartonné diamant, de 200 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13895.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encourager les auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. La fièvre typhoïde en Tunisie. — Sur quelques bruits de percussion thoracique. — Du phlegmon osseux. — De la morphéomanie. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La fièvre typhoïde en Tunisie.

Pendant que l'enquête se continue à l'Académie, dans les sociétés savantes et dans la presse sur la fièvre typhoïde régnante, sur ses caractères, son étiologie et son traitement, nous ferons connaître les résultats de celle que vient de faire un de nos jeunes confrères, M. le docteur Luc Galliot, sur la fièvre typhoïde qu'il a eu l'occasion d'observer sur nos troupes pendant l'expédition de Tunisie, du mois de mai 1881 au mois de février 1882. Cette enquête, indépendamment de l'intérêt particulier qu'elle présente au point de vue des influences du séjour antérieur, du déplacement et des conditions climatériques nouvelles dans lesquelles se sont trouvés nos jeunes soldats, sur les caractères, la marche et l'issue de la maladie, ne laissera pas que de fournir quelques éléments utiles pour la solution des grandes questions qui sont actuellement à l'étude.

Comme tous les médecins de l'armée, M. L. Galliot, pendant qu'il faisait du service dans les hôpitaux militaires de Paris, a pu se convaincre que la fièvre typhoïde est l'affection qui cause le chiffre le plus élevé de la morbidité et de la mortalité dans les régiments qui y sont casernés. Sur 366 décès survenus en 1880 à l'hôpital du Gros-Caillou, auquel il était attaché à cette époque, 256, soit plus des deux tiers, ont été le fait de cette fièvre (1).

En serait-il de même pour les troupes qui allaient faire l'expédition de la Tunisie? C'est ce que M. Galliot, désigné lui-même au commencement de mai 1881 pour rejoindre le corps expéditionnaire, allait être à même de savoir.

Quittant Paris, où il laissait la fièvre typhoïde, muni des données étiologiques qu'il y avait acquises auprès de ses maîtres, il ne s'attendait pas à la retrouver sur les frontières tunisiennes, les causes auxquelles on l'avait accoutumé à l'attribuer disparaissant par le fait même de l'entrée en campagne. C'est cependant ce qui eut lieu. Bien que les soldats fussent dispersés sur un grand espace et que l'emplacement des tentes fût presque tous les jours changé, conditions éminemment différentes de l'encombrement dans les casernes, il ne fut pas peu surpris de trouver, à son arrivée, toutes les ambulances de la frontière tunisienne de la province de Constantine encombrées de soldats atteints de cette affection.

A quoi cela pouvait-il tenir? M. Galliot ne tarda pas à en avoir l'explication.

Au début de la campagne, les régiments composés de jeunes soldats venaient presque tous des garnisons des villes du Midi de la France, où la fièvre typhoïde est endémique; beaucoup d'entre ces jeunes soldats avaient contracté le germe de l'affection dans le lieu de départ; quelques-uns présentaient déjà l'affection en voie d'évolution, à leur arrivée.

C'est sur les malades de l'ambulance du Kef, à laquelle il a été attaché, que M. Galliot a fait plus particulièrement porter les observations que nous allons résumer.

Tous les corps de troupes arrivant au Kef pour y tenir garnison y arrivèrent en puissance de miasme typhoïde, par suite d'un long séjour dans des lieux infectés. Aussitôt la garnison constituée, la fièvre typhoïde se déclara, en effet, et revêtit du jour au lendemain le caractère épidémique. Ces premiers malades étaient déjà dans la période d'infection avant leur arrivée. Le 1er juillet, c'est-à-dire cinq jours après sa constitution, cette ambulance comptait déjà 25 malades; pendant le mois de juillet, les cas se multiplièrent et l'épidémie atteignit son maximum d'intensité et comme nombre de malades et comme gravité.

Les différentes formes de la fièvre typhoïde qui ont évolué sous les yeux de M. le docteur Galliot à l'ambulance du Kef, sont les suivantes : Forme ambulatoire (1 cas); forme foudroyante; forme cérébro-spinale; forme cérébrale; forme adynamique (purpura, ecchymoses cutanées); forme hémorragique et abcès de la rate (de chacune de ces formes 1 cas); forme adynamique avec parotide (2 cas).

Dans ces huit cas, tous suivis de mort, l'autopsie a fait constater l'existence de plaques tuméfiées ou ulcérées à divers degrés et dans une plus ou moins grande étendue de l'iléon ou du cæcum.

Ce qui a le plus frappé M. Galliot dans ces faits, c'est, d'une part, la marche rapide des lésions typhoïdes, la rareté des complications tenant à cette rapidité même de l'évolution. Ainsi il n'y est question ni de perforations, ni de péri-

(1) D'après le rapport d'ensemble de M. le professeur Léon Colin (du Val-de-Grâce) sur la fièvre typhoïde dans l'armée, pendant la période triennale de 1874, 1875 et 1876, la mortalité par fièvre typhoïde dans l'armée a dépassé la proportion de 3 pour 1,000 hommes d'effectif, et la morbidité a été de 1 sur 100 soldats présents. Ces deux chiffres ont un peu diminué dans la période triennale suivante : 1877, 1878, 1879.

tonites, ni de pleurésies. Après un ou deux jours de traitement, si le malade succombait, on rencontrait des altérations qui n'existent ordinairement en France qu'après ou dans le courant du deuxième septenaire.

Faute des instruments nécessaires pour s'assurer de l'existence des lésions microscopiques de l'endocarde, signalées par MM. Hayem et Zenker, M. Galliot a été conduit à admettre la probabilité de ces lésions par l'état syncopal qu'ont présenté ces malades à leurs derniers moments et par l'aspect feuille morte du cœur constaté à l'autopsie. Dans toutes les autopsies, M. Galliot a constaté aussi une congestion intense des poumons, non point cette congestion qui est le fait habituel du progrès de l'adynamie et de la dégénérescence granulo-graisseuse des éléments anatomiques, qui dans ces cas n'avait pas le temps de se former, mais une congestion liée à l'état de faiblesse fonctionnelle du cœur. C'est dans cet organe, en effet, que résidait l'altération principale, celle qui entraînait la mort, les fibres musculaires de l'endocarde étant désorganisées par suite de l'hyperthermie du sang et désormais incapables de se contracter et de remplir leurs fonctions. C'était par syncope, c'est-à-dire par le cœur, que mouraient les malades, et non par les poumons qui, en réalité, n'étaient pas altérés.

Cette terminaison syncopale de la fièvre typhoïde pendant sa première période avait été indiquée déjà par les médecins militaires de l'Algérie et par les médecins de la marine.

C'était sur la connaissance de ce fait qu'était fondée l'indication principale du traitement. Dès que M. Galliot était prévenu qu'un malade faiblissait par le cœur, il appliquait de nombreuses ventouses sèches à la base de la poitrine et il faisait envelopper le corps d'un drap mouillé avec de l'eau additionnée de vinaigre, en même temps qu'il faisait prendre quelques gorgées d'une potion cordiale et diffusible : alcool, menthe, éther et acétate d'ammoniaque. Cette médication a souvent réussi quand on pouvait la mettre en œuvre au début de l'accès. Un malade, entre autres, qui fut onze fois, en plusieurs jours différents, en proie au même danger, a été rappelé à la vie par cette méthode.

Comme preuve de la rapidité de l'évolution de la fièvre pendant la saison chaude dans le nord de l'Afrique, M. Galliot a dressé un tableau duquel il résulte que les malades mouraient surtout du premier au cinquième jour.

En résumé, tout ce que rapporte notre confrère de la marche et de l'allure de la fièvre typhoïde en Tunisie, tend à montrer que son intensité est beaucoup plus considérable dans ce pays qu'elle ne l'est communément en France et particulièrement à Paris. Il en est de même des fièvres typhoïdes de nos colonies où nos médecins de marine constatent souvent aussi l'évolution de cette affection en neuf ou dix jours. D'où cette conclusion, que les températures élevées ont une influence des plus manifestes sur la rapidité de la marche de cette affection, comme elles en ont une non moins certaine sur son développement et sa propagation.

C'est ce que M. Galliot s'est proposé de démontrer dans la deuxième partie de son travail, consacrée à l'étude du développement et de la propagation de la fièvre typhoïde dans le corps expéditionnaire de Tunisie.

Nous passerons volontiers sur les théories de la genèse du miasme typhoïde, qui sont encore en ce moment même à l'étude et sur lesquelles nous aurons à revenir plus tard, pour nous borner à exposer le plus brièvement possible les observations relatives à l'aptitude spéciale des hommes faisant partie du corps expéditionnaire à contracter la fièvre typhoïde, le mode de formation du foyer autour du camp et les circonstances météorologiques qui ont contribué à la diffusion du miasme typhoïde sur nos troupes.

On a déjà vu que les soldats du corps expéditionnaire sortaient, pour la plupart, des garnisons du Midi où la fièvre typhoïde est endémique et où elle sévissait épidémiquement en ce moment.

Tous les bataillons expédiés se composaient, en majeure partie, de soldats de cinq mois, très susceptibles, du fait de leur âge et de leur vie antérieure, à contracter la fièvre typhoïde.

Tous les corps de troupes ont présenté des cas de fièvre typhoïde, mais celle-ci ne s'est perpétuée que parmi les régiments inactifs ou de réserve ou dans les garnisons sédentaires.

L'inaction et la formation de foyers secondaires dans les « dunettes » autour des camps ont été les principales causes de cette continuité d'action de la fièvre typhoïde.

Les grandes pluies du début, la haute température des mois suivants et l'active évaporation qui en a été la conséquence ont aidé puissamment à l'infection des troupes sédentaires.

Les bataillons qui ont été toujours en mouvement n'ont plus présenté de cas de fièvre typhoïde dès les premières semaines de la campagne par suite du changement quotidien de campement. L'infection n'a pu se perpétuer comme dans les autres troupes restées sédentaires.

Sur quelques bruits de percussion thoracique.

Nous avons reçu de M. le docteur B. Chalmet (de Landerneau) une excellente étude sur les bruits de percussion thoracique. Cette étude, qui a déjà valu à son auteur le suffrage de ses confrères les plus distingués du Finistère et de la marine, auxquels il l'a communiquée, lui méritera aussi, nous n'en doutons pas, celui de nos lecteurs.

Quel est le corps vibrant dans les bruits de percussion thoracique ? Est-ce l'air, le parenchyme du poumon ou la paroi thoracique ? Ou bien le bruit est-il mieux expliqué par les vibrations combinées de l'air et des parois, et alors est-ce à l'air ou aux parois qu'on doit attribuer le principal rôle? Telles sont les questions que M. Chalmet s'est proposé, sinon de résoudre, du moins d'éclairer à l'aide d'une étude critique des recherches d'Helmholtz, de Skoda et de celles plus récentes de Woillez et de MM. Gueneau de Mussy, Besnier, Lasègue et Grancher. Voici les conclusions qu'il tire de la considération de tous les éléments réunis du problème :

La durée de la vibration est toujours en raison directe de la quantité et de la tension de l'air ;

L'amplitude de la vibration n'est, en raison directe de la quantité d'air, que jusqu'à un certain degré de tension, mais elle est toujours en raison inverse de la tension de l'air ;

Si donc, dans les bruits de percussion, on trouve l'intensité diminuée avec acuité, c'est qu'il y a très peu d'air (matité) ;

Si l'intensité est augmentée avec gravité, il y a beaucoup d'air (tympanisme grave) ;

Si l'intensité est diminuée avec gravité, il y a beaucoup d'air et forte tension (obtusion du son, son atympanique) ;

Si l'intensité est augmentée avec acuité, il y a moins d'air

(quoiqu'en certaine quantité) et faible tension (tympanisme aigu).

Ces quatre types principaux de bruits sont-ils les seuls ? Est-il possible que l'un des deux éléments (amplitude ou durée) soit modifié, l'autre restant normal ?

Toutes les nuances peuvent exister dans les bruits de percussion; mais, en dehors de la sonorité normale et de la matité absolue, elles se rattachent toutes aux types formés par les quatre combinaisons possibles de l'intensité et de la hauteur :

Intensité diminuée et acuité (matité);
Intensité augmentée et gravité (tympanisme grave);
Intensité augmentée et acuité (tympanisme aigu);
Intensité diminuée et gravité (obtusion du son).

Dans les deux premiers types, l'ampleur et la durée de la vibration sont modifiées dans le même sens ; les modifications s'expliquent par les variations de la quantité d'air, la tension n'entrant pas en jeu.

Dans les deux derniers types, l'ampleur et la durée de la vibration sont modifiés en sens contraire ; les modifications s'expliquent par les variations de la tension de l'air et de sa quantité. La durée indique alors la quantité d'air, et l'amplitude le degré de la tension ; la durée est toujours en raison directe de la quantité d'air, et l'amplitude toujours en raison inverse de la tension de l'air.

Les conditions physiques auxquelles se rattachent les différents bruits de percussion, ainsi déterminées, il restait à en déduire la signification pathologique.

La submatité et la matité, qui sont les phénomènes pathologiques les plus fréquents de percussion, tiennent à l'absence ou à la diminution de l'air ou des gaz. D'où l'on comprend que la matité existe à des degrés divers dans l'infiltration tuberculeuse, dans la congestion pulmonaire, dans les pneumonies, les pleurésies, etc. Rien de plus simple jusque-là. Mais c'est lorsqu'on arrive à l'explication des tympanismes, — question si débattue dans ces derniers temps, — que les difficultés se multiplient. Aussi M. Chalmet a-t-il redoublé d'attention dans son étude analytique et clinique de ce phénomène. Nous en résumons les principaux résultats :

Toutes les fois que le poumon sera refoulé pour une cause quelconque (tumeur abdominale, ascite, grossesse, tumeur intra-thoracique mais extra-pulmonaire, scoliose vertébrale, etc.), on constatera, comme dans la pleurésie, le tympanisme aigu ou le tympanisme grave, suivant que la partie active du poumon l'emportera ou non en étendue sur la partie refoulée, c'est-à-dire suivant qu'elle pourra ou non lutter avec avantage contre la rétraction de la partie qui obéit à son élasticité.

Si le poumon est augmenté de volume par une lésion quelconque, on ne retrouve plus son relâchement pour augmenter l'amplitude des vibrations. A la place de l'extension physiologique il y a l'extension due à une tumeur, à une infiltration de produits pathologiques, à un engorgement des vaisseaux. C'est plutôt la rétractilité qui est abolie ou diminuée, condition qui favorise la respiration supplémentaire dans les parties saines (tympanisme grave). Au niveau de la région malade, le tympanisme qu'on observe quelquefois dans la contagion pulmonaire et au début ou à la fin d'une pneumonie, pourrait être causé par la plus grande quantité d'air intra-pulmonaire, si les vésicules sont encore perméables, non parce que le poumon a un volume plus considérable, mais parce qu'il se rétracte moins à l'expiration.

Le bruit amphorique est l'exagération du tympanisme grave avec un timbre accentué.

Le caractère du bruit de pot fêlé tient moins au timbre qu'au claquement surajouté dû à la sortie brusque de l'air si la paroi se laisse déprimer par le choc.

Pour le son trachéal de Williams, produit par la résonnance de la bronche gauche dans les cas de condensation du poumon, ainsi que pour le bruit d'airain de Trousseau, M. Chalmet, n'ayant rien à ajouter à ce qu'on en a dit, renvoie aux auteurs. Nous ferons comme lui.

DU PHLEGMON OSSEUX

Par M. le docteur Larger (de Maisons-Laffitte).

Depuis Chassaignac, les classiques distinguent l'abcès sous-périostique ou périostite phlegmoneuse d'avec l'ostéo-myélite. Le mémoire de M. Lannelongue tend à démontrer que l'affection est toujours une ostéo-myélite, et par conséquent l'inanité de l'existence de la périostite phlegmoneuse. Aux faits cités par M. Lannelongue vient s'ajouter celui-ci, qui est particulièrement démonstratif :

Observation. — Jeune garçon de douze ans et demi. Scarlatine bénigne. Chute antérieure ayant sans doute déterminé une entorse juxta-épiphysaire du tibia, passée inaperçue. Pendant la convalescence de la scarlatine apparaît un point douloureux immédiatement au-dessous du cartilage conjugal supérieur du tibia avec un peu de gonflement. Fièvre légère, 38°. En deux ou trois jours, la douleur augmente considérablement, la fluctuation profonde se manifeste, l'œdème des parties molles reste limité à la tête du tibia, mais sans bourrelet terminal ni rougeur à la peau. L'état général, d'abord bénin, devient rapidement typhoïde.

On incise jusqu'à l'os et l'on trouve un manchon périostique de pus phlegmoneux entourant toute la partie supérieure du tibia gauche. C'étaient bien là les caractères classiques de la périostite phlegmoneuse.

Or la trépanation de l'os à ce niveau mit à nu un vaste foyer purulent occupant toute la tête du tibia, foyer qui fut complètement évidé. On constata l'intégrité absolue de la moelle, dont le canal était séparé du foyer purulent par une certaine épaisseur de tissu osseux sain.

Il se déclara ensuite une arthrite purulente du coude droit et gonflement douloureux de l'épiphyse inférieur de l'humérus.

Aspiration, immobilisation, guérison avec ankylose.

Aujourd'hui le jeune malade est complètement guéri.

Cet exemple corrobore les deux conclusions capitales du mémoire de M. Lannelongue :

1° L'inanité de l'existence du dualisme de Chassaignac (abcès sous-périostique, ostéo-myélite) ;

2° La nécessité de la trépanation précoce de l'os, à l'endroit le plus douloureux à la pression qui est aussi celui par où débute le mal, c'est-à-dire au niveau de ce que M. Lannelongue a appelé le bulbe osseux.

La maladie est donc une ; mais le terme ostéo-myélite de MM. Trélat et Lannelongue est impropre. En effet :

1° La maladie peut exister même dans les os longs et avec un caractère de gravité considérable, sans que le canal médullaire soit atteint (l'exemple ci-dessus le prouve) ;

2° Elle existe dans les os courts et plats dépourvus de canal médullaire.

L'ostéo-myélite (inflammation du canal médullaire, contenant et contenu) n'est donc qu'une complication de la maladie, au même titre que le décollement des épiphyses, l'arthrite purulente, etc.

Le nom générique que l'auteur propose est celui-ci : phlegmon osseux. C'est, en effet, le phlegmon, le pus, qui en est la caractéristique ; l'histologie (Cornil et Ranvier) et la clinique le prouvent.

La maladie présente deux formes qui ne sont pas toujours distinctes (formes aiguë et chronique de Gosselin). La première est le phlegmon diffus osseux ; la deuxième est le phlegmon osseux suppuré simple ou localisé.

Le point de départ de ces phlegmons osseux est dans le voisinage (périoste ou os) du cartilage de conjugaison ou conjugal, d'où le nom de phlegmon osseux juxta-conjugal, terme qui a le double avantage de marquer l'origine de la maladie et l'âge du sujet.

C'est une maladie infectieuse, virulente même, — à microbes (Pasteur), d'où la nécessité de la trépanation précoce à laquelle l'auteur ajoute encore l'évidement.

Enfin, l'auteur fait rentrer dans le cadre de cette maladie les abcès thoraciques des jeunes soldats et les phlegmons diffus du thorax. Il cite un exemple de ces derniers, tiré de sa pratique personnelle.

Ce qui prouve que les abcès thoraciques des jeunes soldats ne sont que des phlegmons juxta-conjugaux des côtes, c'est :

1° L'âge. Les jeunes soldats sont à la fin de l'adolescence, époque du développement maximum du thorax (prouvé par les mensurations pratiquées dans l'armée) et où, par conséquent, les côtes sont le siège du travail formatif le plus considérable ;

2° Les conditions de développement de ces abcès, telles que fatigues, surmenage, froid et humidité ; fréquence des fièvres éruptives qui ont toutes, chez les jeunes soldats, un caractère infantile (Léon Colin) ;

3° Enfin leur siège.

DE LA MORPHÉOMANIE

Par M. le docteur Zambaco, ancien chef de clinique à la Faculté.

Dans son numéro IV de 1882, l'*Encéphale* termine la publication d'un mémoire sur la morphéomanie. L'importance des conclusions de l'auteur nous engage à les placer sous les yeux de nos lecteurs.

Les injections sous-cutanées de morphine, répétées tous les jours et employées pendant longtemps, conduisent fatalement au morphinisme.

Pour prévenir la morphéomanie, on ne doit jamais autoriser les malades à pratiquer eux-mêmes leurs injections. Même défense doit être faite aux parents et aux garde-malades. — Il ne faut prescrire les injections de morphine que d'une manière éphémère et avec grande circonspection. Les médecins, en ordonnant beaucoup trop souvent les injections morphinées et sans exercer aucune surveillance, ont favorisé la production du morphinisme. — Dans tous les cas, on ne doit commencer l'usage de la morphine en injections que par des milligrammes, car un ou deux centigrammes employés d'emblée peuvent déterminer, chez certains individus, des accidents graves, et même la mort.

Les opiophages ressemblent, à tous égards, aux morphéomanes, tant sous le rapport des modifications subies par la nutrition que sous celui des troubles nerveux et de la dégradation intellectuelle. Néanmoins l'opiophagie paraît être plus lente dans ces effets désastreux que la morphine.

Les malades qui ont atteint les degrés les plus élevés de la morphéomanie, n'ont plus ni volonté ni libre arbitre, lorsqu'il s'agit de la morphine. Ils sont presque irresponsables de leurs actes et peuvent se livrer aux scènes les plus violentes sans pondération aucune, et principalement si l'on essayait de les priver de la morphine aux heures habituelles de leurs injections, lorsque l'économie réclame une nouvelle dose du poison pour remplacer celle qui a été usée, éliminée.

Les effets immédiats des injections chez les morphéomanes varient. Chez les uns, la morphine modère et calme le système nerveux exalté par le défaut de l'alcaloïde dans l'organisme ; chez les autres, au contraire, elle stimule, réveille et fortifie en apparence, en dissipant l'engourdissement et l'hébétude préexistants et consécutifs à l'usure de la morphine précédemment injectée.

Dans l'empoisonnement chronique par la morphine, la mort peut arriver d'une manière lente, par l'inanition et le marasme qui surviennent même chez les personnes qui continuent à prendre des aliments sans profit pour l'organisme : elle peut être subite et succéder à une syncope.

La cachexie consécutive à l'abus des injections de morphine imprime une forme grave aux maladies aiguës éventuelles. Elle peut provoquer la naissance d'une maladie chronique lorsqu'il y a prédisposition. — Ainsi le défaut de nutrition, *la misère physiologique* que détermine le morphinisme, favorise le développement de la phymie chez les personnes prédisposées. — L'usage des injections morphinées présente les plus grands dangers chez les cardiaques, surtout chez les congestifs, chez les phtisiques dyspnéiques, et en général toutes les fois qu'il y a anémie profonde, prostration nerveuse ou défaut d'oxygénation du sang. La morphine, en ralentissant la respiration et agissant sur les contractions cardiaques, peut provoquer la syncope. Les injections de morphine sont hypoxémiques, elles sont fort dangereuses dans l'anémie des centres nerveux.

Dans les maladies chroniques de la vessie, les injections même modérées de morphine peuvent amener un narcotisme profond auquel succèdent, sans réveil du malade, l'agonie et la mort. Il paraîtrait que la morphine, éliminée dans les reins, est résorbée par la vessie. Ainsi rentrée dans la circulation, elle fournit un nouvel appoint aux injections morphinées nouvellement effectuées. — La suppression de l'urine est une contre-indication aux injections morphinées, ce qui prouve, *à priori* et indépendamment de la constatation chimique, que la morphine est éliminée par les reins. — En général, tout état des reins qui diminue la sécrétion de l'urine ou qui entrave l'élimination par les émonctoires urinaires des substances charriées par le sang et qui doivent être expulsées par ces organes, est une contre-indication aux injections morphinées (ex. : albuminurie, urémie, etc.). Dans ces conditions, la morphine s'accumule ; elle sursature l'organisme et peut occasionner des accidents graves.

L'usage journalier des injections morphinées détermine des sensations particulières qu'on peut comparer, jusqu'à un certain point, à celles occasionnées par les boissons alcooliques. — Le morphinisme amène des perturbations nutritives et intellectuelles qui ressemblent à celles de l'alcoolisme. Il y a, en effet, une ivresse morphinique comparable à l'ivresse alcoolique. — Les hallucinations, divers troubles nerveux, la manie même la plus violente peuvent être la conséquence de l'abus de la morphine comme ils peuvent résulter de l'usage immodéré des boissons alcooliques. — Il y a un délire morphinique, comme il y a un délire alcoolique. — Or les morphéomanes sont de véritables ivrognes spéciaux.

On ne doit pas supprimer brusquement l'usage des injections chez les morphéomanes, car, de même que pour les dipsomanes, l'abandon immédiat de la matière enivrante occasionne des troubles graves du système nerveux et même l'explosion de la manie la plus violente.

Le traitement progressivement diminutif produit les meilleurs résultats. Mais la guérison réclame souvent plusieurs mois pour être complète, car parfois on ne peut baisser la dose de la morphine que par milligrammes. On doit, en même temps, diminuer successivement le nombre des injections pratiquées dans les vingt-quatre heures. — Les injections les plus importantes sont : celle du réveil, celle qui précède le principal repas, et celle de la nuit. Ce seront donc les dernières à supprimer.

Les morphéomanes qui mesurent leur activité intellectuelle à la dose de la morphine injectée, et qui se pratiquent dans la journée plusieurs injections pour y puiser de la force et l'aptitude au travail, peuvent suppléer à ces injections par un vin généreux, à forte dose, ou par le cognac qui les stimule, les soutient et les met en train, comme le faisait temporairement la morphine, et même avec plus d'efficacité et de meilleurs résultats. — En poussant certains morphéomanes à l'usage et même à l'abus des alcooliques, on parvient à les arracher plus facilement à la morphine. On substitue alors une ivresse à une autre, quitte à les guérir plus tard de l'ivrognerie thérapeutiquement contractée. — Réciproquement, il y a des personnes qui ont renoncé à leur ancienne habitude de se griser avec du vin ou du cognac, à partir du jour où elles ont commencé à s'enivrer avec de la morphine. La morphéomanie peut donc se substituer à la dipsomanie et réciproquement.

De toutes manières, l'usage du vin et du cognac, à dose modérée, contribue à la guérison du morphinisme, de concert avec les toniques et les médicaments sédatifs du système nerveux.

Les bromures, l'extrait thébaïque à haute dose, les bains généraux pris surtout dans la nuit, favorisent le sommeil et dans tous les cas apaisent la surexcitation du système nerveux soustrait à l'action de la morphine. — Les injections d'éther sulfurique pratiquées aux heures auxquelles le morphéomane avait l'habitude de se servir de la morphine, rendent de grands services, soit en calmant le système nerveux, soit en réveillant, en soutenant les morphéomanes qui tombent dans la prostration, dans la torpeur, par l'absence de la morphine dans l'économie.

Chez certains morphéomanes, le traitement moral peut réussir, en les instruisant sur les conséquences fâcheuses du morphinisme, en leur citant des exemples de cachexie, d'aliénation mentale et de mort consécutives à l'usage continuel des injections. Le médecin arrive parfois à frapper leur imagination et à obtenir leur obéissance et leur coopération dans la tâche ardue qu'il s'impose, de les arracher à leur terrible passion. — Cependant il y a des morphéomanes qui n'ont ni la volonté ni le pouvoir de renoncer à l'usage des injections morphinées. Tous les conseils, tous les traitements sont restés infructueux, et pourtant leur santé, leur raison, leur existence, sont en danger. On ne peut pas, on ne doit pas les laisser ainsi se suicider en les abandonnant à leur conduite inconsciente. — La seule chance de salut réside alors dans la séquestration qui les oblige d'obéir, de se conformer ponctuellement aux ordres du médecin. Car, on aura beau faire, les ivrognes de la morphine à l'état de liberté ont recours à toutes les ruses, malgré leurs promesses et leurs serments, pour se procurer de la morphine et pour se livrer ainsi à leurs coupables habitudes, à l'insu de tout le monde. Leur conduite, dans ces cas encore, est absolument identique à celle des ivrognes alcooliques vulgaires qui ne reculent devant rien lorsqu'il s'agit de se procurer l'objet de leur convoitise.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 janvier 1883. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Modification de l'opération de Pirogoff. — M. VERNEUIL présente le malade dont il a parlé dans une précédente séance, à l'occasion de la communication de M. Le Fort (voir *Gazette des hôpitaux*, 1882, page 1181), malade qui a été opéré, dans son service, par M. Terrillon, selon le procédé de M. Le Fort. Dans ce cas, la soudure osseuse n'a pas eu lieu entre le fragment calcanéen et la face inférieure du tibia, et il existe une pseudarthrose qui rend la marche très difficile.

M. LE FORT n'a jamais vu de pseudarthrose se produire à la suite de cette opération, mais il reconnaît que le fait présenté par M. Verneuil est de nature à faire adopter la suture osseuse.

Thyroïdectomie. — M. DELENS fait un rapport sur un cas de thyroïdectomie pratiquée par M. Beauregard (du Havre). Il s'agissait d'un homme qui portait depuis fort longtemps au cou une tumeur qui, en l'espace de deux ans, s'accrut considérablement et présenta très rapidement le volume d'une orange. La peau qui recouvrait cette tumeur était saine. Bientôt apparurent des phénomènes de compression de la jugulaire externe du côté droit. M. Beauregard diagnostiqua un kyste thyroïdien, bien que la fluctuation ne fût pas très nette. Une ponction aspiratrice donna issue à du sang rutilant. Malgré une injection iodée, les troubles allèrent en augmentant. Une intervention devint urgente. M. Beauregard commença l'opération avec le bistouri, mais en présence d'une hémorragie assez abondante et de menaces d'asphyxie, il traversa la tumeur par deux tiges métalliques placées en croix, et fit audessous une ligature élastique. Grâce à cette ligature et à l'emploi de l'écraseur linéaire, il put enlever la tumeur. Les suites de l'opération furent simples ; la guérison était complète après un mois.

M. le rapporteur préfère à l'emploi de la ligature élastique et de l'écraseur, dans ces cas, la dissection avec le bistouri, et l'hémostasie par la forcipressure.

M. RICHELOT fait observer que M. Beauregard a été arrêté par la crainte de l'hémorragie au dernier temps de l'opération. Il ne s'explique pas son hésitation, car c'est précisément à partir de ce moment que l'opération devient facile. Il est cependant des circonstances qui peuvent rendre difficile ce temps de l'opération, c'est lorsque, comme dans le premier cas rapporté par M. Richelot à la Société, il existe des adhérences intimes de la tumeur avec la trachée. Mais, dans ces cas, la dissection seule avec le bistouri est possible. A plus forte raison eût-elle été possible et facile dans le cas de M. Beauregard où ces adhérences n'existaient pas ?

M. DELENS fait observer que M. Beauregard n'avait pas fait préalablement la ligature des artères thyroïdiennes.

Du phlegmon osseux. — M. LARGER fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Résection du poignet. — M. POLAILLON présente une femme âgée de quarante-sept ans, à laquelle il a pratiqué une résection presque complète des os du poignet. Cette femme, qui exerçait la profession de laveuse, était très manifestement strumeuse. Elle avait eu des érysipèles récidivants à la face ; à la suite d'un de ces érysipèles, elle eut un phlegmon diffus de la jambe droite, puis un phlegmon diffus de l'avant-bras droit, ayant abouti à une arthrite suppurée du poignet. Celui-ci était très tuméfié, présentait des fistules sur ses bords ; il était urgent d'intervenir. Le 11 mars 1882, M. Polaillon fit deux incisions latérales, pénétra dans l'articulation, put facilement énucléer tous les os du carpe, luxa la main en dedans pour couper l'extrémité inférieure du radius, puis en dehors pour couper celle du cubitus, réséqua l'extrémité supérieure des quatre métacarpiens, en laissant seulement celui du pouce, plaça un drain, fit une suture métallique et plaça le membre dans l'immobilisation. Il y eut une suppuration assez abondante malgré l'emploi de la méthode antiseptique. Cependant la guérison ne se fit pas longtemps attendre. Aujourd'hui cette malade jouit de quelques mouvements encore assez limités, commence à fléchir les doigts, peut faire quelques mouvements d'opposition, mais sa main n'a pas encore beaucoup de force.

M. LE FORT fait observer que le résultat obtenu dans ce cas par M. Polaillon est vraiment très remarquable. Il attribue la difficulté qu'éprouve la malade à fléchir les doigts à l'immobilisation dans l'extension. Dans cette position, la peau de la face dorsale de la main se rétracte et la flexion des doigts reste presque impossible.

M. TILLAUX trouve également ce résultat très beau et de nature à modifier son opinion sur la résection du poignet qu'il avait jusqu'ici considérée comme une opération à laisser de côté. Devant le résultat obtenu par M. Polaillon, il est tout disposé à la préférer à l'amputation.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies de la prostate, leur histoire pathologique et leur traitement (1), par sir Henry Thompson.

En publiant de nouveau ses leçons sur ce sujet, sir H. Thompson a eu pour but principal de faire connaître le résultat de ses observations et de sa pratique, au sujet de l'hypertrophie de la prostate. Tout le monde tombe d'accord qu'aucune altération pathologique n'est plus redoutable pour le malade, puisque, apparaissant par le fait même du progrès dans la vie, nous ne connaissons actuellement aucun moyen d'arrêter une hypertrophie de la prostate. Je dirai même plus, il n'est guère de maladie plus désespérante pour le chirurgien, car son rôle se borne à pallier d'une manière imparfaite les accidents qui en résultent, et quelquefois d'assister en spectateur impuissant à une série de complications vésicales et rénales qu'il n'est pas maître d'enrayer.

C'est sur ce dernier point que le chirurgien anglais a porté spécialement son attention depuis un certain nombre d'années. C'est le désir de faire mieux qu'un simple cathétérisme pour guérir la cystite qui complique si souvent l'hypertrophie prostatique qui l'a déterminé à entreprendre une opération sanglante, sans gravité toutefois, et qui lui a déjà donné les résultats les plus satisfaisants. Cette opération, sur laquelle nous allons revenir, a été décrite par sir H. Thompson, dans le *British medical* du 9 décembre 1882, nº 1145.

L'ouvrage qui vient de paraître est la cinquième édition des leçons du chirurgien anglais. Ce n'est pas une simple réimpression mais bien, au contraire, comme l'auteur le dit dans sa préface : « De nombreuses modifications et additions sont devenues nécessaires par les progrès de nos connaissances cliniques. Un chapitre entier est consacré à la description d'opérations nouvelles, en vue de soulager les cas graves d'hypertrophie énorme de la prostate. »

Un court aperçu de l'ouvrage va nous permettre de saisir le plan général.

L'auteur commence naturellement par une description anatomique très complète de la prostate et de ses rapports avec les organes voisins. Il insiste particulièrement sur les changements de forme, de volume, que déterminent les altérations pathologiques, ce qui est déjà une excellente préparation pour comprendre les effets produits par la maladie. C'est dans le deuxième chapitre que se trouvent de très nombreuses mensurations qui, disposées en tableaux, permettent de suivre, presque le compas en main, les progrès de l'organe, parallèlement au progrès de l'âge. Dans les chapitres suivants se trouvent les études si consciencieuses et si bien connues des prostatites aiguës et chroniques, des abcès de la prostate, une étude très détaillée de l'hypertrophie prostatique, des effets qu'elle détermine et des moyens d'y remédier. Ces considérations nous mènent jusqu'au chapitre XIV, qui met sous les yeux du lecteur jusqu'au chapitre XX, de nouvelles considérations sur l'atrophie, le cancer, le tubercule, les cavernes de la prostate, la formation d'une barre au col de la vessie, avec une critique approfondie des instruments de Mercier, pour extirper ou inciser le lobe moyen hypertrophié et formant barre.

C'est surtout le chapitre XIII qui renferme les dernières tentatives de l'auteur, auxquelles nous avons fait allusion plus haut.

Sir H. Thompson ayant eu plusieurs fois l'occasion de faire une petite incision par le périnée, dans le but soit de retirer une tumeur par cette voie, soit de pratiquer une exploration du bas-fond de la vessie, fut frappé de l'innocuité de cette opération. Il eut l'idée de la pratiquer en vue d'un autre objectif. Il avait remarqué que, dans l'hypertrophie énorme de la prostate, la cystite était quelquefois augmentée par la fréquence des cathétérismes qui devenaient une cause d'irritation pour une vessie trop intolérante. Dans de telles conditions, le malade se trouvait entraîné dans un véritable cercle vicieux. Trouver un moyen qui d'un coup supprimât l'accumulation d'urine dans la vessie, les besoins répétés de la miction et la nécessité du cathétérisme, telle fut la pensée du chirurgien anglais. On connaissait bien la ponction sus-pubienne et la mise à demeure dans la vessie d'une sonde introduite par cette voie et maintenue de longues années. C'est un moyen auquel sir H. Thompson a eu lui-même recours bien des fois, et au sujet duquel il donne un manuel opératoire spécial ; mais ce qu'il décrit aujourd'hui est une chose tout à fait différente. Voici comment il l'exécute : le but est d'inciser l'urètre à la limite antérieure de la portion prostatique, par le plus court chemin possible, à travers le périnée, et l'ouverture doit être juste suffisante pour permettre l'introduction de l'index, pas davantage. Il est évident qu'une incision sur la ligne médiane est préférable, puisqu'elle conduit en ligne droite vers la vessie. Le malade est placé comme pour l'opération de la taille. Le chirurgien introduit dans l'urètre un cathéter cannelé sur le milieu ; il place l'index dans le rectum et le pousse en haut, à environ 2 centimètres plus haut que l'anus. Il incise la peau sur la ligne médiane et va à la recherche du cathéter, au niveau du bec de la prostate. En ce point, il fait à l'urètre une petite incision de 1 centimètre environ, en ayant soin de rester derrière le bulbe. L'index est ensuite introduit dans la plaie et conduit doucement dans la vessie, dont il peut explorer la surface intérieure pendant qu'une main comprime l'abdomen au-dessus du pubis. On introduit ensuite dans le canal de la plaie une sonde du nº 30 ou même un tube qu'on laisse en place pendant le temps nécessaire pour calmer la cystite. Le patient est étendu sur le dos, l'urine coule constamment par le tube et son accumulation ne vient plus irriter la vessie. On peut même, si on le juge convenable, faire un lavage complet de l'organe malade. En général, le traitement demande en tout sept à dix jours. Le tube est ensuite retiré et la plaie guérit rapidement d'elle-même.

Dans le *British medical*, l'auteur cite plusieurs cas dans lesquels ce traitement a eu les effets les plus satisfaisants. Un homme de quatre-vingt-trois ans, atteint d'hypertrophie prostatique et de cystite, en était arrivé à se sonder tous les trois quarts d'heure, et ne vidait pas complètement sa vessie. Il fut opéré et le tube laissé onze jours. Guérison de la cystite. Maintenant il peut garder son urine facilement trois heures, et se sonde une fois seulement par jour.

Un médecin de Londres, âgé de soixante ans, eut les mêmes accidents. Il fut opéré, et le tube resta en place huit jours seulement. Depuis, guérison complète de la cystite ; le malade a repris ses occupations.

Il est évident que l'opérateur n'a pas eu pour but de combattre l'hypertrophie de la prostate, mais seulement les complications inflammatoires qui peuvent résulter d'un cathétérisme devenu trop fréquent. La cystite est rapidement guérie, mais le malade garde sa grosse prostate ; il est obligé de continuer l'usage de la sonde, mais il peut le faire sans souffrances. C'est là tout le but de l'opération.

A la fin de l'ouvrage se trouve une description avec figure de l'aspirateur que l'auteur emploie pour retirer les fragments phosphatiques dont la formation est fréquente.

En somme, ce petit volume, qui est un extrait des ouvrages de l'auteur, est un véritable manuel qui mérite le nom de : *Édition des étudiants*. Nous sommes persuadé qu'il remplit son but, et que le lecteur y trouvera des renseignements utiles pour le traitement de l'affection redoutable dont nous venons de parler.

Dr E. Le Bec,
Prosecteur des hôpitaux.

(1) Londres, 1883, chez Churchill.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 décembre 1882, ont été nommés dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Bonnaix et Gazin.

— Par arrêté préfectoral en date du 29 décembre 1882, sont

nommés membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine, pour une nouvelle période de cinq années, à dater du 1er janvier 1883, MM. Potier et Huard, membres sortants.

— Le lundi 12 février 1883, à midi précis, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, nº 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. Tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours : ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 15 janvier et sera clos le lundi 29 janvier, à trois heures.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13915.

122

Huile de foie de morue

BRUNE-CLAIRE

Du **Docteur DE JONGH,**
de la Fac. de méd. de la Haye,
chev. de l'ordre de Léopold de Belgique,
chev. de la Légion d'honneur.

« Le beau travail de M. le docteur de Jongh élucide une question qui a occupé un très-grand nombre d'auteurs. Le mode d'extraction de l'huile de foie de morue par les procédés indiqués et pratiqués aux îles Lofoden, en Norwège, pour la préparation de l'huile que M. le docteur de Jongh livre au commerce, nous paraît devoir être préféré à celui dont on fait usage à Terre-Neuve. Ces procédés sont, selon nous, plus rationnels et doivent fournir une huile plus efficace. »

(Signé) A. CHEVALLIER,
Offic. de la Légion d'honneur,
prof. à l'Ec. sup. de pharm. à Paris.

« Il était très-naturel que l'auteur des meilleures analyses et des plus profondes investigations qui aient été faites sur l'Huile de Foie de Morue devint lui-même le pourvoyeur de cette importante médecine. L'huile que vous m'avez donnée était de la qualité la plus supérieure considérée sous les rapports de la couleur, de la saveur et des propriétés chimiques; et je suis certain que pour l'usage médical on ne peut s'en procurer de meilleure. »

(Signé) JONATHAN PEREIRA, M. D.,
Memb. assoc. de la Soc. roy. de Londres,
prof. de mat. méd. à l'Univ. de Londres.

Se vend SEULEMENT en flacons revêtus d'une capsule portant l'estampille et la signature du Dr DE JONGH et la signature ANSAR HARFORD et Co.

Prix : 3 fr. 50, dans les principales pharmacies en France et à l'étranger.

Se défier des contrefaçons.

SEULS CONSIGNATAIRES :
ANSAR, HARFORD et Ce, 77, Strand, Londres.

10

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

Sirop MINERAL SULFUREUX Crosnier

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

75

Préparations iodo-créosotées

et créosotées de B. BAIN : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

80

Darbo 86, PASSAGE CHOISEUL, PARIS.

MEDECINE, *chirurgie* (appareils en ts genres).
CAOUTCHOUC (Emploi général du).
CEINTURES, *corsets* sans baleines, pr dames.
ALLAITEMENT artificiel et tous articles pour dames en couches, les nourrices, les bébés.

139

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

119

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

162

Poudres alimentaires Adrian

Préparées avec un soin tout particulier pour les usages de la médecine.

Richesse des différents produits... —	Azote %	Acide phosphorique total %	Equivalent en phosphate de chaux %	Prix le Ko en divisions
Poudre de bifteck garantie pure viande de bœuf......	13.80	1.69	3.68	24 fr.
Poudre de viande.	12.50	1.66	3.62	12 »
Poudre de lait. .	5.32	1.62	3.55	10 »
Poudre de lentilles cuites à la vapeur..	4.19	0.63	1.37	5 »

Comme garantie de pureté et de bonne conservation de ces produits, exiger le cachet et la marque ADRIAN, ancien préparateur et lauréat de l'Ecole de Pharmacie, directeur de la Société française de produits pharmaceutiques, fournisseur des hôpitaux.

VENTE EN GROS, 11, rue de la Perle, Paris.

Envoi *franco* d'échantillons par la poste aux médecins qui en font la demande.

161

Vin de Jarlet AU BAGNOLS PHOSPHATÉ

Ce vin, d'un goût et d'une saveur très-agréable, est employé avec succès dans tous les cas où les fortifiants et les reconstituants sont ordonnés. — JARLET, 54, Chaussée-d'Antin, et phies.

41

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,
et toutes les maladies provenant de
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

74

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

11

Liqueur des Dames

A BASE D'ANÉMONINE

Retirée de l'Anémone Puls, vulgairement appelée « FLEUR DES DAMES ».
(*Off. de Dorvault*, xe *édit.*, p. 252.)

Très efficace dans les cas d'AMÉNORRH et de DYSMÉNORRHÉE.

FACILITE L'ACCOUCHEMENT

MM. les docteurs qui voudraient bien faire l'essai de cette Préparation et constater ses excellents résultats, sont priés d'écrire au préparateur, M. ENJOLRAS, pharmacien, 16, cours de Brosses, à Lyon, *qui se fera un plaisir de leur en envoyer gratis un ou deux flacons à titre d'expérimentation.*

123

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

134

Goutte, Gravelle

RHUMATISMES CHRONIQUES.
(Diathèse urique)

PILULES H. ROYER

au tartrate de potasse et de lithine.

Le plus soluble des sels de lithine.

Une pilule contenant 10 centigr. de sel pur sature plus de 40 centigr. d'acide urique.

Vente par flacon de 100 dans toutes les phies.
Gros : phie ROYER, cours Morand, 40, Lyon.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

28

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

76

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr FOURNIER.

49

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

97

Pelletiérine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 6. — MARDI 16 JANVIER 1883. 56e ANNÉE. MARDI 16 JANVIER 1883. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. De la chlorose. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Polypes muqueux des fosses nasales. Dégénérescence des os en rapport avec la muqueuse de Schneider. — Recherches préliminaires sur le mode d'action de quelques liquides organiques neutres sur la substance organisée. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.. — VARIÉTÉS. Des dispensaires d'arrondissement. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

De la chlorose.

I

Je profite de la présence, dans nos salles, de plusieurs malades atteints de chlorose, pour vous faire l'histoire de cette maladie que vous êtes appelés à rencontrer, pour ainsi dire, chaque jour dans la pratique.

La chlorose entre dans le groupe des maladies que les anciens ont appelées maladies dyscrasiques, c'est-à-dire qui sont caractérisées par une augmentation de l'eau du sang ordinaire et par l'altération et la diminution des globules. De là des phénomènes morbides nombreux et variés et des troubles fonctionnels généralisés. En effet, toutes les fonctions sont généralement troublées par suite de cette altération même du sang.

La première chose qui doive vous frapper dans la symptomatologie de la chlorose, c'est l'aspect extérieur des malades et la pâleur des tissus. La peau est, en effet, d'un blanc mat, ou si parfois elle présente une certaine coloration, celle-ci n'est guère que momentanée. Les muqueuses sont également décolorées (lèvres, gencives, caroncules lacrymales, etc.). En même temps le malade éprouve-t-il quelque émotion morale? la peau en revêt aussitôt une rougeur émotive aussi marquée qu'elle est passagère.

Quelques malades, cependant, présentent sur les joues une rougeur persistante, plaquée : c'est la *chloris fortiorum* des anciens contre laquelle ceux-ci avaient institué un traitement spécial. Mais cela ne doit pas nous arrêter, ces cas-là sont toujours bien de la chlorose, mais une chlorose dans laquelle les phénomènes de décoloration sont un peu palliés.

Quoi qu'il en soit, en général, les veines sous-cutanées sont peu apparentes, elles sont comme vides de sang, pâles; il semble qu'elles ne contiennent que de l'eau rougie en guise de sang. De plus, on observe généralement aussi un peu d'œdème des membres inférieurs, le soir surtout; quelquefois même encore le matin, au réveil; œdème qui n'est pas dû à une albuminurie qui, en réalité, n'existe pas chez ces malades, mais bien à un sang moins plastique, plus aqueux.

Voilà pour l'aspect extérieur des sujets chlorotiques.

Si maintenant on passe à l'examen de l'appareil digestif, on constate d'abord de l'inappétence, — phénomène que l'on observe un des premiers par ordre d'apparition, — ainsi qu'une perversion plus ou moins prononcée de l'appétit. C'est ainsi que les malades ont une répugnance invincible pour la viande, tandis qu'ils éprouvent le désir d'aliments souvent peu comestibles, de substances âcres, acides surtout; qu'ils veulent manger du plâtre, de la craie, du charbon. Une alimentation bonne et solide leur est aussi désagréable que possible ; par contre, ils ont un désir immodéré de substances mauvaises et nuisibles à leur santé.

Après le repas, ils éprouvent des pesanteurs d'estomac, des éructations fréquentes, des flatuosités stomacales ; de là une dyspepsie flatulente des plus difficiles à vaincre, s'accompagnant souvent de vomissements, même le malade étant à jeun ; vomissements de matières muqueuses, aqueuses et bilieuses, mais rarement alimentaires. La répugnance des malades à manger est telle quelquefois, dans cette forme grave de la chlorose à laquelle on a donné le nom d'anémie pernicieuse, qu'ils en arrivent à éprouver des phénomènes d'inanition. J'en ai vu qui voulaient vivre avec quelques feuilles de salade ou d'artichaut ou bien seulement avec un peu de soupe aux herbes pour toute nourriture. C'est alors que les accidents peuvent se terminer par la mort. Cette apepsie devient, chez certaines jeunes filles, une véritable monomanie, voire même de l'aliénation mentale, et peut aller jusqu'à nécessiter l'emploi de la sonde œsophagienne.

Enfin, j'ajouterai que chez les chlorotiques la langue ne présente généralement rien de particulier, si ce n'est qu'elle est, comme tous les tissus, plus ou moins pâle ou décolorée.

Du côté de l'appareil de la circulation, on observe des troubles parfaitement caractéristiques. Ce sont des battements de cœur, des palpitations parfaitement appréciables du malade, pénibles, s'accompagnant de douleurs dans la région du cœur et survenant surtout au moindre exercice, si peu violent qu'il soit, ou bien par le seul fait de monter des marches d'escalier ou de gravir une pente même peu prononcée. Ces battements du cœur, néanmoins, sont réguliers, mais ils sont aussi précipités, accélérés. La main, appliquée sur la région précordiale, ne sent pas toujours une impulsion énergique de l'organe cardiaque. Le volume du cœur reste normal, et sa matité, à la percussion, n'est pas exagérée.

A l'auscultation, on entend un bruit de souffle doux, moelleux et systolique, c'est-à-dire qui couvre le premier bruit normal du cœur. Son siège varie suivant les cas. Classiquement, on dit qu'il est produit au niveau de l'orifice aortique, soit à la base du cœur, par le passage du sang. Mais, cliniquement, il n'est pas toujours possible de le délimiter aussi nettement, et si, le plus souvent, c'est bien à la base qu'on le perçoit, il est cependant un certain nombre de cas où on l'entend à la pointe et se prolongeant vers l'aisselle. Chez d'autres encore, c'est à gauche qu'il se produit, et il va en se prolongeant vers l'épaule ou bien à droite et vers l'épigastre, c'est-à-dire dans la direction de l'orifice tricuspide.

Ces bruits de souffle ont été très diversement interprétés. Pour M. Parrot, leur siège n'est pas dans l'orifice aortique, mais bien dans l'orifice tricuspidien; ils seraient dus à un défaut de tension de la valvule tricuspide : aussi doivent-ils s'entendre dans le troisième espace intercostal se dirigeant vers l'épigastre. M. Constantin Paul, de son côté, se fiant sur ce que ces bruits existent souvent à gauche et se prolongent vers l'épaule, leur a donné pour siège l'orifice de l'artère pulmonaire et pour cause une altération de ses valvules. Pour moi, j'admets que l'une et l'autre opinion sont vraies, mais non pas exclusivement, et je dis : Tantôt et même le plus souvent, leur siège est l'aorte ; tantôt c'est la valvule tricuspide ; tantôt aussi, mais plus rarement, c'est l'artère pulmonaire, et le bruit de souffle est dû à l'altération du sang et à une lésion valvulaire.

En résumé, il nous est nécessaire de savoir qu'il existe un bruit de souffle, dont le siège peut varier, mais dont le caractère doux et systolique est caractéristique de la chlorose.

Du côté des vaisseaux, on trouve aussi un souffle, lequel est aussi un élément de diagnostic entre la chlorose et certaines affections du cœur. Quelquefois même, à l'œil nu, on observe dans les jugulaires le phénomène du pouls veineux, phénomène symptomatique d'une insuffisance de la valvule tricuspide : d'où l'opinion de M. Parrot soutenant que le siège de la lésion se trouve dans l'orifice auriculo-ventriculaire droit. Les vaisseaux du cou vous montrent aussi trois bruits de souffle bien marqués : 1° un bruit de souffle intermittent dans les carotides dû à l'arrivée du sang dans l'artère ; mais il n'a pas de valeur absolue par ce fait qu'on peut le rencontrer dans différentes affections ; 2° un bruit caractéristique, continu, avec renforcement de temps à autre : c'est ce qu'on a appelé le bruit de diable; 3° enfin un bruit vibratoire appréciable à la pulpe des doigts appliqués sur les vaisseaux du cou, bruit musical qui est plus rare que les deux autres. Ces bruits sont plus ou moins constants et disparaissent le plus souvent dès que le malade contracte ses muscles. L'endroit le plus favorable pour les percevoir est l'interstice inférieur du sterno-cléïdo-mastoïdien.

Ces bruits ont été très différemment interprétés par les auteurs qui les ont étudiés, et ce qui est vrai actuellement, c'est qu'il est bien difficile de dire où ces bruits continus se produisent, si dans les carotides comme d'aucuns le prétendent, si dans les jugulaires. Tout ce que l'on peut dire, c'est que l'on entend chez les sujets chlorotiques des bruits de souffle dans les vaisseaux du cou.

Quant aux caractères du pouls, ils varient selon les cas auxquels on a affaire ; mais il est généralement un peu faible, quelquefois il est vibrant, en tous cas il est toujours fréquent.

Enfin, chez les chlorotiques, on observe aussi un refroidissement des extrémités, même pendant l'été. On a dit aussi que la température centrale était abaissée, c'est là une erreur : les recherches de Lorrain ont démontré qu'elle se maintenait chez eux entre 37°,3 et 37°,5 comme chez les individus bien portants. Mais ce que l'on constate, c'est la fréquence et la ténacité des engelures l'hiver. Ajoutons à cela que, du côté du système respiratoire, on ne trouve aucun signe physique particulier, et si l'anhélation est fréquente, facile, si les sujets sont essoufflés au moindre mouvement, au moindre exercice, néanmoins la respiration est très pure.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Polypes muqueux des fosses nasales. — Dégénérescence des os en rapport avec la muqueuse de Schneider.

Par M. le docteur Locquin
Chirurgien adjoint des hospices civils de Dijon.

Dans le courant du mois de juin 1881, on me présenta une jeune fille de Nuits, âgée de douze ans, qui était soignée depuis quelque temps par un oculiste de la ville pour un épiphora rebelle du côté gauche.

Le sac lacrymal était légèrement tuméfié et la fosse nasale correspondante était remplie de polypes muqueux. J'en fis l'ablation en trois ou quatre séances à l'aide d'une pince à forcipressure courbée sur le plat qui manœuvre facilement entre les cornets. Dans la dernière séance, j'avais bien senti un frottement rugueux sur la pince, mais j'attribuai ce résultat à ce que j'avais probablement serré d'un peu trop près le bord de l'un des cornets, lequel avait été mis à nu.

Il n'y avait pas de doute à avoir sur la nature des polypes que j'avais enlevés. Quelques-uns étaient pédiculés et tous présentaient, après l'arrachement, cette consistance mollasse et cette couleur jaunâtre qui sont caractéristiques.

L'enfant, considérée comme guérie, avait été renvoyée chez ses parents; mais, six mois après, on me la ramenait pour une récidive.

Cette fois, les choses avaient complètement changé d'aspect. La tumeur lacrymale avait sensiblement augmenté de volume et la fosse nasale était à moitié remplie par une masse dure rugueuse et saignant abondamment au moindre contact. Le docteur Camuset, auquel je montrai la petite malade, pratiqua facilement le cathétérisme, mais sans éprouver la sensation particulière que donne la pénétration dans le canal nasal.

Nous avions certainement affaire à une lésion osseuse de la paroi interne du sinus maxillaire gauche s'étendant au sac lacrymal, mais encore assez limitée, puisque l'arrière-cavité des fosses nasales, la paroi antérieure du sinus, la voûte palatine et l'arcade dentaire ne présentaient aucune modification.

Il y avait donc grand avantage à employer un procédé opératoire qui permît de conserver toutes les parties restées saines du maxillaire supérieur.

L'opération fut pratiquée le 20 janvier en présence du docteur Camuset et des professeurs Fleurot et Gautrelet.

Une première incision, partant du tendon de l'orbiculaire des paupières, suivit le bord inférieur de l'orbite jusqu'au trou sous-orbitaire, et fut ensuite prolongée un peu au delà. La deuxième incision, partie du même point que la première, suivit le sillon naso-jugal jusqu'au bord inférieur de l'aile du nez. Celle-ci fut détachée de la joue et de la branche montante du maxillaire en décollant le périoste, et rejetée en dedans. Le lambeau angulaire de la joue fut également disséqué, en ayant soin d'enlever la paroi antérieure du sac lacrymal et le périoste, et rejeté en bas.

Les os, ainsi mis à nu, n'étaient pas altérés. Deux ou trois coups

de gouge enlevèrent facilement la paroi antérieure du canal nasal, celle du sinus, et la moitié inférieure de l'os propre du nez. La fosse nasale gauche et la cavité du sinus étaient largement ouvertes. Elles étaient entièrement remplies par une masse assez analogue à du *mortier*, formée de petits grains durs, calcaires, fortement serrés les uns contre les autres et réunis par une sorte de magma sans consistance et ne présentant aucune trace d'organisation.

Avec une curette il fut très facile d'en débarrasser le sinus dont la muqueuse avait conservé son poli et sa souplesse, dans toute l'étendue de sa paroi externe et inférieure.

Quant à la paroi interne, elle était profondément altérée ainsi que la paroi inférieure de l'orbite. Elles étaient transformées en une masse grenue analogue à celle qui remplissait le sinus, dans laquelle on retrouvait des débris de muqueuse ramollie, mais ne paraissant aucunement avoir subi une transformation néoplasique. Elles s'enlevèrent facilement par arrachement et par le grattage.

Les lambeaux cutanés furent ensuite remis en place et se réunirent par première intention, sauf en un point voisin de l'angle de l'œil qui fut réuni trois jours après par seconde intention à l'aide d'une suture enchevillée.

La cavité fut lavée deux fois par jour à l'eau phéniquée, et en quinze jours la guérison était complète.

Deux mois après il se produisit une petite fistule lacrymale, qui se guérit après la sortie d'une esquille, et depuis ce temps la guérison s'est maintenue.

L'enfant, qui était profondément anémiée, a repris ses couleurs et beaucoup grandi.

La canine gauche, qui était en voie d'évolution, a achevé de se développer, et les larmes coulent facilement dans la cavité nasale.

A quelle sorte de lésion avons-nous eu affaire? Il est fâcheux que l'examen histologique n'ait pas été fait. En tout cas, on peut écarter l'idée d'une forme quelconque d'ostéosarcome; en premier lieu, parce qu'à première vue la production morbide n'avait aucunement l'aspect cancéreux. Or il suffit qu'on ait vu une fois une tumeur maligne du maxillaire supérieur : encéphaloïde, mélanôme, squirre, épithélioma, pour qu'on n'oublie plus ni sa forme, ni sa tendance à l'envahissement, ni les difficultés que présente son extirpation. Ici la lésion portait uniquement sur les os en rapport avec la pituitaire : maxillaire supérieur, unguis et ethmoïde. La portion de la paroi inférieure de l'orbite qui appartient à l'os molaire n'était pas atteinte.

Un autre argument qui appartient, je crois, à Boyer, et qui n'est guère valable qu'au bout d'un an, est que la tumeur n'a pas récidivé.

Il est donc probable que la modification apportée à la muqueuse de Schneider par l'envahissement du polype s'est propagée aux parties osseuses qu'elle tapisse, et a amené une déviation dans leur mode d'accroissement et de nutrition. Si l'on considère qu'à l'âge de notre petite malade les os de la face prennent un développement notable et que d'autre part ce développement se fait par une extension progressive de la portion cartilagineuse de l'os qui s'incruste peu à peu et successivement de matière calcaire (génération par envahissement de Ch. Robin), on comprendra quel trouble profond une lésion grave de cette muqueuse et du périoste qui lui est intimement uni, a dû apporter dans la texture des os qu'elle recouvre. La substance fondamentale de l'os a été détruite, le cartilage de propagation a cessé de se former et les granulations terreuses ont proliféré sans lien et sans forme.

RECHERCHES PRÉLIMINAIRES

SUR LE MODE D'ACTION DE QUELQUES LIQUIDES ORGANIQUES NEUTRES SUR LA SUBSTANCE ORGANISÉE.

Par M. le Dr R. Dubois, préparateur au laboratoire de physiologie expérimentale de la Faculté des sciences de Paris.

On a placé sous des cloches de verre contenant de l'air saturé de vapeurs : 1° de chloroforme ; 2° d'éther ; 3° d'alcool éthylique ; 4° d'eau, des poires prises sur le même arbre, au même moment, dans un même état de maturité et à peu près du même poids. Quelques heures après, les poires placées dans l'air chloroformé avaient pris une teinte feuille morte. Celles qui étaient en contact avec l'air éthéré n'ont pas tardé à subir la même modification, et enfin celles qui se trouvaient dans l'air alcoolisé n'ont acquis la même teinte brunâtre qu'au bout de deux ou trois jours.

Quant à celles qui séjournaient dans l'air saturé de vapeurs d'eau, leur coloration n'avait pas changé plusieurs jours après.

A mesure que la coloration feuille morte s'accentuait davantage, on voyait sortir, au travers de l'épiderme des fruits qui ne paraissait pas altéré, de grosses gouttes d'un liquide qui nous a paru n'être autre chose que de l'eau légèrement sucrée.

Rien de semblable ne se produisit sur les poires placées dans l'air humide.

De ces observations très préliminaires, on peut cependant déjà conclure : En premier lieu, que les vapeurs des trois liquides organiques neutres, chloroforme, éther, alcool éthylique, ont déterminé dans le parenchyme des fruits des modifications très analogues :

1° En ce qui concerne la coloration du tissu ;

2° Dans la perte subie par le tissu, dans les trois cas, d'une quantité notable d'eau.

En second lieu, que ces altérations se sont produites successivement, d'abord sur les fruits placés dans l'air chloroformé, un peu plus tard sur ceux qui se trouvaient dans l'air éthéré et enfin, mais avec un intervalle de temps plus long que dans les deux premiers cas, sur les fruits placés dans l'air alcoolisé.

Ces fruits sont restés pendant trois mois dans les mêmes cloches ; au bout de ce laps de temps, les poires placées dans l'air saturé de vapeur d'eau ne paraissaient pas profondément modifiées, elles semblaient seulement être un peu plus mûres et des moisissures s'étaient développées à leur surface. Rien de semblable ne s'était produit dans les trois autres cloches, mais la teinte brunâtre des fruits était plus accentuée et la quantité d'eau perdue paraissait être plus considérable. Les parois des cloches étaient couvertes de gouttelettes d'eau ainsi que les fruits, et le coton sur lequel étaient posées les poires était absolument imbibé de ce liquide.

Ces fruits, légèrement essuyés avec du papier à filtrer, ont alors été pesés ; ils avaient perdu :

1° Dans l'air chloroformé. 6.75 0/0 de leur poids ;
2° Dans l'air éthéré. . . 2.5 0/0 —
3° Dans l'air alcoolisé. . . 0.63 0/0 —
4° Dans l'air humide. . . 1.14 0/0 —

En réalité, la perte d'eau devait être plus considérable que celle qui paraît être indiquée par ces chiffres, car une quantité, assez faible il est vrai, de ce liquide avait dû être remplacée par une proportion équivalente de vapeur des liquides organiques qui avait pénétré dans le parenchyme, ainsi que l'indiquait l'odeur des fruits soumis à leur action.

On peut, tout d'abord, être surpris de ce que les poires placées dans l'air humide aient perdu en poids davantage que celles qui se trouvaient dans l'air alcoolisé. Mais il convient de faire observer que les premières avaient mûri, ainsi que l'indiquait leur couleur, leur changement de consistance et la forte odeur de fruit qui s'était développée sous la cloche, elles avaient donc vécu et par conséquent consommé une partie de leur propre substance ; de plus, une puissante végétation de moisissures s'était développée à leurs dépens.

De ces nouvelles observations on peut donc encore tirer deux autres conclusions :

1° Dans un même temps, la quantité d'eau perdue par des fruits placés dans l'air saturé de vapeurs des liquides neutres indiqués plus haut a été moins considérable dans la vapeur d'alcool que dans celle de l'éther et moins encore dans celle-ci que dans celle du chloroforme.

Il n'y a pas lieu d'être surpris d'un pareil résultat si l'on veut bien admettre que c'est en vertu d'une action exosmotique que l'eau est sortie des cellules du parenchyme, car on sait que le pouvoir osmotique d'un liquide est d'autant plus faible que sa chaleur spécifique est moins élevée ; or la chaleur spécifique du chloroforme est moindre que celle de l'éther et celle-ci plus faible que celle de l'alcool, tandis que l'eau est, de tous les liquides neutres, celui qui possède la chaleur spécifique la plus élevée ; c'est d'ailleurs le seul liquide neutre qui soit indispensable à l'exercice des phénomènes élémentaires de la vie.

Dans ces expériences, les influences osmotiques se sont, il est vrai, exercées entre des liquides à l'état de vapeur et de l'eau à l'état liquide : dans ces conditions, la loi subit-elle des modifications? C'est ce que nous nous proposons de rechercher dans des expériences ultérieures ; mais ce que l'on peut affirmer dès à présent, c'est que les résultats définitifs paraissent être identiques.

2° En second lieu, on n'a vu se produire aucune moisissure sur les fruits placés dans les vapeurs des liquides organiques neutres.

Il devait en être ainsi dans le cas où les idées théoriques qui nous ont guidé dans ces recherches expérimentales seraient exactes. En effet, on sait que la première condition, la condition essentielle pour qu'un germe ou une spore puisse sortir de l'état de vie latente, se développer et vivre, c'est qu'il puisse absorber de l'eau. Or, dans les expériences précitées, nous avons vu les éléments anatomiques perdre une notable proportion de l'eau qu'ils possédaient déjà, à plus forte raison, dans la même atmosphère, ceux qui en avaient besoin pour se développer pouvaient en acquérir.

Ce qui est vrai pour les cellules végétales l'est également pour les cellules animales. Nous avons pu conserver, pendant des mois, sous des cloches remplies d'air saturé de vapeur d'éther, des pièces anatomiques et des animaux entiers, sans que nous ayons vu se manifester le moindre indice de putréfaction. La seule modification que nous ayons observée, est la perte d'une quantité d'eau assez notable. En outre, l'eau qui s'échappait au travers des muqueuses était colorée en rouge par l'hémoglobine, mais ne contenait aucun élément anatomique figuré. Dans les mêmes cloches nous avons pu également conserver du sang ; dans ces conditions, les globules ne se détruisent pas, ils paraissent seulement rétractés.

Ce procédé de conservation, qui ne ressemble à aucun de ceux qui ont été mis en usage jusqu'à présent, en ce sens qu'il ne nécessite ni injection intravasculaire ou autre, ni immersion dans un liquide, est, croyons-nous, susceptible de nombreuses applications pratiques, en raison de sa grande simplicité et de son prix modique.

La quantité de vapeur d'éther nécessaire est relativement faible ; à cette dose et en cet état de dilution, ce n'est pas un poison.

Il ne peut entraver en aucune façon les recherches chimiques ou autres auxquelles on peut vouloir se livrer sur les substances organisées ou organiques altérables.

Il possède en outre sur l'immersion un grand avantage : dans les expertises médico-légales, il peut être utile de rechercher et même de doser le poison contenu dans un organe particulier ou dans un point déterminé d'un organe.

Les vapeurs d'éther n'offre pas les mêmes inconvénients qu'un liquide qui peut transporter le poison d'un point dans un autre ou même en modifier la nature.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 décembre 1882. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Influence des courants faradiques à travers le crâne. — **M. Orchanski** lit un travail ayant pour titre : Mouvements localisés produits par le passage des courants faradiques à travers le crâne d'un chien.

Au point de vue pratique, ces recherches montrent qu'il faudra appliquer l'électrode le long de la suture coronaire lorsqu'on aura recours à l'électrisation péricrânienne des malades atteints de lésions centrales.

Action physiologique de la pyridine. — **M. Bochefontaine** donne les résultats de ses recherches physiologiques sur cette substance. Elle jouit surtout de propriétés paralysantes. Onze centigrammes de pyridine pure injectés sous la peau d'une grenouille la plongent dans une anesthésie complète qui peut durer jusqu'à vingt-quatre heures. Lorsque la dose est assez forte pour tuer l'animal, le cœur bat régulièrement jusqu'à la fin.

M. Laborde a fait avec la même substance sur le chien, le lapin, le cobaye des expériences qui l'ont conduit aux mêmes résultats. Les animaux tombent dans un véritable collapsus, quoique la motricité des nerfs ne soit pas atteinte, puisqu'ils répondent aux excitations électriques. Du côté du cœur on observe à peu près les mêmes phénomènes qu'avec des doses considérables de quinine ou de cinchonine, c'est-à-dire d'abord une période d'excitation, puis des intermittences, des irrégularités et enfin une certaine dépression de l'asystolie. Les mouvements respiratoires subissent à peu près les mêmes troubles.

M. Bochefontaine, contrairement à M. Laborde, a constaté, dans ses expériences sur la quinine, une régularité constante des battements du cœur. Si l'on donne la quinine par l'estomac, il y a bien, dans la première demi-heure, une phase d'irrégularité dans les battements du cœur, mais qui est uniquement due, selon M. Bochefontaine, à l'action directe de la quinine sur les extrémités terminales du pnemmo-gastrique. Mais une fois la substance absorbée, on n'observe plus qu'un abaissement de la pression, une diminution du pouls avec une parfaite régularité.

M. Laborde, pour se mettre à l'abri de toute cause d'erreur, a eu recours, dans ses expériences, à l'injection sous-cutanée et non à l'injection stomacale ni à l'injection intra-veineuse. Si M. Bochefontaine s'était placé dans les mêmes conditions expérimentales, il aurait constaté les mêmes résultats que M. Laborde, c'est-à-dire, dans une première période, de l'excitation, une augmentation de l'amplitude, comme le montrent les tracés graphiques recueillis par M. Laborde, mais pas encore d'irrégularités. Plus tard, si l'on élève les doses, on constate alors du côté du muscle cardiaque, comme des autres muscles, la même arythmie, la même ataxie, la même folie du cœur que dans le véritable quinisme. Ce n'est qu'après cette période qu'on arrive à une diminution considérable de la pression et jusqu'à l'arrêt du cœur. Si les résultats obtenus par M. Bochefontaine sont différents, cela tient à ce qu'il ne s'est pas placé dans les mêmes conditions expérimentales.

M. Bochefontaine a fait successivement des injections hypo dermiques, intra-veineuses et intra-stomacales. Il persiste à déclarer que la courte phase d'excitation et d'irrégularité constatée par lui à la suite de l'injection stomacale tient à une action directe de la substance ingérée sur le pneumo-gastrique.

Nature du lupus. — **M. Leloir** fait une communication sur la nature du lupus. Quelques auteurs, particulièrement en Allemagne, considèrent le lupus cutané comme une tuberculose locale. En supposant que cela soit vrai morphologiquement, il existe, au point de vue clinique, une très grande différence entre la tuberculeuse cutanée et le lupus cutané. Il appartenait donc à l'expérimentation, c'est-à-dire à l'inoculation, de décider cette question.

On sait que M. Hippolyte Martin a institué une nouvelle méthode d'inoculation du tubercule qui consiste à l'introduire directement dans la cavité peritonéale en ayant soin de recourir à toutes les précautions de la méthode antiseptique. Il a montré que le tubercule, ainsi inoculé prend; c'est-à-dire que l'animal devient manifestement atteint de tuberculose pulmonaire. M. Leloir a inoculé de la même façon vingt cochons d'Inde, en injectant dans la cavité péritonéale un petit morceau de lupus cutané pris sur un sujet vivant nullement atteint de tuberculose pulmonaire. Dans ces conditions, le lupus ne prend pas; toutes ces inoculations ont été négatives. Trois de ces animaux sont morts, aucun d'eux ne présente la moindre lésion tuberculeuse.

M. MALASSEZ fait observer que l'expérimentation seule ne suffit pas pour juger la question. Les expériences qui aboutissent à des résultats négatifs n'ont de valeur réelle qu'autant qu'elles sont extrêmement nombreuses. La différence des deux affections, au point de vue de la marche, de l'évolution, ne prouve rien. Ne voit-on pas des affections de même nature qui évoluent d'une façon tout à fait différente, telles, par exemple, que la granulie aiguë et la phtisie ordinaire. La même maladie n'offre-t-elle pas une marche, une symptomatologie toute différente suivant les diverses périodes, comme par exemple la syphilis, le cancer, etc... Il pourrait donc se faire que le lupus cutané et la tuberculose cutanée fussent une affection de même nature, bien que leur évolution soit toute différente.

M. LELOIR. On admet généralement que les tuberculoses locales finissent toujours par devenir pulmonaires. Or rien ne prouve, jusqu'ici, que la tuberculose pulmonaire s'observe plus fréquemment chez les malades atteints de lupus.

M. MALASSEZ cite l'observation d'un malade atteint de lupus de la joue, guéri par les scarifications et qui, peu de temps après, est devenu phtisique. Quand on prend les faits dans leur ensemble, on voit qu'il en existe aussi bien en faveur de l'une que de l'autre des deux hypothèses.

Injections sous-cutanées d'iodure de potassium. — **M. GILLES (DE LA TOURETTE)** communique les résultats d'expériences qu'il a faites avec M. Gouguenheim, à l'hôpital de Lourcine, sur les injections sous-cutanées d'iodure de potassium. Ces expériences démontrent qu'une injection de 50 centigrammes d'iodure de potassium est très bien tolérée. Elle est seulement un peu douloureuse, mais cette douleur est très vite et très facilement calmée par une simple friction sur la région. Ces injections doivent être faites profondément. La solution doit être telle qu'une seringue de Pravaz, ordinaire, pleine, contienne 50 centigrammes d'iodure de potassium. On retrouve peu de temps après l'iodure de potassium dans les urines. Il est bien entendu que cette méthode ne serait applicable que dans les cas où, pour une raison quelconque, ce médicament ne pourrait être donné par la voie buccale.

Pus bleu. — **M. CAPITAN** fait une communication sur les résultats de la culture du pus bleu.

ÉLECTIONS

La Société procède à l'élection des membres du bureau pour l'année 1883. Sont élus : vice-présidents, MM. Bouley et Pouchet; secrétaires annuels, MM. Dastres, Richet, Mégnin et Quinquaud; trésorier, M. Chatin; archiviste, M. Hardy.

La séance est levée.

Séance du 6 janvier 1883. — Présidence de M. BOULEY.

M. LE PRÉSIDENT propose, sur la demande de MM. Dumontpallier et Brown-Séquard, de lever la séance en raison de la mort de M. Gambetta et en considération de la douleur qui frappe le Président perpétuel de la Société, M. Paul Bert.

Cette proposition est adoptée et la séance est levée.

VARIÉTÉS

Des dispensaires d'arrondissement.

NOTE LUE A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

par M. le docteur PASSANT, secrétaire général.

Chacun de vous se souvient de l'intéressante communication qui vous a été faite par M. le docteur Gibert (du Havre). Elle a fait sur moi, en particulier, une si bonne impression, que je vous demande la permission d'y revenir, car elle me rappelle fidèlement le dispensaire libre du Havre, que j'allai visiter un an après son installation. Les premiers résultats obtenus à cette époque faisaient déjà présager ceux que nous connaissons aujourd'hui.

Je ne suis donc pas surpris que notre distingué confrère, dont le zèle et la philanthropie sont à la même hauteur, ait songé à doter toutes les villes d'une certaine importance d'une institution semblable à la sienne. Je crois, pour ma part, qu'il est possible et facile d'imiter à Paris ce qui se fait au Havre : le terrain est tout prêt à cet effet. Il suffit d'apporter quelques modifications à ce qui existe, modifications qui tiennent, les unes aux maisons de secours, qu'il s'agirait de transformer ou d'agrandir, les autres aux rapports qui devront exister entre les hôpitaux, les bureaux de bienfaisance et le nouveau dispensaire.

Toutes les personnes qui se sont occupées d'assistance au point de vue des malades, ont remarqué qu'il manque, dans notre pays, un rouage entre l'hôpital et le bureau de bienfaisance tel qu'il fonctionne de nos jours. C'est la maison de secours modèle, avec sa nouvelle organisation, qui sera appelée à le combler.

Beaucoup de maladies, en raison de leur peu de gravité (plaies, contusions, panaris, maladies des yeux, de la bouche et de la peau) ou de leur durée (ulcères des jambes, scrofules, rachitisme) ne sont pas reçues ou ne sont admises à l'hôpital qu'avec une grande difficulté. Les malades atteints d'ulcères aux jambes, en particulier, sont à peine reçus à l'hôpital qu'on les congédie. Cela se comprend, l'hôpital doit être réservé aux affections tout à fait graves ou aux malades absolument privés de famille. Ces malheureux, d'anciens pensionnaires du bureau de bienfaisance qu'ils étaient, où l'on ne faisait pas grand'chose pour eux, y reviennent pour ne pas être mieux traités qu'avant leur départ : en effet, les moyens thérapeutiques et les secours nous manquent. La plupart de ces malades sont la proie des médicastres de tout genre ou de tout sexe qui les exploitent ou aggravent leur mal.

J'en dirai autant des affections utérines, si fréquentes chez les indigentes. Celles qui sortent de l'hôpital incomplètement guéries ne peuvent achever leur traitement au bureau de bienfaisance, puisque ses médecins sont privés non seulement des moyens d'exploration, mais encore des moyens d'action médicatrice, suivant l'expression du docteur Gibert, aussi bien pour celles-ci que pour celles dont ils voudraient commencer le traitement.

Je désirerais aussi insister sur les affections vénériennes. Pendant un certain temps, le traitement en était interdit aux bureaux de bienfaisance, et ce n'est que très rarement que nous sommes appelés à en soigner. Et cependant tous les hôpitaux spéciaux, tous les spécialistes en regorgent. Ces affections, depuis quelques années, ont pris une si grande extension, que les pouvoirs publics en ont été émus. Une commission du Conseil municipal de Paris a pensé, avec raison, que parmi les moyens à opposer à ce flot toujours croissant, l'institution de dispensaires de vénériens, avec distribution gratuite de médicaments, rendraient de signalés services.

Cette création, très coûteuse pour un seul genre de maladie, deviendrait inutile, car le nouveau dispensaire d'arrondissement remplirait le même but, et les malheureux vénériens des deux sexes, dont les domiciles sont trop éloignés des hôpitaux spéciaux, ou qui n'osent frapper à leurs portes, n'iraient plus s'égarer à ces consultations qui n'ont de médical que le nom.

Plusieurs affections ne peuvent être traitées par les médecins des bureaux de bienfaisance, d'une part parce que leur formulaire est incomplet (il devrait être le même que celui des hôpitaux),

d'autre part parce que certains modes de traitement, tels que : hydrothérapie, douches, massage, gymnastique, électricité, ne sont pas à notre disposition. Nous ne possédons que quelques bains simples, sulfureux ou alcalins que nous distribuons avec parcimonie. Nous sommes, par conséquent, obligés de refuser les bains de propreté, lorsque les simples prescriptions de l'hygiène devraient nous les imposer. Un service de bains, annexé à la nouvelle maison de secours, remédierait à ce triste état de choses.

Depuis plusieurs années, les accouchements à domicile ont pris une extension considérable. Les sages-femmes qui les pratiquent ne sont pas toujours, il s'en faut, à la hauteur de leur mission. Lorsqu'elles se décident, conformément au règlement, à appeler le médecin du bureau de bienfaisance à la circonscription duquel la parturiente appartient, il arrive souvent qu'elles ont affaire à un praticien aussi inexpérimenté qu'elles. De là, un préjudice sur lequel je ne veux pas insister. Le médecin, chef du dispensaire, serait désormais appelé avec succès et autorité. Un certain nombre d'étudiants en médecine lui seraient attachés; ils seconderaient leur maître et le verraient opérer sous leurs yeux. Ces jeunes gens compléteraient ainsi leur instruction obstétricale et il n'arriverait pas à la Faculté de Paris qu'à part les internes des hôpitaux et les autres élèves qui ont séjourné au même titre dans les rares maisons hospitalières où les accouchements sont fréquents, presque tous les jeunes docteurs quittent l'École dépourvus de pratique obstétricale. La policlinique, à peine connue de nous en France, serait en même temps fondée.

Préoccupé de ces situations, les unes très pénibles, les autres très intéressantes, j'en avais fait devant vous, en 1875, de concert avec quelques hommes compétents, l'objet d'une communication signalant comme remède, l'institution, dans chaque arrondissement, d'un service chirurgical avec distribution gratuite de médicaments. La Société, à l'unanimité, formula dans ce sens une demande à l'Administration de l'Assistance publique qui ne nous fit qu'une réponse évasive.

Le projet que j'ai l'honneur de vous exposer comblerait tous ces vœux. Il permettrait, en outre, d'abréger le séjour à l'hôpital, de congédier prématurément les malades en cas d'encombrement et d'épidémie et de n'avoir aucune préoccupation sur le sort de ceux qui, pour des motifs divers, sont obligés de rentrer chez eux avant leur guérison. Les finances de l'Administration (cela saute aux yeux) y gagneraient considérablement et l'hygiène n'y perdrait pas ses droits.

J'omets à dessein de vous parler des dispensaires d'enfants : la remarquable circulaire de M. le Ministre de l'intérieur aux préfets vous est trop présente (1). Je crois que, pour le moment, ils pourraient être annexés aux dispensaires d'adultes en assignant, si l'on veut, aux enfants, des heures et des jours particuliers.

En lisant le rapport de M. l'Inspecteur général Foville sur le dispensaire du Havre, je me suis, malgré moi, reporté au début de ma carrière médicale. Pour utiliser à la campagne les loisirs que me donnait ma position de médecin attaché à une seule personne, j'eus l'idée, en 1854, de fonder, dans un village des environs de Laon, une maison de secours qu'on appellerait aujourd'hui ambulance. Elle était composée d'une vaste chambre contenant trois lits, l'un pour mon infirmière, les deux autres pour les malades et les blessés sans famille ou recueillis sur la grand'route. A cette chambre était annexé un cabinet de consultation et d'opération ; une grande armoire contenait toute ma pharmacie. Je ne recevais que les malheureux qui m'étaient recommandés par le maire ou par les personnes notables de leurs communes. Pendant ma cinquième année d'exercice, j'avais donné plus de trois mille consultations avec délivrance gratuite de médicaments : la dépense ne s'élevait qu'à quelques centaines de francs.

Je vous demande pardon de vous avoir incidemment parlé d'une œuvre qui, après vingt-sept ans, est encore florissante. C'était pour vous démontrer que l'institution dont je vous soumets les bases est aussi utile dans les campagnes que dans les villes et qu'il est difficile de faire plus de bien en dépensant moins d'argent.

S'il m'était permis de conclure, je terminerais en formant le vœu que, dans chaque arrondissement de Paris, une maison de secours fût disposée au point de vue du matériel et organisée au point de vue du personnel de façon à répondre aux besoins actuels qui sont, pour la plupart, ceux que j'ai énumérés.

(1) Cette circulaire a déjà porté ses fruits. La Société philanthropique s'occupe, en ce moment même, d'organiser un dispensaire d'enfants dans un des quartiers les plus populeux de Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation. — Les leçons après vingt-quatre heures de préparation ont eu lieu dans l'ordre suivant :

Mardi 9 janvier. — M. Albert Robin : indications de la saignée. — M. Hutinel : coliques intestinales.

Mercredi 10. — M. Clément : de l'atrophie musculaire. — M. Dreyfous : de l'épistaxis au point de vue médical.

Jeudi 11. — M. Hanot : de la grippe. — M. Schmitt : de l'érythème noueux.

Vendredi 12. — M. Dreyfus-Brisac : du vertige au point de vue sémiologique. — M. Baumel : des accidents épileptiformes.

Samedi 13. — M. Du Castel : du coma. — M. Bard : du mercurialisme professionnel.

Lundi 15. — M. Blaise : du diabète insipide. — M. Letulle : de a pelvipéritonite.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers d'Académie : MM. Delthil, médecin-inspecteur des écoles à Nogent-sur-Marne ; Hénocque, chargé des fonctions de directeur-adjoint au laboratoire de médecine de l'École pratique des hautes études au Collège de France ; Henneguy, préparateur de la chaire d'embryogénie comparée au Collège de France ; Destrein, préparateur de la chaire de chimie minérale au Collège de France.

— Aujourd'hui lundi ont eu lieu les obsèques, à l'église Saint-François de Salles, de M. Henri Blanche. Ce jeune élève — il n'avait que vingt-deux ans — a été enlevé en quatre jours par la petite vérole dont il avait gagné le germe en soignant les varioleux à l'hôpital Lariboisière.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. Frédéric Thomas, interne des hôpitaux (médaille d'or), pharmacien en chef de l'hôpital d'Alger, décédé le 12 de ce mois, à l'âge de 31 ans, à l'hospice de la Salpêtrière.

— On annonce la mort de M. le docteur Roujon, médecin à Paris, décédé à l'âge de 71 ans.

— La commission de classement du service de santé militaire se réunira le 20 janvier prochain, sous la présidence de M. le médecin-inspecteur général Legouest. La commission sera composée des membres du comité de santé et de MM. Baudouin et Gaujot.

— Par décision ministérielle en date du 10 janvier 1883, M. Calmette (Émile-Louis), médecin-major de deuxième classe, maintenu provisoirement au bataillon du 118e régiment d'infanterie détaché à Gabès (Tunisie), a été désigné pour occuper l'emploi de son grade au 12e régiment de hussards, à Dinan.

— Dans sa première séance de 1883, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, après avoir procédé à l'installation de M. le docteur Lagneau comme vice-président, a discuté et approuvé plusieurs rapports relatifs à des établissements classés.

A l'occasion d'un de ces rapports concernant une demande d'installation d'un dépôt de cuirs secs, rue Censier, à Paris, M. le docteur Bourneville a demandé que l'on examinât la situation du quartier du Jardin des Plantes au point de vue de l'hygiène publique. Le Conseil a chargé une commission, composée de MM. Bourneville, de Luynes et Cloez, de l'étude de cette question, et il a été entendu que cet examen s'étendrait en même temps aux

conditions de salubrité de la Bièvre, tant à Paris qu'en dehors de Paris.

Dans la même séance, M. le docteur Dujardin-Beaumetz a donné lecture d'un rapport sur trois cas de rage humaine. Ces trois cas ont été produits, l'un par une morsure à la main, les deux autres par le simple contact de la langue sur l'épiderme, sans doute sur une excoriation. Le nombre des décès par hydrophobie rabique s'est élevé en 1882 à 10 ; il avait été de 20 en 1881.

Enfin, plusieurs membres du Conseil ayant appelé l'attention de l'administration sur l'insalubrité des immeubles inondés lors du retrait des eaux, le Conseil a reçu communication de l'instruction rédigée à ce sujet en 1856 par le comité consultatif, instruction récemment publiée et affichée. Cet avis ne parle pas des caves inondées. Sur la proposition de M. le professeur Bouchardat, le Conseil a émis l'avis qu'il conviendrait d'informer que les intéressés que l'on emploierait avec succès le sulfate de zinc ou le chlorure de zinc.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13937.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CLINIQUE. I. Grossesse gémellaire. — II. Hydrencéphalocèle. — III. Grossesse de deux mois, hémorragie, fausse couche. — HÔPITAL DU MIDI. Syphilides muqueuses. — THÉRAPEUTIQUE. Des altérations de la quinine. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Service médical de nuit dans la ville de Paris. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les fumigations d'acide sulfureux et les fumigations de chlore étaient largement employées dans les commencements de ce siècle pour désinfecter les salles d'hôpital.

On en fit notamment, à Lille, sans résultats marqués, un très grand usage pendant l'épidémie meurtrière de typhus et de pourriture d'hôpital qui s'y déclara lors du blocus de cette ville vers la fin du premier Empire.

Nous tenons ce fait d'un des très rares médecins militaires qui, se trouvant à Lille à cette époque, échappait à la contagion. Ceux qui en étaient atteints mouraient presque tous, et cette contagion était telle que, sur vingt-quatre jeunes médecins arrivés ensemble, il n'en resta bientôt que trois.

C'est un de ces trois survivants qui nous a dit l'inutilité absolue des fumigations d'acide sulfureux ou de chlore faites journellement dans les salles. Ces fumigations incommodaient les malades sans atténuer l'activité ou sans prévenir la dissémination soit du germe typhique, soit de celui qui produisait la pourriture d'hôpital sur les plaies.

Mais ce n'est pas une raison pour que les mêmes moyens ne soient pas efficaces contre une autre espèce de germe morbide.

M. Vallin vient de faire sur des cobayes une série de recherches expérimentales d'où il résulte que l'acide sulfureux, mêlé à l'air en certaines proportions, annihile ou rend inactif le principe contagieux de la tuberculose. Or ce principe s'attacherait aux objets, aux parois des chambres des phtisiques, aux linges qui leur ont servi, et il pourrait y demeurer intact, pour ainsi dire indéfiniment, prêt à se développer de nouveau dans un organisme vivant, favorable, qui les absorbe.

Ce sont là sans doute des expériences qui méritent un sérieux contrôle, car leurs conséquences pratiques seraient évidentes.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. DEPAUL.

I. Grossesse gémellaire. — II. Hydrencéphalocèle. — III. Grossesse de deux mois, hémorragie, fausse couche.

I. L'autre jour nous avons eu un cas de grossesse gémellaire, curieux en ce sens que les deux enfants étaient dans une seule et même poche, qu'il n'existait qu'un seul chorion, un seul amnios et, par suite, comme toujours alors en pareil cas, une seule circulation placentaire, de telle sorte que, si l'on négligeait la ligature d'un cordon, on aurait une hémorragie mortelle.

Ordinairement, dans les grossesses gémellaires, on trouve deux poches distinctes adossées l'une à l'autre et séparées par une cloison intermédiaire. On a ainsi deux chorions et deux amnios.

Depuis que cette femme est accouchée, nous en avons eu dans le service deux autres qui sont également accouchées de deux jumeaux. Toutes deux avaient deux placentas séparés par un pont membraneux avec deux poches distinctes séparées par une cloison médiane. Ce sont là des cas où l'on peut être sûr qu'il n'existe aucune communication vasculaire entre les deux placentas, tandis que dans la première observation, que je viens de vous rapporter en commençant, il y avait communication vasculaire. C'est là encore un fait assez rare.

La conformation de l'œuf est donc variable dans les cas de grossesse gémellaire. De plus, une femme enceinte de deux enfants n'arrive pas souvent à terme. Aucune de nos trois femmes, actuellement dans les salles, n'y est parvenue, et les enfants pesaient 1,600, 1,700 et 2,000 et quelques grammes seulement. Quand de loin en loin on rencontre une de ces grossesses allant jusqu'à la fin de ses neuf mois, les enfants sont rarement volumineux.

J'ajouterai que dans la dernière observation nous avons eu un garçon et une fille. Le plus souvent les jumeaux sont du même sexe. D'après les statistiques, on peut dire que les proportions relatives au sexe sont les suivantes : Sur 300 observations de grossesse gémellaire on a environ 100 fois deux garçons, 100 fois deux filles, 100 fois une fille et un garçon. Les deux tiers de ces grossesses donnent donc des individus de même sexe, et un tiers seulement des enfants de sexe différent.

II. Nous venons d'avoir, autre particularité intéressante, chez un enfant nouveau-né, un hydrencéphalocèle, c'est-à-dire une tumeur siégeant à la partie postérieure du crâne et

communiquant avec la cavité crânienne par un trou situé quelque part à l'occipital vers sa partie inférieure, et non pas par la fontanelle postérieure qui n'y est pour rien.

Dans quelques cas, — j'ai bien observé, dans ma vie obstétricale, une douzaine de faits d'hydrencéphalocèle, — dans quelques cas, dis-je, l'ouverture est assez grande pour que si l'on comprime la tumeur avec la main on puisse faire refluer son contenu dans la boîte crânienne.

Quand on fait l'autopsie de ces petits êtres, — leur mort est toujours à peu près certaine, — on trouve dans la poche qui les constitue des méninges, du liquide et de la matière cérébrale en plus ou moins grande quantité : quelquefois il s'en trouve très peu ; d'autres fois, au contraire, plus d'un tiers de l'encéphale se trouve ainsi épanchée au dehors du crâne, constituant ainsi une véritable hernie du cerveau. — Ces tumeurs ressemblent à ce que l'on appelle un spina bifida, lequel est anatomiquement constitué par une enveloppe cutanée plus ou moins amincie, les enveloppes de la moelle et une portion de la moelle, portion parfois si minime qu'on a peine à la distinguer.

Chez les enfants qui ont une hydrencéphalocèle, le liquide renfermé dans la poche provient généralement du quatrième ventricule.

Maintenant, comment cette tumeur s'est-elle formée, comment cette communication s'est-elle établie ? c'est ce qu'il nous est impossible de dire bien nettement, car ce défaut de conformation se produit pendant la vie intra-utérine.

Chez l'enfant qui vient de naître dans nos salles, la tumeur a le volume d'une très grosse orange ; j'en ai vu une autre, il y a quelques années, qui était le double de celle d'aujourd'hui. Enfin, il y a vingt ans environ, j'ai observé le fait d'un petit enfant chez lequel la tumeur paraissait beaucoup plus petite et entraînait une déformation de la tête telle qu'elle ressemblait à celle d'un anencéphale, ce qui tenait à ce qu'une grande partie de la matière cérébrale se trouvait logée dans cette poche anomale. Aussi, si l'enfant eût vécu, il aurait présenté l'aspect d'un crétin ou d'un idiot. L'enfant que nous avons vu ce matin a des caractères d'anencéphalie beaucoup moins prononcés, la tête est seulement un peu aplatie et un peu allongée.

III. Vendredi dernier, une femme est venue à notre consultation de gynécologie nous demander si elle était enceinte : elle n'en était pas certaine et perdait, disait-elle, un peu de sang. C'était une domestique, âgée de vingt-cinq ans, qui n'avait pas eu ses règles depuis deux mois et demi ou trois mois.

Nous l'avons examinée, et nous avons trouvé le col de l'utérus un peu gros, un peu mou à l'entour de son orifice extrême. Au toucher, nous avons constaté que le segment inférieur était plus large que si l'utérus était vide. Cet organe paraissait augmenté de volume, et d'une résistance molle, un peu élastique comme dans les premiers mois de la grossesse, enfin le fond de l'organe débordait la symphyse.

Cette femme éprouvait aussi quelques troubles digestifs, quelques malaises particuliers. Dans ces conditions, j'ai diagnostiqué une grossesse de deux mois et demi à trois mois, ajoutant qu'elle était menacée d'une fausse couche, en raison même de la perte de sang qu'elle accusait. En pareil cas, en effet, six ou sept fois sur dix, c'est ainsi que les choses se terminent ; quelques-unes de ces femmes peuvent arriver à terme, néanmoins ces accidents hémorragiques sont toujours sérieux.

Je dis donc à cette femme que son état était plus grave qu'elle ne le pensait ; je lui conseillai de se reposer pendant sept ou huit jours et l'engageai à entrer dans nos salles. Elle n'a pas accepté immédiatement ; elle est revenue seulement le surlendemain, c'est-à-dire avant-hier dimanche, alors qu'elle était déjà en train de faire une fausse couche. Depuis, elle a expulsé son œuf tout entier, enveloppé d'un large caillot qui s'est formé pendant l'hémorragie qu'elle a eue à l'occasion de sa fausse couche. L'œuf est gros comme une noix et correspond à une grossesse de deux mois environ. La fausse couche a mis vingt-quatre heures à se faire, depuis les premières douleurs jusqu'au moment de l'expulsion. Dans certains cas, les choses peuvent aller très vite ; dans d'autres, au contraire, elles durent beaucoup plus longtemps, quelquefois même plus de huit jours, et sont suivies de complications plus ou moins graves.

Ici nous n'avons rien eu de pareil, aucun accident ne s'est produit ; la malade va très bien dès maintenant, et sous peu elle sera complètement rétablie et pourra quitter l'hôpital.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Syphilides muqueuses (1).

IV

Les syphilides des muqueuses présentent un grand nombre de variétés dont l'anatomie pathologique explique la genèse. Je vais vous exposer d'abord les caractères histologiques communs à toutes les lésions ; ils sont fondamentalement les mêmes que dans les papules cutanées. Ainsi on trouve :

Dans le derme : — 1° Une hypertrophie congestive et cellulaire des papules. Leurs vaisseaux augmentés de volume présente entre les fibres conjonctives de leur tunique externe une interposition de cellule srondes ou embryonnaires. Leurs cellules endothéliales sont en outre tuméfiées et en voie de prolifération. — Le tissu cellulaire qui forme la charpente des papules présente, lui aussi, un épanchement de cellules lymphatiques entre ses fibres. Il s'agit donc là d'une véritable inflammation, comme dans la papule ; et ce qui le prouve bien, c'est que les cellules fixes du tissu conjonctif sont elles-mêmes tuméfiées, soit par la migration dans leur intérieur de cellules rondes, soit par leur prolifération endogène.

2° La même hypertrophie congestive et cellulaire s'observe aussi dans une étendue plus ou moins considérable du derme situé au-dessous des papules. C'est elle qui produit l'épaississement et l'espèce d'induration inflammatoire de la muqueuse dans certaines éruptions de plaques muqueuses confluentes et persistantes. Malgré la grande accumulation des cellules embryonnaires dans les mailles du tissu dermo-papillaire, ce tissu ne subit pas une dissociation destructive. — En outre, les parois de ses vaisseaux ne présentent pas l'état sclérotique si remarquable qu'on observe dans le chancre infectant. — Le processus des plaques muqueuses est presque toujours résolutif. Les produits morbides se résorbent et il ne se fait point de cicatrice parce qu'il n'y a aucune perte de substance irréparable.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 6 janvier 1883.

Dans l'épithélium : — Il existe toujours une augmentation d'épaisseur régulière et à grande courbe de toutes les parties qui constituent l'épithélium. — Les cellules de la couche cornée et du corps muqueux présentent les mêmes altérations que dans le chancre et dans les larges papules cutanées, c'est-à-dire l'état cavitaire des cellules avec atrophie de leur noyau et infiltration de corpuscules de pus dans ces espaces. — Les cellules cornées se desquament et le liquide que contiennent les espaces cavitaires est versé à la surface de la lésion. C'est ce qui explique pourquoi cette surface est tout à la fois lisse et humide. L'état cavitaire et la desquamation sont deux phénomènes qui se développent d'une manière constante dans la couche cornée. Mais les cellules du corps muqueux subissent aussi, dans une certaine mesure et partiellement, une lésion analogue qui ne va pas toutefois, excepté dans des processus très actifs, jusqu'à la chute du corps muqueux de Malpighi.

Certaines particularités du processus rendent compte des différences que les plaques muqueuses présentent dans leur aspect et leur configuration. Les principales variétés qui en résultent sont :

1° *Les plaques muqueuses opalines.* Elles sont très communes et forment sur les muqueuses une surface légèrement saillante, ovoïde ou circulaire dont la couleur grise ou blanchâtre est caractéristique. Tout autour de cette coque blanchâtre existe une zone rouge foncé d'inflammation périphérique. — Le disque opalin n'est pas un élément surajouté à la lésion; il se continue avec l'épithélium des parties saines et il provient des altérations suivantes qui se produisent au niveau de la plaque dans les couches cornées les plus superficielles. Ces couches, creusées de cavités cellulaires, s'emplissent de plasma qui, transsudé par les papilles, filtre à travers le corps muqueux de Malpighi ; ce plasma est très riche en corpuscules de pus dont il se charge en traversant l'épithélium ; aussi les cellules cavitaires de la couche superficielle sont-elles de véritables petits abcès plus ou moins confluents, qui s'ouvrent et déversent leur contenu à la surface de la lésion. Les cellules flétries s'éliminent peu à peu et se retrouvent dans le produit de la sécrétion.

Malgré l'apparence contraire, la plaque n'est pas érodée. Les couches les plus inférieures de son épithélium plus ou moins conservées sont devenues opalines parce qu'elles se sont imprégnées de plasma chargé de globules purulents.

2° *Plaques muqueuses diphtéritiques.* Ce sont des plaques dont la surface dépouillée des couches superficielles et même quelquefois des couches profondes de l'épithélium est recouverte d'une fausse membrane blanche ou grisâtre. Elles présentent souvent une grande ressemblance avec les plaques opalines. L'exsudat se détache difficilement des parties sous-jacentes et est doué d'une grande élasticité. Sa structure est analogue à celle de l'exsudat diphtéritique qui se développe sur le chancre infectant. C'est vous dire qu'il diffère de celui de la diphtérie vraie. Vous vous rappelez sans doute en effet qu'on ne trouve pas dans la fausse membrane du néoplasme primitif les parasites spéciaux, les boules de Bolderew, c'est-à-dire de grosses boules ovoïdes ou sphériques, un peu plus volumineuses que ces cellules dans lesquelles sont renfermées les microbes de la lésion, des micrococcus ou de petits bâtonnets. — Cette fausse membrane est constituée par un feutrage de fibrilles fibrineuses dans les mailles desquelles on trouve des cellules épidermiques, des globules de pus, des cellules à prolongement rameux enchevêtrés avec les fibrilles et de fines spores d'algues microscopiques arrondies.

Le centre de la plaque est souvent excavé et entouré d'un rebord saillant épidermique. Cette excavation centrale tient à la chute des couches épithéliales remplacées par la fausse membrane et à la diminution de hauteur des papilles au niveau de l'érosion. — Dans les papilles et dans le derme, les lésions sont semblables du reste à celles de la papule muqueuse simple.

3° *Plaques muqueuses érosives.* L'érosion, comme je vous l'ai dit souvent, n'est autre chose que la chute des couches de l'épiderme corné. La plupart du temps la couche intermédiaire ou granuleuse et la couche du corps muqueux de Malpighi restent en place. Il y a des plaques muqueuses qui sont érosives d'emblée, en ce sens que, dès qu'elles apparaissent, leur surface se dépouille de toutes les couches épidermiques superficielles ou cornées. Il y en a d'autres qui deviennent érosives vers leur déclin, soit spontanément, soit surtout parce qu'elles ont été soumises à des causes d'irritation qui ont activé le processus inflammatoire. La portion centrale érodée est d'un rouge foncé quelquefois ecchymotique qu'on aperçoit par transparence à travers le vernis qui forme au-dessus des papilles le corps muqueux de Malpighi conservé. Cette dépression centrale est quelquefois rendue très sensible par le bourrelet hypertrophique circulaire que forment autour d'elle les couches non desquamées de l'épiderme. L'ensemble de la lésion a une apparence cupuliforme.

4° *Papules muqueuses annulaires.* Cette disposition cupuliforme est plus prononcée et plus caractéristique dans la variété annulaire; au centre de la plaque, le processus loin d'être érosif est réparateur, tandis que sur les bords il conserve son activité et produit un cercle d'hypertrophie, qui, comme celui de la plaque elle-même, comprend l'épithélium et le tissu dermo-papillaire.

5° *Plaques muqueuses à base indurée.* Ce sont celles qui siègent sur une surface altérée par la présence d'un chancre antérieur et qui est restée œdématiée et scléreuse. Comme dans cette dernière lésion il existe un état de sclérose et d'engorgement dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques qui produit la permanence de l'œdème non seulement au niveau de la plaque, mais aussi beaucoup au delà. — Il y a identité *presque complète* entre la constitution histologique de cette variété et celle de la néoplasie primitive.

6° *Plaques muqueuses hypertrophiques.* Elles sont constituées par les mêmes lésions que la papule muqueuse simple, seulement ces lésions y sont infiniment plus développées. Examinées dans leur ensemble, les papules hypertrophiques présentent un aspect moins régulier que les papules simples, parce qu'il y a des inégalités dans le développement hyperplasique des papilles ou des groupes de papilles. De là une surface inégale et bourgeonnante. — Les papilles sont très allongées : il en est de même de leurs vaisseaux dont les parois sont embryonnaires. La trame dermo-papillaire est infiltrée d'une grande quantité de cellules rondes emprisonnées dans ses mailles. On constate une épaisseur très considérable dans les couches du corps muqueux de Malpighi, la couche granuleuse et l'épiderme superficiel. La disposition

épidermique n'est pas modifiée. Les cellules les plus superficielles se desquament régulièrement et sont entraînées par le liquide qui passe à travers toutes ces couches hypertrophiées.

7° *Plaques muqueuses végétantes.* Elles ne sont que l'exagération du type précédent. Les papilles dont l'hypertrophie est excessive dans toutes leurs parties constituantes dermiques et épidermiques, s'isolent par groupe pour former des bourgeons séparés. Il en résulte de véritables papillomes en choux-fleurs. Entre ces lésions à ramifications multiples et les plaques hypertrophiques il n'y a aucune différence comme origine et processus. L'allongement des papilles ne fait qu'entraîner la segmentation de la plaque secondaire, coiffée séparément d'un revêtement épidermique,

De toutes les éruptions spécifiques, les plaques muqueuses et les papules humides sont les plus faciles à reconnaître. Il suffit de les avoir observées quelquefois pour les diagnostiquer.

On est aidé dans cette tâche par leur aspect si caractéristique et par leurs localisations qui sont toujours les mêmes.

Je vous ai dit que le diagnostic entre certaines plaques muqueuses indurées et le chancre infectant pouvait mettre quelquefois dans l'embarras. On se fondera pour l'établir sur une supputation exacte non seulement de la lésion elle-même, mais aussi et surtout de celles qui coïncideraient avec elle.

On tiendra grand compte des ganglions régionaux. A elle seule, la plaque muqueuse ne produit point d'adénopathie comparable à celle qui accompagne constamment la néoplasie primitive. Tout au plus, quand elle se complique de phénomènes inflammatoires, suscite-t-elle une tuméfaction irritative dans les glandes lymphatiques. Cette tuméfaction douloureuse et éphémère est beaucoup moins dure que la sclérose ganglionnaire produite par le chancre. Quand une plaque muqueuse se développe sur une néoplasie primitive, guérie depuis un temps plus ou moins long, elle ne fait autre chose que la raviver et la faire reculer au point où elle se trouvait quelques semaines auparavant. Il n'y a aucun intérêt à porter dans ce cas un diagnostic précis, puisque les deux lésions présentent le même danger au point de vue de la contagion, suivent la même marche, ont la même terminaison, et ne sont, par le fait, que la succession de deux actes morbides identiques dans leurs effets, sinon dans leur origine.

Le pronostic présente une bénignité constante. S'il y a des exceptions à cette règle, elles dépendent des individus plutôt que de l'affection elle-même. J'en dirai autant des complications. Les plus fâcheuses sont l'ulcération et la gangrène. Elles se produisent rarement d'une façon spontanée; nous pourrions les prévenir. La plupart du temps, nous sommes capables de les atténuer, de les limiter et de les guérir.

Cette puissance d'action curative que nous avons dans les syphilodermies muqueuses et mucoso-cutanées doit entrer en ligne de compte dans le pronostic, bien qu'elle soit contre-balancée par la facilité et l'opiniâtreté des récidives. En somme, si la syphilis se bornait à ces sortes de manifestations, elle serait peu redoutable et elle ne justifierait guère les griefs si légitimes que nous avons contre elle.

THÉRAPEUTIQUE

Des altérations de la quinine.

Par M. le docteur Delmis.

La *Gazette des hôpitaux* vient de nous révéler un fait de la plus haute importance signalé par M. le docteur Laborde dans la séance de la Société de biologie du 16 décembre 1882. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1882, page 1165.)

Le sulfate de quinine joue un rôle si grand dans le domaine de la thérapeutique, que l'émotion a été grande, et que de suite on a provoqué des enquêtes pour arriver à savoir comment de pareils faits avaient pu se produire. M. le directeur de l'Assistance publique a été invité, au Conseil municipal, à donner des explications au sujet des plaintes formulées sur les falsifications du sulfate de quinine. M. Quentin a répondu :

« Il est vrai que j'ai reçu des plaintes à ce sujet, qui ont motivé de ma part une enquête immédiate. Nous avons ainsi acquis la certitude que des boîtes de sulfate de quinine qui étaient adressées à la Pharmacie centrale contenaient, à la surface, un produit d'excellente qualité, tandis que le fond de la boîte n'était rempli que par du sulfate de cinchonine.

« L'administration de l'Assistance publique a immédiatement pris les mesures nécessaires pour assurer l'exécution des clauses des cahiers des charges imposés à ses adjudicataires, et elle tiendra la main pour que ces clauses soient observées rigoureusement. »

Quelques mots sur l'histoire du sulfate de quinine feront comprendre comment ces altérations se sont produites.

La découverte de la quinine est éminemment française : tout le monde sait qu'elle est due à Pelletier et Caventou et que le prix Montyon récompensa cette grande découverte. Le monde entier devint tributaire de la France. Plus tard, MM. Pelletier, Delondre et Levaillant continuèrent l'œuvre primitive, qui, sous leur direction, prit le nom de *sulfate de quinine des trois cachets*, quoique dans beaucoup de contrées on continue à lui donner le nom de son premier inventeur, Pelletier.

MM. Armet de Lisle continuent, à leur tour, les traditions de leurs prédécesseurs et leur sulfate de quinine est reconnu universellement d'une pureté et d'une qualité tellement supérieures que le cours en est toujours plus élevé de 25 ou 30 francs par kilogramme que celui de toute autre fabrication.

Mais la concurrence est venue se jeter sur le sulfate de quinine et, malgré le prix toujours croissant des écorces de quinquina, le prix du sulfate de quinine a baissé considérablement. Le mot de cette énigme est simplement la découverte d'un nouveau sel de cinchonine, le chlorhydrate de cinchonine. Ce nouveau sel a la même forme cristalline que le sulfate de quinine : il a la même apparence, la même blancheur, le même poids spécifique et une amertume particulière, sauf les propriétés fébrifuges.

Tout le monde voulait du bon marché : la vieille fabrication du sulfate de quinine Pelletier, qui est l'honneur de la France, dut souvent abandonner la lutte des enchères, car son cachet indiquant une pureté absolue était incompatible avec des prix par trop réduits.

Nous sommes avertis : à nous médecins de formuler dorénavant *Sulfate de quinine des trois cachets.* Nous serons alors assurés de la pureté parfaite de notre sulfate de quinine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 janvier 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le Ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Potain comme membre titulaire dans la section de pathologie

médicale. Sur l'invitation de M. le président, M. Potain prend place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Benjamin Ball, qui se présente comme candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale ; 2° une lettre de M. Henri Napias qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale.

PRÉSENTATION

M. GARIEL présente, au nom de M. Chardin, un appareil électrique portatif.

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. SÉE passe en revue les divers modes de traitement qui ont été préconisés contre la fièvre typhoïde. Les méthodes curatives qui ont trouvé des défenseurs peuvent être divisées, suivant lui, en trois classes : 1° expectation ; 2° méthodes antiseptiques ; 3° méthodes antithermiques.

Le type officiel de la méthode expectante comprend tisane de chiendent nitré ou limonade citrique accompagnée de bouillon à l'hôpital, parfois d'eau vineuse, puis lavement et cataplasme.

Cette méthode classique, M. Sée consentirait à l'adopter ; mais quant à ce qu'on nomme *expectation armée*, il ne souscrit à ses conclusions que contraint et forcé, quoi qu'il advienne de ce traitement inutile des symptômes les plus minuscules, qu'on pourchasse sans méthode et sans raison. Les méthodes antiseptiques ont pour but de détruire les microbes qui produiraient la fièvre typhoïde et leurs spores. Ces microbes spéciaux seraient les baccili de Klebs ou ceux d'Eberth ; mais ils débutent par les glandes intestinales, rarement par les bronchioles ou les alvéoles pulmonaires. Les baccili restent dans le fond de ces glandes, s'avancent des parties profondes graduellement dans les muscles, dans les interstices lymphatiques, puis ils envahissent les ganglions mésentériques et les lymphatiques de l'abdomen. On ne peut donc pas les atteindre dans les intestins. Cependant M. Collin soutient que toutes les bactéries et les baccili n'agissent que dans les liquides en putréfaction. A ce point de vue, les antiseptiques, qui sont en même temps antiputrides, pourraient être utiles.

Les principaux antiseptiques sont : 1° le chlore ; 2° les mercuriaux ; 3° les sulfites et hyposulfites ; 4° l'iode ; 5° le groupe de la série salicylique ; 6° l'acide phénique ; 7° le thymol ; 8° l'acide benzoïque.

La plupart de ces antiseptiques et surtout ceux de la série aromatique ont le pouvoir antithermique, et c'est pourquoi sans doute ils n'ont pas été bannis de la thérapeutique comme ils méritaient de l'être.

Parmi les antipyrétiques et antithermiques, on compte :

1° Les bains froids, douches, etc. ; 2° les bains tièdes ; 3° l'acide salicylique et le salicylate de soude ; 4° le sulfate de quinine ; 5° l'alcool. Le sulfate de quinine est le véritable antipyrétique.

L'alcool possède le pouvoir réfrigérant à un degré moindre, mais présente au degré le plus élevé la propriété sthénique et peut-être la faculté d'enrayer la dénutrition.

Voici les conclusions de cette partie du discours :

1° Les bains froids, en abaissant la température, augmentent auparavant la production de la chaleur d'une manière très prononcée ;

2° L'acide salicylique réfrigère, sans augmenter le pouvoir calorigène comme l'eau froide ;

3° Le sulfate de quinine refroidit tout en diminuant le pouvoir calorigène. La déperdition de la chaleur est relativement augmentée par tous ces moyens ; elle est la base de l'action antipyrétique, mais le chiffre absolu de la réfrigération se règle d'après l'intensité de la production du calorique ;

4° L'alcool reste provisoirement en dehors de la question, car il présente surtout l'action d'épargne, il empêche les combustions des tissus, l'usure de l'organisme pendant un certain temps et jusqu'à un certain point.

Après cela vient l'énumération des divers moyens antithermiques dont l'action serait infidèle ou dangereuse : la digitale, la vératrine, la résorcine, la kaïrine et l'acide phénique.

Ce discours doit être continué dans la prochaine séance.

LECTURE

M. VALLIN, candidat pour la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale, lit un travail intitulé : *Note sur les neutralisants du suc tuberculeux.*

Dans les expériences dont les résultats sont contenus dans ce travail, l'auteur s'est proposé de rechercher dans quelle mesure l'inoculabilité du suc tuberculeux est modifiée par l'exposition aux substances réputées désinfectantes.

Des fragments de tissu pulmonaire infiltrés de tubercules, recueillis sur le cadavre d'un phtisique, ont été écrasés dans l'eau distillée.

50 centigrammes du liquide filtré ont été injectés dans la cavité péritonéale d'un cobaye. Aucune inflammation locale ne s'est produite. Au bout de quelques semaines, l'animal a commencé à dépérir, et vers la fin du troisième mois il a été trouvé mort. Le foie, la rate, le poumon, étaient farcis de granulations et de masses grisâtres, constamment transmissibles par inoculation. C'est cette matière tuberculeuse, obtenue par reproduction artificielle et de seconde main, qui a servi à toutes les expériences de M. Vallin.

Des fragments caséeux des organes précédents ont été écrasés dans de l'eau distillée ; le suc obtenu servit à imbiber une feuille de papier à filtrer, qui fut abandonnée, suspendue pendant vingt-quatre heures dans un abri largement ventilé. Le lendemain, ce papier imprégné de suc tuberculeux desséché fut coupé en bandes de dimension égale.

Les unes, destinées aux expériences de contrôle, furent humectées d'une petite quantité d'eau pure, et le liquide obtenu par expression fut injecté le 1er août à la dose de 50 centigrammes dans la cavité péritonéale de dix cobayes bien portants. L'un fut trouvé mort le 16 octobre dans un grand état de maigreur ; l'autre fut sacrifié le 30 novembre. Chez tous deux le foie et la rate étaient décuples de volumes et très friables ; les poumons étaient farcis de noyaux tuberculeux confluents, au milieu desquels le parenchyme de l'organe avait presque disparu.

Les autres bandes de ces papiers virulents furent soumis à l'action de divers désinfectants : acide sulfureux, sublimé corrosif, vapeurs nitreuses, etc., avant de servir aux inoculations.

Dans une chambre, au bout de cinquante minutes, les bandelettes de papier furent suspendues librement à 2 mètres du sol : la quantité de soufre brûlée était répartie en quatre foyers ; l'occlusion de la chambre était complète. L'exposition aux vapeurs désinfectantes dura vingt-quatre heures.

Les animaux inoculés avec des papiers virulents désinfectés avec le soufre aux doses de 40 et de 30 grammes sont restés indemnes. Des deux cobayes inoculés avec des papiers virulents désinfectés à la dose de 20 grammes de soufre, l'un a tous les organes abdominaux tuberculeux, l'autre reste entièrement sain.

Quand la quantité de soufre brûlé fut inférieure à 20 grammes, tous les animaux furent trouvés tuberculeux.

L'eau bouillante paraît avoir détruit en fort peu de temps le germe tuberculeux.

Le sublimé corrosif ou solution au millième produisit le même résultat ; en solution au deux millième, au contraire, il n'empêcha pas un cobaye inoculé de contracter la tuberculose, dont il mourut le cent quatrième jour.

L'acide nitreux développé à la dose de 250 litres dans une chambre cubant 300 mètres, après toute une nuit d'exposition, ne paraît pas avoir eu d'action sur le principe virulent. Mais, dans une autre expérience, le même acide, à la dose de 60 centigrammes par mètre cube, rendit inoffensif le papier virulent.

« Puisque, dit l'auteur en terminant, nous trouvons dans l'acide sulfureux obtenu par la combustion du soufre un moyen pratique

vraiment efficace de neutraliser le principe tuberculeux, quelle qu'en soit la nature, n'est-il pas indiqué de purifier, chaque année, par des fumigations, les casernes, les hôpitaux, les prisons, les écoles, comme complément du nettoyage et du badigeonnage annuel? »

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1882.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	17	12	3	32
2e	13	18	3	34
3e	37	38	8	83
4e	39	58	16	113
5e	27	43	16	86
6e	20	14	9	43
7e	14	17	3	34
8e	3	9	2	14
9e	16	17	2	35
10e	42	41	5	88
11e	69	113	39	221
12e	22	34	10	66
13e	40	74	15	129
14e	42	49	30	121
15e	38	50	17	105
16e	19	15	6	40
17e	42	69	17	128
18e	61	68	19	148
19e	43	54	27	124
20e	52	97	37	186
	656	890	284	1830

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites.	95
Croup	47
Coqueluche	3
Corps étrangers de l'œsophage	2
Ophtalmie purulente	2
B. — Asthme	28
Affections du cœur	77
Bronchites aiguës et chroniques	84
Pleuro-pneumonie	70
Congestion pulmonaire	15
C. — Affections et troubles gastro-intestinaux	80
Cholérine	12
Athrepsie	18
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	2
Hernie étranglée	18
Rétention d'urine	17
Orchite	3
Paraphimosis	1
D. — Métrite, métro-péritonite	43
Métrorragie	35
Fausse couche	66
Accouchement, délivrance	192
E. — Affections cérébrales, paralysies	86
Convulsions, éclampsie	63
Névralgie	50
Névroses	103
Épilepsie	26
Aliénation mentale	13
Alcoolisme, delirium tremens	28
F. — Rhumatisme	17
Affections éruptives	30
Fièvre intermittente	4
Fièvre typhoïde	143
Hémorragies de causes internes et externes	76
G. — Plaies, contusions	105
Fractures, luxations, entorses	40
Brûlures	5
Empoisonnements	7
Asphyxie par le charbon	5
— submersion	2
Suicide	4
H. — Mort à l'arrivée du médecin	53
Total	1830

La moyenne des visites par nuit est de 19 1/10. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 17 9/10.

Visites du quatrième trimestre de 1881 . . . 1,652
Visites du quatrième trimestre de 1882 . . . 1,830
Différence en plus . . . 178

Les hommes entrent dans la proportion de 36 p. 100;
Les femmes — 49 —
Les enfants au-dessous de trois ans, — 15 —

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1882.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	TOTAL
1er trimestre	707	956	315	1978
2e trimestre	557	757	204	1518
3e trimestre	556	797	212	1565
4e trimestre	656	890	284	1830
	2474	3400	1015	6891

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876, première année	3616	visites de nuit
1877, deuxième année	3312	—
1878, troisième année	3571	—
1879, quatrième année	5282	—
1880, cinquième année	6341	—
1881, sixième année	6521	—
1882, septième année	6891	—

Le service a été assuré par 658 médecins et 185 sages-femmes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Nancy. — Le concours pour la place d'aide de physiologie vient de se terminer par la nomination de M. Paul Lebon.

— Le Conseil d'amirauté vient d'inscrire au tableau d'avancement du 1er janvier 1883 les officiers du corps de santé de la marine dont les noms suivent :

Pour le grade de médecin en chef : MM. Nielly, médecin-professeur, et Richaud, médecin principal.

Pour le grade de pharmacien en chef : M. Sambuc, pharmacien-professeur.

Pour le grade de médecin principal : MM. Ercole et Maurel, médecins de première classe.

Pour le grade de pharmacien principal : M. Reynaud, pharmacien de première classe.

— M. le docteur Ranvier, professeur au Collège de France, vient d'être élu membre correspondant de l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg.

— L'École supérieure de pharmacie de Paris a décerné, à la suite des concours de 1882, ses prix dans l'ordre suivant :

Prix de l'École. — Première année. — Premier prix, M. Gaillard. — Deuxième année. — Premier prix, M. Meillière ; deuxième prix, M. Duffourc.

Fondations. — Prix Buignet. — Premier prix, M. Gratier ; deuxième prix, M. Mercier. — Prix Desportes, M. Martin. — Prix Laillet, M. Grignon. — Prix Lebault, MM. Grimbert et Meillière. — Prix Menier, M. Houdas.

Concours des travaux pratiques. — Première année. — Médailles d'or, MM. Gaillard et Clochez ; médailles d'argent, MM. Aubert et Luton. — Deuxième année. — Médailles d'or, MM. Meillière et Ragoucy ; médailles d'argent, MM. Richard et Carpentier. — Troisième année. — Médailles d'or, MM. Grignon et Houdas ; médailles d'argent, MM. Gratier et Martin. — Quatrième année. — Médaille d'or, M. Mercier ; médaille d'argent, M. Grignon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Joret, directeur de l'hôpital Tenon.

— M. le docteur Reuille, médecin-major de première classe, prend sa retraite. M. le docteur Davezac, médecin aide-major de première classe, a donné sa démission.

— En exécution du décret du 27 avril 1878, un concours s'ouvrira à Paris (hôpital du Val-de-Grâce), le lundi 26 février prochain, pour l'admission dans le service hospitalier de médecin-major de première et de deuxième classe appartenant aux corps de troupe. Les épreuves auront lieu, conformément aux dispositions du programme approuvé le 15 novembre 1878 et inséré au *Journal militaire officiel* (partie réglementaire).

— M. le docteur Bureau, chef des travaux anatomiques et professeur suppléant d'histoire naturelle à l'école de médecine de Nantes, est nommé directeur du Muséum de cette ville, en remplacement de M. le docteur Écorchard, décédé.

— *Société d'ophtalmologie de langue française.* — MM. les membres adhérents à la nouvelle Société d'ophtalmologie en formation sont informés que la première réunion générale aura lieu à Paris, dans le local de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, le lundi 29 janvier prochain, à huit heures du soir.

La première réunion sera consacrée à la constitution définitive de la Société, à la nomination du bureau et à l'élaboration du règlement et des statuts.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13495

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » . — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Pneumonie traitée par les saignées coup sur coup. — Tumeurs cérébrales; rétraction de l'aponévrose palmaire; atrophie musculaire progressive. — État actuel de l'épidémie de fièvre typhoïde à Paris; de quelques-uns des moyens de traitement. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pneumonie traitée par les saignées coup sur coup.

En disant à ses élèves, dans une de ses conférences cliniques faites en 1872 ou 1873 à l'hôpital Saint-Antoine : « Messieurs, vous avez été témoins d'un fait presque monstrueux; vous avez vu saigner un malade dans un service de médecine ! » M. Peter faisait une critique aussi juste que spirituelle des systèmes en médecine, qui, plaçant les idées théoriques au-dessus de l'expérience, ont conduit si souvent à de regrettables exagérations. Quoi de plus exagéré, par exemple, que l'usage que l'on faisait, il y a quelque quarante ans, des émissions sanguines, si ce n'est l'abandon systématique à peu près absolu de cette méthode, de nos jours ! Ce n'est pas la première fois que nous signalons les conséquences fâcheuses de ces réactions irréfléchies, qui rappellent trop souvent les fluctuations de la mode dans les choses beaucoup moins sérieuses. Nous ne pourrions que répéter, à cet égard, ce qui a été déjà dit bien des fois dans ces colonnes. Un bon exemple vaudra mieux que les meilleurs arguments.

Ce nouvel exemple d'indépendance pratique devant les doctrines et les préjugés, c'est M. Hardy qui vient de le donner dans son service de la clinique de la Charité. Ce n'est pas une saignée seulement que M. Hardy a osé pratiquer chez un pneumonique, c'est trois saignées en vingt-quatre heures, c'est-à-dire la méthode des saignées coup sur coup. La mémoire de Bouillaud en a dû tressaillir, lorsque le fait a été exposé devant un auditoire presque étonné, dans ce même amphithéâtre où la méthode a eu sa grandeur et sa décadence.

Voici en peu de mots le fait en question :

Un homme âgé de trente-sept ans, d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, ne comptant dans son passé que deux maladies, deux fluxions de poitrine, l'une en 1869, l'autre en 1879, à dix ans de distance par conséquent, est entré le 8 janvier à la Charité, dans le service de clinique, étant souffrant depuis trois jours. Sa maladie a débuté le 5 janvier par un malaise général, de la courbature, quelques légers frissonnements dans la journée, vomissement; dans la soirée, il est survenu de l'oppression, de la toux, avec une expectoration rougeâtre. Le malade a été à peu près dans le même état les deux jours suivants. Le quatrième jour, se sentant plus souffrant, il se décida à entrer à l'hôpital; c'est le lendemain, 9 janvier, qu'il a été examiné par M. Hardy. Voici les principaux symptômes constatés :

Aspect fébrile, yeux brillants, face animée, dyspnée, 32 respirations, pouls à 120, température 40°,4; toux éclatante, grasse, suivie d'expectoration à caractères très tranchés, aérée, rougeâtre, visqueuse, formant masse cohérente et adhérant au vase.

A l'auscultation et à la percussion, on constate tous les signes physiques les plus nets d'une pneumonie lobaire fibrineuse franche, occupant les deux tiers postérieurs du poumon gauche, avec bronchite au sommet, plus, accessoirement, de la pleurésie avec un léger épanchement à la base : râles sibilants au sommet du poumon; submatité dans les deux tiers en avant et sur le côté, à gauche; râles crépitants mêlés de souffle, bronchophonie; en arrière, obscurité du son et du bruit respiratoire, etc.; tous signes du passage de la pneumonie du premier au deuxième degré, avec complication de bronchite et de pleurésie. Il y a lieu de remarquer toutefois qu'il n'y a pas eu de point de côté. La névrite intercostale, si fréquente dans ces pleuro-pneumonies, manquait ici. Rien dans le côté droit de la poitrine, rien au cœur, rien du côté de l'estomac. Les urines étaient un peu albumineuses et contenaient un excès d'acide urique.

En présence de cette pneumonie franche, récidivée, chez un homme dans la force de l'âge, bien constitué d'ailleurs, ne présentant aucune complication, rien du côté des organes digestifs, ni des centres nerveux, sans autre antécédent morbide que deux atteintes de pneumonie semblable, M. Hardy, mis en demeure d'instituer le traitement, n'a pas hésité à prescrire immédiatement une saignée de 400 grammes, qu'il a fait répéter le soir; le lendemain matin, une troisième saignée de 300 grammes a été pratiquée; en tout 1,100 grammes de sang ont été retirés de la circulation en vingt-quatre heures. Le caillot de chacune de ces saignées était recouvert d'une couche de couenne fibrineuse, la couenne inflammatoire caractéristique d'autrefois. Et comme si la nature avait voulu donner aussi son appoint à la justification de l'indication des émissions sanguines mises en usage, une épistaxis assez abondante s'est produite quelque temps après la troisième saignée.

A la suite de la troisième saignée, il y a eu une légère

élévation de la température; le soir, avant la deuxième, il y avait 40°,2. Mais après, le pouls avait déjà perdu sensiblement de sa fréquence ; il oscillait entre 112 et 116 ; le lendemain matin il était tombé à 90 et à 88. A la suite de la troisième saignée l'état général était très amélioré, l'oppression avait diminué, ainsi que la toux et l'expectoration dont les caractères s'étaient sensiblement modifiés; la température était descendue, dans la matinée, à 39°; le soir elle n'était plus qu'à 38°.

Le jour suivant, la fièvre avait entièrement cessé, la température était de 36°,8, le pouls à 80, la respiration à 18 ; plus de toux; l'expectoration, persistant encore un peu, était redevenue fluide, blanche. Les phénomènes locaux avaient suivi parallèlement une marche décroissante tellement rapide, que c'est à peine si le deuxième jour il y avait encore un peu de submatité et d'obscurité du bruit respiratoire à la base. La respiration était redevenue normale dans tout le reste de l'étendue du poumon.

Cette disparition rapide des phénomènes locaux a été même une des circonstances les plus particulières et les plus remarquables de ce fait. On sait combien il est fréquent de voir les signes physiques persister plusieurs jours encore après la cessation complète de la fièvre et des symptômes généraux. Ici la disparition a été presque simultanée pour les uns et pour les autres. N'est-on pas fondé, comme le pense M. Hardy, à attribuer cet heureux résultat aux émissions sanguines mises en usage suivant la méthode formulée par son prédécesseur dans la chaire de clinique médicale de la Charité ? Cela ne nous paraît pas contestable.

Mais en même temps qu'il obtenait ce résultat de l'usage des saignées coup sur coup chez ce malade, M. Hardy soignait également pour une pneumonie un autre malade dont la vie et la santé nous sont chères à tous, — celui dont M. Labbé entretenait ses collègues de la Société de chirurgie dans son allocution prononcée à la séance annuelle, qu'on lira plus loin. Ici les conditions de l'état général, comme celles de la lésion locale à combattre, étaient toutes différentes de celles que présentait le malade de la clinique : aussi sa méthode de traitement a-t-elle été tout autre. C'est par les vésicatoires, par la potion alcoolique de Tood, par les toniques et les reconstituants qu'il l'a traité ; et nous sommes heureux d'apprendre aujourd'hui le rétablissement complet de ce cher malade.

C'est en rapprochant ces deux extrêmes de la thérapeutique pour une affection sinon identique dans sa nature, du moins identique dans son siège et dans son nom, que l'on peut se faire une idée des dissemblances et des variétés infinies d'indications qui peuvent se présenter dans une même maladie. La pneumonie est une de celles-là.

Tumeurs cérébrales. Rétraction de l'aponévrose palmaire. Atrophie musculaire progressive.

Bien que nous n'eussions eu aucun avis que M. Vulpian avait commencé une série de conférences cliniques à l'Hôtel-Dieu, nous avons eu la bonne fortune d'assister aux deux dernières de ces conférences, qui ont lieu tous les mardis. La première a eu pour sujet deux cas de tumeurs cérébrales et un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire aux deux mains. La deuxième a été consacrée tout entière à l'étude de trois cas d'atrophie musculaire progressive, qui ont fourni à M. Vulpian l'occasion de signaler les diverses formes principales de cette affection et d'en établir le diagnostic différentiel par rapport à la paralysie atrophique infantile, ainsi qu'à l'affection de même nature des adultes. Cette dernière conférence, ayant été recueillie avec soin, sera publiée intégralement dans l'un des prochains numéros.

Quant aux deux faits de tumeurs cérébrales pour lesquels M. Vulpian a porté, pour l'un, le diagnostic de gliome de la partie postérieure des lobes cérébraux, et, pour l'autre, celui de néoplasie de la dure-mère, au niveau de la région supérieure et frontale du crâne, reconnaissant pour cause un ancien traumatisme sur cette région ; ils n'auront leur complet intérêt que lorsqu'ils seront arrivés à leur terme, soit à la guérison, soit à l'issue fatale, terme plus probable, et auquel cas l'examen nécrosique permettrait la vérification du diagnostic. Réservant, en conséquence, ces deux cas dont nous surveillerons les suites, nous nous bornerons pour le moment au fait de la rétraction palmaire.

L'un des malades dont M. Vulpian a entretenu son auditoire dans cette conférence est, en effet, atteint de cette affection assez bizarre, qui n'est bien connue que depuis quelques années, ayant été le plus souvent confondue jusque-là avec des affections analogues, mais d'origine traumatique, et à laquelle on a donné le nom de rétraction de l'aponévrose palmaire. Il s'agit d'un homme qui est entré dans le service le 11 décembre ; il avait eu vers le commencement de novembre une névralgie sciatique qui l'avait beaucoup fait souffrir. On avait pratiqué plusieurs fois des injections morphinées, qui avaient chaque fois procuré un soulagement ; mais ce soulagement n'était que de courte durée, il ne tardait pas à être suivi du retour des douleurs. Ces douleurs étaient vives surtout sur certains points, elles redoublaient surtout lorsque le malade voulait s'asseoir. Depuis son entrée à l'hôpital, on a multiplié les piqûres de morphine et on a fait des applications d'électricité, soit avec les courants continus, soit avec le courant interrompu ; on lui a, en outre, administré du salicylate de soude ; sous l'influence de cette médication énergique, les douleurs ont fini par céder et ce malade peut être considéré aujourd'hui comme convalescent de sa sciatique. Mais il avait en même temps une autre lésion pour laquelle il est soigné maintenant : c'est la rétraction de l'aponévrose palmaire symétrique des deux mains, plus prononcée toutefois à la main gauche qu'à la main droite.

Ces rétractions sont quelquefois le résultat de traumatismes ou de pressions violentes et continues exercées sur la paume de la main, comme cela a lieu dans certaines professions qui exigent un grand effort de la main. Ici ce n'est pas le cas : ce malade était emballeur, profession qui n'exige précisément pas de ces grands efforts de pression. D'ailleurs l'affection s'était manifestée à peu près simultanément des deux côtés, et d'une manière en quelque sorte symétrique, bien qu'à un degré différent. Cette circonstance du développement simultané et symétrique aux deux mains exclut déjà d'elle-même l'idée d'un traumatisme et range naturellement ce fait dans l'ordre des faits signalés pour la première fois par Dupuytren qui les a rattachés soit à une diathèse arthritique ou rhumatismale, — c'est le cas le plus commun, — soit à une diathèse syphilitique. Ici les antécédents syphilitiques manquent entièrement, l'influence de cette affection ne peut donc être mise en cause. M. Vulpian est disposé à voir, dans cette rétraction palmaire double, chez cet homme, une manifestation arthritique ou rhumatismale, bien qu'il n'accuse pas d'antécédents rhumatis-

maux. Mais il vient d'avoir une sciatique qui peut, à juste titre, être considérée comme une première manifestation rhumatismale. La rétraction de l'aponévrose palmaire survenue pendant la durée de la sciatique serait une seconde manifestation de l'état rhumatismal.

Ceci n'exclut pas absolument une certaine part qu'aurait pu avoir le travail manuel sur cette seconde localisation, mais cette part ne serait qu'accessoire ou tout au plus déterminante du siège de l'affection, comme le sont toutes les violences, tous les contacts prolongés ou les chocs fréquents pour la manifestation de certaines exostoses syphilitiques ou pour la production de la localisation rhumatismale dans l'endocarde.

Il est important de connaître ces faits, non seulement parce qu'ils conduisent à des indications thérapeutiques utiles, tout en éloignant l'idée d'une origine traumatique et d'une intervention chirurgicale inopportune ou utile, tout au plus accessoirement. Ce n'est, en effet, qu'après avoir eu recours aux moyens médicaux appropriés à l'état arthritique général et local, tels que alcalins à l'intérieur et sous toutes les formes, cataplasmes, pommades narcotiques, bains généraux et locaux sulfureux, etc., et dans le cas où la rétraction aponévrotique et ses conséquences persisteraient malgré ou après leur usage, que l'intervention chirurgicale aurait son utilité.

État actuel de l'épidémie typhoïde à Paris. — De quelques-uns des moyens de traitement.

Un mot seulement sur la situation actuelle de l'épidémie typhoïde à Paris et sur quelques-unes des publications et communications principales auxquelles elle a donné lieu dans ces dernières semaines. L'atténuation graduelle qui s'était produite pendant les 46e, 47e, 48e, 49e et 50e semaines de 1882, et qui se traduisait par les chiffres suivants : 120 décès pour la 46e semaine, 79 pour la 47e, 73 pour la 48e, 62 pour la 49e et 49 pour la 50e, et par ceux de 294, 221, 171, 185, 171 pour les admissions dans les hôpitaux, s'est interrompue pour faire place à une légère augmentation dans la 51e et 52e semaines de 1882 et la 1re semaine de 1883. Nous trouvons, dans le *Bulletin municipal*, 84 décès par fièvre typhoïde pour la 51e, 66 pour la 52e et 71 pour la 1re semaine de 1883, au lieu de 49 de la 50e. Quant aux admissions, qui étaient de 171 pour la 50e semaine, il a été de 172 pour la 51e, de 145 pour la 52e et 155 pour la 1re semaine de janvier.

Pour la deuxième semaine de janvier, le chiffre des décès (1,122) est légèrement inférieur au chiffre moyen des décès de chacune des quatre semaines précédentes. Sur ce chiffre de décès il y en a eu 69 attribués à la fièvre typhoïde, au lieu de 71, dans la semaine d'avant.

En ce qui concerne les cas d'invasion, le chiffre des admissions dans les hôpitaux a été inférieur (88 au lieu de 155). C'est la première fois, depuis cinq mois, que le nombre des malades admis dans les hôpitaux pour fièvre typhoïde est descendu au-dessous de 100, c'est-à-dire, à peu de chose près, au chiffre moyen en temps ordinaire.

Le déclin n'est pas, comme on le voit, constant; il est soumis à des fluctuations. Il serait intéressant de rechercher quelles peuvent être les conditions de ces fluctuations et de ces recrudescences passagères. Les éléments dont dispose le service de la statistique municipale pourraient-ils nous en fournir la raison? Peut-être, si elle parvenait jamais à obtenir des praticiens de la Ville des renseignements suffisants sur le mouvement de la morbidité, ce qui n'est pas impossible, mais difficile.

Nos lecteurs ont été tenus au courant des communications faites à l'Académie de médecine et à la Société médicale des hôpitaux tant sur l'étiologie, la marche et les caractères de la maladie que sur la thérapeutique. Nous avons, à cet égard, toutefois, un petit complément de renseignement à donner, c'est celui que M. le professeur Lépine (de Lyon) a communiqué à ses collègues de la Société médicale des hôpitaux; il est relatif au caractère spécial qu'ont présenté, en général, les pneumonies survenues au début de la fièvre typhoïde chez les malades qu'il a été à même d'observer dans son service. Il ne considère pas ces pneumonies comme une complication accidentelle de la dothiénentérie, mais, au contraire, comme une localisation précoce de la maladie typhoïde sur le poumon. Il propose, en conséquence, de désigner ces cas sous le nom de fièvre typhoïde pneumonique, rejetant le terme de pneumonie typhoïde dont on s'est servi parfois pour qualifier la pneumonie à forme typhoïde.

Nous ne reviendrons pas ici sur la très intéressante communication de M. le docteur Dionis des Carrières, que l'on a lue dans le compte rendu de la Société médicale des hôpitaux. Mais nous résumerons, en quelques mots, l'échange de communications qui ont été faites par plusieurs médecins des hôpitaux dans les deux ou trois dernières séances de la Société de thérapeutique sur les résultats de leur pratique respective.

M. Moutard-Martin a exposé son appréciation générale dans des termes qui la rapprochent entièrement de celle de MM. Hardy et Dujardin-Beaumetz, que nos lecteurs connaissent déjà. M. Moutard-Martin ne condamne pas les essais qui ont été tentés dans le sens de l'antisepticémie, bien que le principe septique à combattre nous soit encore réellement inconnu, mais il n'y souscrit qu'à la condition que les antiseptiques mis en usage ne soient pas des agents toxiques. Or le sulfate de quinine, à la dose de 3, 4 et 5 grammes, est toxique s'il est absorbé. Il rejette, pour la même raison, l'acide phénique et l'acide salicylique : à faible dose, ils sont inutiles; à doses élevées, ils sont dangereux. La médication la plus rationnelle et la plus sage est la médication des symptômes. A propos des symptômes, M. Moutard-Martin, d'accord avec MM. Hardy et Dujardin-Beaumetz, n'attache qu'une valeur relative à l'hyperthermie. Il est d'avis qu'il ne faut pas trop s'efforcer de la combattre; elle peut se maintenir longtemps dans la dothiénentérie à un chiffre très élevé, sans que pour cela le pronostic soit absolument grave. Deux typhoïdes de son service, aujourd'hui convalescents, ont présenté pendant onze jours consécutifs une température de 40° à 40°,8. En cherchant à abaisser par les agents médicamenteux spéciaux la température, on substitue un état morbide factice à l'état morbide vrai, sans guérir pour cela la septicémie typhoïde. Il a essayé deux fois les bains froids dans des cas désespérés, avec délire violent, fréquence extrême du pouls et température supérieure à 41°. Les malades ont succombé, après avoir présenté, après chaque bain, un abaissement de température de 1°,5 environ, bientôt suivi d'une nouvelle ascension. Il leur préfère, comme moyen de modérer les températures très élevées, les lotions tièdes ou fraîches fréquemment répétées. Pour lui, le principal but vers lequel doit tendre le traitement est de s'opposer à l'auto-infection, par l'usage des purgatifs salins répétés et de lavements réitérés plusieurs fois par jour.

Nous rapprocherons de cet exposé des opinions et de la manière de faire de M. Moutard-Martin l'opinion de ses collègues MM. Constantin Paul et Cadet de Gassicourt. M. Constantin Paul, condamnant, comme son confrère, le sulfate de quinine à hautes doses, a voulu néanmoins essayer le salicylate de quinine à la dose de 2 grammes ; il en a obtenu un abaissement de 1°, et il a constaté que son action était plus persistante que celle du sulfate de quinine à la même dose, mais que, pas plus que ce dernier, il n'avait eu d'influence heureuse sur la maladie. Il emploie les purgatifs salins et les lotions et lavements froids à l'hyposulfite de soude.

Quant à M. Cadet de Gassicourt, il a essayé l'acide salicylique dans la fièvre typhoïde des enfants. Il le donnait au début à la dose de 2 grammes, mais le résultat antithermique était presque nul ; il augmenta progressivement la dose jusqu'à 5 et 6 grammes par jour chez des enfants de onze à douze ans. Il obtint alors un abaissement de température de près de 4°, mais avec des phénomènes de prostration inquiétants et sans aucun bénéfice au point de vue de l'évolution de la maladie. Il a complètement renoncé à cette médication.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 janvier 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Transpiration végétale. — M. **FRANCK** communique de la part M. Arloing une note ayant pour titre : Détermination de l'influence de la transpiration envisagée comme cause de la circulation des liquides nutritifs dans la sensitive.

A l'état normal, l'ascension de l'eau chez les végétaux est principalement entretenue par l'absorption radicellaire associée à la transpiration des feuilles. Dans les conditions ordinaires, ces deux phénomènes combinent leur action de telle manière que la turgescence de la plante se maintient en équilibre au moins apparent.

L'influence de la transpiration a été regardée de tout temps comme très importante à la circulation des sucs nutritifs. La quantité d'eau qui s'évapore à la surface des feuilles, par les temps chauds, est considérable. Or, étant connu que cette eau est immédiatement remplacée par de l'eau empruntée aux organes voisins, on conçoit l'action que l'évaporation exerce sur l'ascension de l'eau dans la tige.

Si l'influence de l'évaporation foliaire n'est pas douteuse, la part qui lui revient dans la marche ascensionnelle des fluides nourriciers n'a jamais été déterminée avec précision. M. Arloing a cherché à combler en partie cette lacune en utilisant les réactions que présente la sensitive lorsque le chloroforme s'élève dans sa tige, après l'absorption par les racines. A mesure que l'anesthésique s'élève dans la plante, il produit, sur le pétiole commun de chaque feuille qu'il rencontre sur son passage, des phénomènes semblables à ceux qui succèdent aux irritations mécaniques. D'après cela, rien ne sera plus facile que d'étudier sur la sensitive l'influence que la présence ou l'absence des folioles exercera sur l'ascension de l'eau chloroformée. Il suffira de prendre deux sensitives, d'amputer sur l'une d'elles les pétioles secondaires, puis d'arroser simultanément les deux plantes avec une quantité égale d'anesthésique. En opérant, dans ces conditions, avec toutes les précautions voulues, M. Arloing a observé que les liquides marchent avec une vitesse trois et six fois moins grande dans la tige des sensitives effeuillées.

L'évaporation à la surface des feuilles exerce donc une influence considérable sur l'ascension des liquides dans la tige de la sensitive.

Ces expériences ont dévoilé un autre fait : d'après des observations fort anciennes, le courant d'eau déterminée par la transpiration des feuilles et l'absorption des racines a son siège exclusif dans les faisceaux fibro-vasculaires. Ce courant ne s'établit pas confusément dans toute la masse des faisceaux fibro-vasculaires de la tige. Chaque faisceau est pour ainsi dire le siège d'une circulation particulière dont l'activité est subordonnée en grande partie à l'évaporation qui s'établit à la surface de la ou des feuilles situées à son extrémité supérieure. Que l'on choisisse trois feuilles sur un pied de sensitive et que l'on retranche les folioles sur la feuille intermédiaire ; après arrosage avec l'eau chloroformée, on constate que l'anesthésique parvient plus vite à la base des feuilles extrêmes intactes qu'au bourrelet de la feuille intermédiaire mutilée. Ce résultat ne saurait s'expliquer autrement qu'en admettant dans la tige une série de circulations collatérales, plus ou moins parallèles, ayant chacune un faisceau fibro-vasculaire pour siège.

Du mode d'action de quelques liquides organiques neutres sur la substance organisée. — M. **DUBOIS** fait une communication sur ce sujet. (Voir *Gaz. des hôpitaux*, 1883, p. 43.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 17 janvier 1883. — Présidence de M. L. Labbé.

M. **LE PRÉSIDENT**, en ouvrant la séance, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Collègues,

Si l'on parcourt les volumes des bulletins déjà bien nombreux de la Société de chirurgie, on peut voir que la tâche imposée, à la fin de chaque année, à ceux que vous avez appelés à l'honneur de siéger à votre bureau, n'a pas toujours été la même.

A certaines époques, en effet, tantôt le président, tantôt le secrétaire général était chargé du compte-rendu de vos séances. Depuis quelques années, les rôles ont été mieux définis. A votre secrétaire annuel, à qui incombe la rédaction de vos bulletins, revient l'honneur de reproduire, devant vous, avec une autorité toute particulière, la substance des travaux de toutes sortes, communications, rapports, discussions, qui ont animé vos réunions. C'est ce rôle que, dans un instant, va remplir, à la satisfaction de tous, notre excellent et si dévoué secrétaire annuel, M. Nicaise. — Il est également d'usage que le secrétaire général prononce l'éloge de quelque membre illustre de votre savante compagnie, et vos bulletins se sont ainsi enrichis d'œuvres littéraires justement estimées. Notre bien cher et sympathique secrétaire général actuel, M. Paul Horteloup, nous a, l'année dernière, donné la mesure de son talent, en retraçant la vie et l'œuvre si considérable de Chassaignac. Cette année encore, il devait faire revivre l'une des grandes figures chirurgicales, récemment disparue du milieu de nous ; mais vous connaissez tous l'épouvantable malheur qui est venu fondre sur lui, et qui a paralysé momentanément sa plume.

Il ne reste donc à votre président qu'à vous rendre compte de l'état moral de la Société.

Sous ce rapport, mon rôle est facile.

L'année 1882 n'a à enregistrer aucun mort parmi vos membres titulaires ou honoraires. Nous sommes moins heureux du côté de nos correspondants : M. Prestat (de Pontoise), ancien interne des hôpitaux de Paris, praticien distingué et justement honoré, est mort subitement il y a à peine deux mois. A Lille, nous avons perdu M. Houzé de l'Aulnoît, professeur de clinique chirurgicale, et M. Puel, agrégé de chirurgie.

A Paris, deux de nos collègues les plus aimés, MM. Ledentu et Desprès, nous ont donné de vives inquiétudes. M. Ledentu, malade depuis plus de trois mois, a dû subir une grave opération prati-

quée par son maître et ami M. Verneuil. Malgré la gravité de sa situation, à un moment donné, nous sommes heureux de le savoir en bonne voie de guérison, et, au nom de vous tous, je lui adresse nos meilleurs vœux pour son prompt rétablissement. Quant à notre ami Després, qui prend une part si active à toutes nos discussions, nous avons le plaisir de pouvoir annoncer la convalescence franche et rapide de la pneumonie dont il a été atteint au commencement de ce mois.

Trois demandes d'honorariat vous ont été adressées par nos collègues : MM. Dubrueil (de Montpellier), Giraud-Teulon et Guyon. Nous aurons rarement l'occasion de voir M. Dubrueil que ses fonctions retiennent loin de nous ; mais nous avons bon espoir que MM. Giraud-Teulon et Guyon, dont les lumières sont si précieuses à notre Société, ne déserteront pas de longtemps nos séances.

Ce passage à l'honorariat a facilité l'admission de quelques nouveaux collègues. MM. Marchand et Richelot, tous deux chirurgiens des hôpitaux et professeurs agrégés de la Faculté, ont été nommés membres titulaires. Qu'ils reçoivent nos compliments sincères de bienvenue : leur savoir et leur activité sont, pour nous, un sûr garant du concours utile qu'ils apporteront à nos travaux.

Je voudrais, à côté des leurs, pouvoir inscrire les noms de tous ces jeunes chirurgiens (je n'ose en faire le dénombrement) qui sollicitent l'honneur de siéger à côté de vous. Je ne sais quelle mesure pourrait être prise pour leur faciliter l'entrée de notre Société, mais je ne dois pas dissimuler qu'il me paraît regrettable de voir perdu pour nous le concours de tant de forces utiles.

Trois places de correspondants nationaux étaient vacantes, elles viennent d'être remplies par la nomination de MM. Cauvy (de Béziers) et Demons (de Bordeaux) qui, depuis longtemps, avaient attiré l'attention de la Société par l'importance de leurs communications. M. Martel (de Saint-Malo), plus heureux, a eu la bonne fortune d'emporter, du premier coup, vos suffrages. Nous pensons que nos nouveaux collègues ont contracté envers nous une dette de reconnaissance, et qu'ils l'acquitteront en nous envoyant souvent d'intéressantes communications.

Vous avez eu aussi à élire les membres de votre bureau.

Selon la tradition, votre vice-président, M. Guéniot, a été nommé président ; sa haute valeur, l'aménité de son caractère, sont pour vous un sûr garant qu'il réunit toutes les qualités pour faire un président accompli. M. Marc Sée, notre sympathique collègue, remplacera, à la satisfaction de tous, M. Guéniot à la vice-présidence.

Pour l'année 1883, la rédaction des procès verbaux de vos séances est confié à M. Périer, nommé premier secrétaire annuel, et à M. Lucas-Championnière, nommé deuxième secrétaire annuel.

Je ne saurais oublier ici le personnel si nombreux qui veut bien assister à vos séances pour en livrer le compte-rendu à la presse... Il nous est impossible de ne pas leur adresser nos bien sincères remerciements.

Me plaçant maintenant sur un autre terrain, j'ai le plaisir de pouvoir annoncer que nos finances sont dans un état des plus satisfaisants, grâce surtout à la sage et vigilante administration de notre cher trésorier, M. Berger. Je puis vous dire aussi que nous sommes sur le point de conclure avec le ministère de l'instruction publique un arrangement qui nous assurera une subvention d'une certaine importance.

Nous croyons devoir rappeler qu'en 1883 les deux prix Demarquay et Gerdy seront décernés. Le prix Demarquay a pour sujet « De l'étiologie de l'érysipèle » ; le prix Gerdy : « Des tuberculoses localisées au point de vue chirurgical. »

Messieurs, je ne saurais clore ce court aperçu de notre situation sans vous féliciter de votre exactitude à nos séances, de la manière courtoise avec laquelle vous avez pris part à toutes les discussions, et par conséquent de la façon dont vous avez ainsi facilité la tâche de votre président.

J'insiste particulièrement sur un point : vous avez bien voulu comprendre que les discussions à propos du procès-verbal ne devaient pas s'éterniser, et vous m'avez de la sorte permis, quoique bien incomplètement encore, de répondre au désir de nombreux collègues, inscrits quelquefois depuis longtemps, pour des communications originales.

Je termine en émettant un dernier vœu, auquel, j'en suis sûr, vous vous associerez tous : celui de ne pas nous laisser dépasser, au point de vue scientifique, par les pays voisins. Nos bulletins sont évidemment la preuve de la grande activité de notre Société, mais nous ne devons pas oublier qu'à l'étranger il se fait un mouvement chirurgical des plus importants. Sachons en tenir compte, et, tout en ayant la volonté bien ferme de ne rien croire sans examen, soyons résolus à vite accepter tout ce qui est véritable progrès, d'où qu'il vienne ; essayons de perfectionner les méthodes que nous n'avons pas eu le bonheur de découvrir, et n'oublions jamais que notre devise doit toujours être celle du progrès même : En avant !

M. NICAISE, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les travaux de la Société de Chirurgie pendant l'exercice de 1882.

M. LE SECRÉTAIRE proclame ensuite les noms des chirurgiens qui ont obtenu des prix et des encouragements pour les concours de la même année :

Le prix *Laborie* n'a pas été décerné. Deux encouragements ont été accordés sur la valeur de ce prix : l'un, de 600 francs, à M. le docteur Tréfaud, pour son travail sur la gangrène gazeuse foudroyante ; l'autre, de 400 francs, à M. le docteur Petit, pour son travail sur les points de moindre résistance.

Le prix *Duval*, de la valeur de 100 francs, a été donné à M. Desnos pour son travail sur la lithotritie.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de géologie (1), par M. A. de Lapparent.

Nous présentons à nos lecteurs les fascicules VII et VIII qui terminent le *Traité de géologie* de M. de Lapparent. On voit que l'éminent professeur n'a pas longtemps fait attendre ses souscripteurs.

Le VI[e] fascicule (voir *Gaz. des Hôp.*, 1882, p. 830) se terminait par l'étude du système crétacé dans l'Ouest de la France. Les derniers fascicules poursuivent l'étude du même système dans le bassin du Rhône et dans le Sud-Ouest de la France. Puis, après avoir étudié les types étrangers divers du système crétacé, l'auteur présente le tableau du synchronisme des assises crétacées.

Il aborde ensuite le groupe tertiaire ou néozoïque — systèmes Éocène, Miocène, Pliocène — et l'ère moderne ou quaternaire.

Le III[e] livre est consacré aux formations d'origine interne ou éruptives. L'auteur étudie les roches éruptives. Il présente les caractères généraux de ces roches, détermine leur âge et déroule la chronologie des éruptions. Après avoir successivement passé en revue les séries éruptives ancienne et moderne, il nous fait connaître les gîtes minéraux et métallifères.

Un IV[e] fascicule nous offre l'étude des dislocations du globe et les théories géogéniques. M. de Lapparent expose la doctrine des soulèvements, il présente les éléments de l'étude des dislocations ; il examine les principales régions de dislocations et discute la théorie des dislocations terrestres. Passant ensuite aux théories géogéniques, l'auteur expose la coordination systématique des éléments du relief terrestre — systèmes pentagonal et tétraédrique ; — et abordant les hypothèses géogéniques, il étudie les causes des variations de la chaleur externe ; il présente des considérations sur la durée des temps géologiques, et après un résumé cosmogonique, il termine son œuvre par un tableau résumé des époques géologiques.

Nous avons essayé de donner une idée juste de l'ouvrage consi-

(1) 1 vol. in-8. Prix : 24 francs. Paris, F. Savy.

dérable de M. de Lapparent. Notre analyse a été assez fidèle pour que nos lecteurs aient pu se rendre compte de la valeur du *Traité de géologie*. Toute formule de louange est ici complètement inutile. Depuis longtemps M. de Lapparent tient un rang si élevé dans la science que son œuvre est ou sera bientôt dans toutes les mains.

Traité technique de chimie biologique (1), par M. le docteur QUINQUAUD, médecin des hôpitaux de Paris.

Ce traité comprend une série d'études où l'exposé des applications à la physiologie et à la pathologie suit l'indication des procédés techniques et des manipulations chimiques. De ces méthodes, les unes ont été empruntées à nos meilleurs auteurs et vérifiées au laboratoire de M. Quinquaud par lui-même ; les autres appartiennent en propre à l'auteur.

L'énumération des études contenues dans ce travail suffit à faire apprécier son importance :

I. Décolorimétrie. — II. Nouveaux procédés de dosage de l'urée. — III. Étude sur l'hémoglobine, dosage à l'aide d'un spectro-photomètre. — IV. Recherches de physiologie pathologique sur la respiration. — V. Action de l'arsenic sur le diabète artificiel et sur le diabète spontané. — VI. Méthode Schützenberger pour l'étude des albuminoïdes. — VII. Sur les ptomaïnes ou alcaloïdes cadavériques. — VIII. Méthode pour l'étude de la physiologie pathologique. — IX. Anatomo-pathologie chimique. — X. Mesure de la masse totale du sang chez l'animal vivant.

Le but de l'auteur serait atteint si la connaissance des résultats obtenus pouvait décider de jeunes docteurs à se consacrer à cette branche de la médecine scientifique. M. Quinquaud est profondément convaincu que cette voie, encore peu frayée dans notre pays, conduira sûrement à des découvertes inattendues, et à des données d'une haute valeur, tant par les conséquences pratiques qu'au point de vue spéculatif.

La chimie, après avoir métamorphosé l'industrie, transformera la médecine, en dépit des résistances que la loi inflexible du progrès brisera tôt ou tard. Cette rénovation, commencée autour de nous, ne doit pas s'accomplir sans nous. La France, après avoir brillé d'un vif éclat dans toutes les branches des connaissances humaines, ne saurait aujourd'hui se désintéresser de l'une d'elles.

Puisse cet appel être entendu !

L'hystérie viscérale ; les dilatations du cœur droit (2), par M. le professeur Augustin FABRE (de Marseille).

Nos lecteurs connaissent déjà la valeur de M. le professeur Fabre (de Marseille), comme clinicien. A plusieurs reprises, il nous a été donné de reproduire ses excellentes leçons, reproduites avec tant de soin par M. le docteur Audibert, son chef de clinique adjoint.

Aujourd'hui, M. Audibert nous présente les leçons que M. Fabre a consacrées à l'hystérie viscérale et aux dilatations du cœur droit.

Pour M. le professeur Fabre, en règle générale, toutes les femmes sont hystériques. Chaque femme porte en elle un germe d'hystérie, parce que l'hystérie avant de devenir une maladie est un tempérament, et que ce qui constitue le tempérament de la femme, c'est une hystérie rudimentaire. Et il ajoute qu'il n'est pas très commun de voir le tempérament hystérique se transformer en un véritable état morbide.

L'hystérie est une affection du système nerveux tout entier. Or il est un appareil où se trouvent réunies la plupart des fonctions du système nerveux. Le tube digestif ne se borne pas à former des sécrétions ; il a aussi sa sensibilité et sa motilité propres. C'est un appareil complexe, et par conséquent il faut s'attendre à voir l'influence de l'hystérie s'y manifester par des troubles divers. C'est ce qui a lieu en effet.

(1) Un vol. in-8°. Prix : 6 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.
(2) Un vol. in-8°. Prix : 4 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Partant de là, M. Fabre étudie les troubles divers du tube digestif. Il consacre une leçon aux vomissements dans l'hystérie ; il nous fait connaître l'hystérie suspensive ou inhibitoire ; il insiste sur les phénomèmes cardiaques, sur la fièvre, sur la fausse phtisie dans l'hystérie. Il consacre une leçon à l'hystérie simulant les affections utéro-ovariennes, et termine cette première série de leçons par l'étude des arthropathies et des phénomènes cutanés dans l'hystérie.

On sait avec quel soin M. le professeur Fabre a étudié les maladies du cœur. Les dilatations du cœur droit forment l'objet de cette nouvelle série de leçons. Il étudie ces dilatations et sous l'influence de diverses affections abdominales ou thoraciques, et dans les affections cardiaques, et dans les maladies générales. Pour établir le diagnostic des dilatations du cœur droit, il passe en revue les signes fournis par l'examen du cœur et par celui du système veineux. La dernière leçon est enfin consacrée au pronostic et au traitement.

On lira avec un véritable intérêt ces leçons dans lesquelles on retrouve toutes les qualités du clinicien de Marseille.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — La troisième épreuve s'est terminée mercredi soir. Les dernières questions traitées ont été :

Mardi 16 janvier. — M. Artigalas : Séméiotique de la langue. — M. Leroy : Intermittence et périodicité des maladies aiguës.

Mercredi 17. — M. Quinquaud : Du tympanisme abdominal.

La quatrième épreuve, leçon clinique d'une demi-heure au lit du malade après une demi-heure d'examen et préparation, a commencé le jeudi 18 janvier à quatre heures et demie du soir, à l'Hôtel-Dieu. Les leçons auront toutes lieu à l'Hôtel-Dieu ; trois candidats passeront successivement dans la même séance, leurs noms seront tirés au sort au commencement de chacune d'elles.

— Sur le rapport de la commission composée de MM. les professeurs Richet, président, Verneuil, Trélat, Le Fort et Panas, rapporteur, la Faculté de médecine de Paris a décidé que le prix Barbier, pour l'année 1882, serait partagé, à titre d'encouragement, entre les candidats dont les noms suivent :

1° M. le docteur Brondel, pour son nouveau sphygmographe ; 2° M. le docteur Dupont, pour son appareil aérothérapique ; 3° M. Desfossés, élève externe des hôpitaux de Paris, pour son pèse-bébés.

Quant au prix Châteauvillard, la commission, composée de MM. Regnauld, président, Gosselin, Depaul et Sappey, rapporteur, a décidé que ce prix, d'une valeur de 2,000 francs, serait partagé entre MM. les docteurs Giraud-Teulon, pour son ouvrage intitulé : « La vision et ses anomalies », et Cadiat, professeur agrégé, pour son « Traité d'anatomie générale ».

— Le prix de médecine navale pour l'année 1882 a été décerné, à l'unanimité, à M. Orgéas, médecin de deuxième classe. Des témoignages de satisfaction ont été, en outre, accordés à MM. Martineng, Chastang, Dupont, Kuenemann et Talairach.

— MM. Dauvin, médecin de première classe de la marine, et Defaut, médecin de deuxième classe de la marine, ont été admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

— Un concours s'ouvrira, le 1er juin 1883, à l'École du Val-de-Grâce, pour quatre emplois de professeur agrégé. Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées, savoir : clinique chirurgicale, clinique médicale, hygiène et médecine légale militaires, maladies et épidémies des armées.

Les épreuves du concours seront déterminées ainsi qu'il suit, et continueront d'être exécutées conformément aux prescriptions de la décision ministérielle du 6 avril 1878 :

Concours de chirurgie. — 1° Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale, tirée particulièrement des lésions obser-

vées aux armées ; 2° préparation d'une région anatomique, description de cette région, indication des applications de pathologie interne ou externe, et de médecine opératoire qu'elle comporte ; 3° examen clinique de deux malades blessés, atteints : l'un d'une lésion aiguë ; l'autre, d'une affection chronique ; un de ces deux malades sera choisi parmi les sujets atteints d'une maladie des yeux, des oreilles ou du larynx. Leçon sur ces deux cas ; 4° pratique de deux opérations chirurgicales, avec appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rattachent. Pansements, application des bandages et appareils.

Les deux premières épreuves sont éliminatoires.

Concours de médecine. — 1° Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire ; 2° leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaires ; 3° examen clinique de deux malades fiévreux, atteints : l'un d'une maladie aiguë ; l'autre, d'une affection chronique. Leçon sur les deux cas observés ; 4° autopsie cadavérique avec démonstration médico-légale, s'il y a lieu, des lésions qu'elle révèle. Examen macroscopique et microscopique des pièces anatomiques.

Les deux premières épreuves sont éliminatoires.

Conformément à la décision ministérielle du 4 février 1881, les médecins-majors de première et de deuxième classe seront seuls admis à prendre part au concours. Les médecins militaires en possession de l'un de ces deux grades, qui désireront concourir, adresseront au ministre de la guerre une demande qui devra, sous peine de rejet, être revêtue de l'avis motivé de leurs chefs. Cette demande, qui indiquera la spécialité pour laquelle se présentera le candidat, sera transmise au ministre, par la voie hiérarchique, avant le 1er mai 1883, terme de rigueur.

— Par décision en date du 17 janvier 1883, M. Bréau (Jean-André-Robert), médecin-major de deuxième classe, maintenu temporairement au bataillon du 70e régiment d'infanterie rentré d'Algérie, est affecté provisoirement à la portion principale dudit régiment, à Vitré.

— Par décrets en date des 6 et 18 janvier 1883, MM. Rizet, médecin principal de première classe de l'armée active, de Schuttelaëre et Peigné, médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale : le premier au grade de médecin principal de première classe ; le second au grade de médecin-major de première classe. — Emplois vacants par organisation.

— La réunion annuelle de la Société amicale des Périgourdins aura lieu le lundi 22 juin prochain, à sept heures, au Grand-Hôtel, sous la présidence de M. le professeur Parrot, membre de l'Académie de médecine. Le prix de la souscription est fixé à 15 francs. Envoyer son adhésion à M. Cottineau, 9, boulevard de la Madeleine, ou au Grand-Hôtel.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13951.

N° 9. — MARDI 23 JANVIER 1883. 56e ANNÉE. MARDI 23 JANVIER 1883. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. De la chlorose. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Lipome calcifié congénital. — PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. Expériences relatives aux troubles de la motilité produits par les lésions de l'appareil auditif. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — VARIÉTÉS. Un maître ignoré. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

De la chlorose (1).

II

Dans la dernière leçon je vous ai parlé de l'aspect extérieur des chlorotiques et de la symptomatologie, du moins quant aux troubles digestifs, vasculaires et respiratoires.

Pour terminer ce qui a rapport aux symptômes de la chlorose, il me reste à vous entretenir aujourd'hui des troubles nerveux, des troubles génitaux et des troubles urinaires.

L'innervation est assez profondément troublée chez les chlorotiques. C'est d'abord de la céphalalgie, douleur fixe localisée en un point ou s'étendant en bandeau et étreignant la tête, ou bien encore c'est une lourdeur de la tête. De plus, les malades se plaignent fréquemment d'éprouver, sous la moindre influence, de véritables névralgies faciales ou intercostales, névralgies tenaces, persistantes, qui ne disparaissent qu'avec la maladie elle-même dont elles proviennent, avec la chlorose.

Les chlorotiques éprouvent aussi comme des étourdissements, et croient de temps à autre qu'ils vont tomber ; ils ont des éblouissements, ils se plaignent de bourdonnements insupportables dans les oreilles, phénomènes qui peuvent aller jusqu'à déterminer de véritables syncopes et tiennent à l'anémie cérébrale en rapport avec les troubles vasculaires. C'est ainsi que l'on voit des chlorotiques se trouver mal à chaque instant, ou se tenir à un meuble ou à la muraille de peur de tomber.

Il existe aussi fréquemment des troubles oculaires, une faiblesse de la vue, parfois encore certaines altérations dans la vision des couleurs, mais cet accident est bien plus du ressort de l'hystérie que de la chlorose proprement dite. Enfin, dans cette dernière, on trouve comme un signe de l'affaiblissement général, une dilatation de la pupille, une contractilité moindre.

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 janvier 1883.

Le caractère des chlorotiques est généralement modifié, il y a une sorte de paresse intellectuelle, de langueur de la pensée, en même temps qu'il existe une véritable paresse musculaire. Aussi est-il nécessaire de lutter énergiquement contre ces phénomènes en obligeant les malades à marcher, à faire quelque exercice. Ils sont aussi très enclins à la tristesse, à la mélancolie; d'autres fois ils sont irascibles ; ils sont tourmentés par des rêves pénibles, par des cauchemars qui les plongent dans un grand effroi.

Quelques auteurs ont parlé de troubles plus profonds, de convulsions, d'altération de l'intelligence, d'hallucinations de l'ouïe et de la vue, mais c'est exagéré, et ces différents troubles appartiennent bien plus à l'hystérie qu'à la chlorose comme les troubles oculaires que nous indiquions tout à l'heure.

Du côté de l'appareil génital de la femme, on observe toujours des troubles fonctionnels plus ou moins considérables. Ainsi les règles sont altérées dans leur régularité, dans leur quantité et dans leurs qualités. L'aménorrhée est fréquente, en effet, chez les femmes chlorotiques qui peuvent rester depuis deux mois jusqu'à une année et plus sans avoir leurs règles. Mais les troubles fonctionnels sont surtout caractérisés par des modifications dans la quantité du flux menstruel. C'est ainsi que nombre de femmes, atteintes de chlorose, n'ont leurs règles que pendant une demi-journée ou pendant un ou deux jours seulement. Enfin les qualités du sang ne sont plus les mêmes; le sang est plus clair, parfois même tellement décoloré qu'il ne contient, pour ainsi dire, plus d'hémations et que les femmes ont leurs règles en blanc.

Dans certains cas, au contraire, la menstruation est réellement hémorragique, les femmes ont de véritables ménorrhées qui durent quatre, cinq jours et davantage même, comme si la présence d'un excès d'eau dans le sang, diminuant sa plasticité, favorisait sa sortie des vaisseaux. Mais ce sang, dans l'un et l'autre cas, est toujours pâle, décoloré, aqueux.

Il y a là une sorte de cercle vicieux, les femmes perdant plus de sang parce qu'elles sont plus chlorotiques et devenant d'autant plus chlorotiques qu'elles perdent plus de sang.

A ces troubles menstruels nous devons ajouter le fait d'une leucorrhée séreuse, aqueuse, colorant légèrement le linge en blanc ou en gris, et non plus en vert ou en jaune, comme dans les affections vaginales.

De plus, la grossesse est rare dans la chlorose ; les chlorotiques ont une tendance à rester stériles ; aussi, lorsqu'elles

deviennent enceintes, peut-on considérer le fait comme une preuve d'amélioration dans leur état général.

Quant aux fonctions urinaires, elles sont assez souvent troublées, et les altérations sont généralement si caractéristiques qu'elles permettent quelquefois à elles seules de diagnostiquer la chlorose. En effet, les urines, normales encore comme quantité, sont pâles, et en apparence aqueuses, phénomène qui coïncide avec une diminution des matériaux solides qu'elles doivent normalenent renfermer. De là une densité moindre, tombant de 1015 ou 1025, chiffre normal, à 1010, 1008, 1006 et même parfois plus bas encore. C'est là un caractère très tranché des urines chez les chlorotiques. De plus, l'acide nitrique leur donne, au fond du verre, une coloration rosée, franche et d'autant plus vive que les urines sont plus pâles. Cette teinte est due à la présence de l'hémation, qui résulte de la destruction des globules du sang et du passage de leur matière colorante dans les urines. La quantité normale des sels, des phosphates et du chlorure de sodium est également diminuée, en même temps que l'on constate la présence de l'indicant, surtout si les chlorotiques éprouvent des troubles digestifs.

Maintenant que nous venons de passer en revue les différents troubles fonctionnels que l'on peut observer chez les sujets chlorotiques, en un mot toute la symptomatologie de la chlorose, étudions la marche, la durée et la terminaison de cette affection.

La chlorose débute toujours insidieusement et ne s'accentue positivement qu'au bout d'un certain temps, soit de quelques mois. Elle débute par de la céphalalgie, par des étourdissements, par une certaine paresse dans la digestion. Dans quelques cas, cependant, il semble qu'elle apparaisse, pour ainsi dire, brusquement, à la suite d'une émotion morale, violente, pour s'accentuer promptement au bout d'une quinzaine de jours.

Quoi qu'il en soit, c'est une maladie de longue durée, persistant pendant des mois, voire même pendant des années. Il y a des femmes qui restent plus ou moins chlorotiques toute leur vie, c'est-à-dire depuis l'âge de quinze ans jusqu'à quarante et des années. Cependant la chlorose est une maladie qui guérit, tout en étant facilement sujette à récidiver même plusieurs fois de suite. La guérison est donc sa terminaison la plus ordinaire, après un traitement prolongé pendant des semaines et des mois. Je ne dis pas que la chlorose se termine toujours ainsi, parce que, dans cette variété spéciale à laquelle les Allemands ont donné le nom d'anémie pernicieuse, et qui pour moi est autre chose qu'une chlorose grave, la mort peut survenir.

Alors les troubles digestifs se sont considérablement accentués, s'accompagnant de vomissements et de diarrhée; l'affaiblissement est progressif et tous les accidents coïncident avec une hydrémie véritable; ce sont une pâleur excessive, de la bouffissure de la face, de l'œdème des extrémités, en un mot une véritable anasarque. Puis, la faiblesse augmentant de jour en jour, les malades succombent soit pour ainsi dire en s'éteignant peu à peu, soit dans une syncope finale. D'autres fois ils sont emportés par quelque maladie intercurrente : pleurésie, pneumonie, fièvre typhoïde, contre laquelle l'économie n'offre plus une résistance suffisante.

Mais, je le répète, cette terminaison de la chlorose est relativement rare.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Lipome calcifié congénital.

Par M. le Dr L. Briolle.

La nommée R... habite aux environs d'Avignon, sur la rive droite du Rhône, une campagne où elle est née. Son père est mort dans cette campagne, à l'âge de soixante-quinze ans, des suites d'une pneumonie; sa mère y vit encore, ses frères et sœur ne l'ont jamais quittée et sont tous bien portants. Elle-même a trente-cinq ans et ne se rappelle pas avoir jamais été sérieusement malade. Mariée à vingt ans, elle n'a jamais eu qu'une seule grossesse qu'elle a menée à bien. L'enfant qu'elle mit au monde ne put jamais téter et finalement mourut d'athrepsie à l'âge d'un mois. Un fait digne de remarque : l'enfant avait, dit-on, sur la tête, la tumeur que la mère portait sur les fesses.

Cette tumeur, pour laquelle la femme R... vient me consulter, est congénitale. Grosse comme une aveline au moment de la naissance, et située alors sur la ligne médiane du sacrum, elle fut prise d'abord pour un spina-bifida. Développée d'une façon régulière, mais sans rapport direct avec les diverses fonctions physiologiques qui ont toutes évolué normalement, elle a toujours été caractérisée par une indolence complète. Peu à peu, ce qui n'était qu'une gêne plus ou moins grande a fini par devenir incompatible, sinon avec la vie, du moins avec l'existence.

A cette heure, la tumeur représente une masse ovoïde ou pyriforme à grande extrémité dirigée au dehors. Partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, elle s'étend transversalement sur une longueur de 47 centimètres sur toute la région fessière gauche et en grande partie sur la région fessière droite; elle mesure à peu près 25 centimètres en hauteur et en profondeur. La peau qui la recouvre est parfaitement saine; les veines sous-cutanées sont seulement un peu dilatées. La mobilité sur les parties sous-jacentes est facilement appréciable; mais aucun battement sensible n'est perçu au lieu d'implantation qu'il est impossible d'ailleurs de délimiter exactement. A la palpation, on est tout étonné de reconnaître, au milieu de parties molles mais résistantes, trois grosses masses séparées par deux petits sillons, d'une consistance manifestement osseuse.

Si maintenant l'idée de spina-bifida était facilement rejetée, cette exclusion ne rendait pourtant pas le diagnostic plus facile. Avait-on affaire à une inclusion fœtale ou une néoplasie particulière? L'opération seule pouvait lever tous les doutes; comme elle était impérieusement réclamée, en l'absence de toute contre-indication formelle et en considération des conditions hygiéniques du milieu qui étaient excellentes, elle fut fixée au jeudi 19 octobre 1882.

J'ai décrit une incision semi-elliptique sur la partie supérieure de la tumeur de manière à avoir un lambeau qui ne représentât pas exactement la surface à recouvrir. Quittant le couteau, j'ai dû placer cinq pinces hémostatiques. Décrivant ensuite une incision analogue sur la partie inférieure, je parvins ainsi à circonscrire toute la tumeur. Deux nouvelles pinces sont placées, et une dissection assez longue, quoique facile, a finalement raison de cette masse énorme qui se détache au soulagement d'un chacun.

Les artères liées, la toilette de la plaie achevée, je rapproche les lambeaux qui se trouvent un peu courts, je les fixe par dix points solides de suture disposés de manière à réaliser une compression rigoureuse sur tout leur parcours, et je fais sur le léger sillon qu'ils interceptent un simple pansement à plat.

Les suites de l'opération ne méritent aucune mention spéciale. Une fièvre traumatique (150 pulsations) se déclare incontinent pour se calmer progressivement au fur et à mesure que la cicatrisation s'opère. Quatre jours après, l'opérée était hors de danger. Dix jours après, la réunion immédiate était assurée.

La tumeur a pesé 5,540 grammes. Point d'enveloppe kystique,

point de cavité intérieure, pas la moindre complexité anatomique. C'était toujours invariablement le même tissu, tissu adipeux de couleur blanc jaunâtre qui ternissait la lame du scalpel; cette graisse, déposée molécule à molécule, était emprisonnée sous forme de petits lobules, dans une trame de tissu conjonctif dont les cellules plasmatiques avaient déjà subi un commencement de dégénérescence crétacée. C'est ce qu'indiquait la couleur nacrée du tissu conjonctif, mais surtout le cri que faisait entendre le scalpel qui le traversait.

La réunion de tous ces petits lobules constituait des lobes de grosseur variable réunis alors par une enveloppe cellulaire plus ou moins lâche dans les plis de laquelle on reconnaissait les vaisseaux qui assuraient l'entretien et le développement de la tumeur.

Ces lobes étaient au nombre d'une quinzaine. Ce qui leur donnait un intérêt particulier, c'était la présence, dans leur intérieur, de petits îlots de volume différent et de consistance variable. Dans les uns, de la grosseur d'un pois, le dépôt crétacé formait une légère croûte sous laquelle se trouvait un liquide lactescent assez abondant qui rappelait un peu la matière sébacée; dans les autres, d'un volume moyen, la couche enveloppante était assez dure et assez épaisse à la fois; le contenu, d'un volume sensiblement égal au contenant, avait une consistance franchement caséeuse; les derniers, enfin, du volume généralement d'un œuf de pigeon, étaient complètement constitués par du tissu calcifié avec quelques rares vacuoles au centre, remplies d'une espèce de mastic ou mieux de dépôt terreux.

La masse centrale, la charpente de la tumeur sur laquelle la palpation faisait reconnaître les deux petits sillons, est un produit pathologique aussi rare que curieux par son volume qui est considérable et son poids qui atteint 1,300 grammes; mais force est d'avouer que sa nature est la même que celle d'un des derniers îlots que j'ai décrits.

En résumé, cette tumeur énorme était constitué par du tissu graisseux qui représentait les trois quarts de son volume et par une matière ossiforme qui représentait les trois quarts de son poids.

L'acide osmique a donné à la cellule adipeuse sa réaction caractéristique; le microscope n'a jamais fait découvrir, si fine que fût la coupe transversale de l'îlot, ni ostéoplastes ni canalicules de Havers.

Il n'était pas besoin, à coup sûr, d'une nouvelle preuve, pour démontrer la facilité avec laquelle le tissu graisseux obéit à la loi d'hétérotopie plastique; il y aura peut-être quelque intérêt à apprendre que son incrustation, pour ne pas dire son envahissement par les sels calcaires, ne contredit nullement cette loi.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Expériences relatives aux troubles de la motilité produits par les lésions de l'appareil auditif (1).

Par M. le professeur Vulpian.

Les troubles du mouvement déterminés par les lésions de l'oreille interne ont été étudiés par un grand nombre d'expérimentateurs depuis qu'ils ont été découverts par Flourens. Ils sont plus difficiles à provoquer chez les mammifères que chez les oiseaux, et c'est pour cela que la plupart des expériences relatives à ces phénomènes morbides ont été pratiquées sur ces derniers animaux.

On peut cependant obtenir, sur les mammifères, des effets aussi accusés que chez les oiseaux, en introduisant certains liquides dans l'oreille. Il est impossible, il est vrai, d'analyser par ce procédé, comme l'a fait Flourens, les résultats des lésions de telles ou telles parties de l'oreille interne. Mais l'influence des altérations de l'ensemble de ces parties sur l'équilibration des mouvements se manifeste, chez les mammifères mis ainsi en expérience, avec une netteté et une intensité qui méritent, je crois, d'être signalées.

Si l'on verse dans une des oreilles d'un lapin quelques gouttes d'une solution aqueuse de chloral hydraté à 25 grammes pour 100, il n'y a, en général, sur le moment même, qu'une faible irritation des parties touchées. Cette irritation se traduit par un peu d'agitation; quelquefois l'animal semble n'avoir éprouvé aucune sensation. L'oreille dans laquelle on a versé de la solution aqueuse de chloral est pendante presque dès le début.

Ce n'est qu'au bout de douze à quinze minutes qu'apparaissent les troubles du mouvement. L'animal est tremblant et titubant; sa tête oscille de droite à gauche et *vice versâ;* les membres se meuvent avec incertitude, et de temps à autre, surtout si on l'excite, le lapin tombe sur l'un ou l'autre de ses flancs, principalement sur le côté de l'opération. Un peu plus tard, la tête a subi une rotation assez prononcée autour de l'axe du cou, de telle sorte que la joue du côté opéré soit dirigée en bas vers le sol et l'autre joue en haut. A ce moment, l'animal commence à tourner un peu en marchant, du côté sain vers le côté opéré, en manège. Il peut ne pas se produire d'engourdissement chloralique bien reconnaissable (1). Il y a, par moment, une sorte de rhonchus trachéo-bronchique. Les muscles de la face ne tardent pas à s'affaiblir du côté opéré.

Au bout de quelques heures, les troubles du mouvement sont des plus accusés, et le lendemain ils ont acquis leur maximum d'intensité. La rotation de la tête est devenue plus forte. L'animal tourne en roulant sur lui-même avec impétuosité. Ce mouvement est aussi violent que celui qui est produit par les lésions d'un des pédoncules moyens du cervelet. Le lapin se déplace ainsi, son train postérieur étant dirigé vers l'observateur du côté sain vers le côté opéré. Après quelques rotations autour de son axe longitudinal, l'animal s'arrête, la tête tournée comme il a été déjà dit, l'œil du côté non opéré regardant en haut, tandis que l'autre œil est dirigé en bas. Les deux yeux exécutent des mouvements étendus de nystagmus vertical. Il n'y a pas le moindre indice de paralysie des membres, mais les muscles de la face du côté opéré sont paralysés. Dès que l'animal cherche à se déplacer ou chaque fois qu'on l'excite, le mouvement de rotation autour de l'axe du corps (roulement) se reproduit avec les mêmes caractères.

Les phénomènes morbides conservent leur intensité pendant plusieurs jours, puis ils vont en s'affaiblissant peu à peu. La paralysie faciale persiste, tout aussi complète que le lendemain de l'opération.

Un des animaux opérés a succombé au bout de quelques jours, en grande partie par inanition, parce que la déviation de sa tête l'empêchait de saisir facilement ses aliments. On avait constaté sur lui, comme on l'a vu aussi sur d'autres lapins opérés de même, que l'oreille, du côté non opéré, offrait aussi un certain degré de congestion et d'irritation. On y trouvait un peu de pus, mais l'inflammation n'avait pas pénétré plus loin que le fond du conduit auditif externe. Du côté opéré, au contraire, il s'était fait une destruction de la membrane du tympan; l'oreille moyenne était remplie de pus; les cavités de l'oreille étaient extrêmement congestionnées et les membranes y étaient aussi en voie de suppuration. L'examen de la surface interne du crâne, de la dure-mère, des autres membranes sous-jacentes et des diverses parties de l'encéphale n'a pas révélé la plus légère lésion, pas même la moindre congestion locale. Le nerf facial du côté de l'opération était, dans tous les points, en voie d'altération.

Sur un lapin, on a versé quelques gouttes de solution aqueuse de chloral hydraté dans chacune des deux oreilles. Le développement des accidents morbides n'a pas été plus rapide que dans les cas où l'on n'agissait que sur une seule oreille; mais ces accidents n'ont plus été les mêmes. On a bien observé, au bout d'un

(1) Académie des sciences. — Séance du 8 janvier 1883.

(1) L'introduction d'une petite quantité de chloral anhydre dans une des oreilles, chez un lapin, détermine bientôt un engourdissement chloralique plus ou moins profond, comme on pouvait le prévoir d'après les recherches de M. Brown-Séquard.

quart d'heure, un peu de titubation de l'animal; mais, un peu plus tard, au lieu d'une tendance à la rotation en manège, on constatait une tendance à renverser la tête en arrière et à marcher à reculons. La tête ballottait à droite et à gauche, beaucoup plus que chez les animaux dont il a été jusqu'ici question. Ces phénomènes se sont accentués encore plus le lendemain et les jours suivants; mais il n'y a pas eu de rotation autour de l'axe longitudinal. Trois jours après l'opération, l'animal tournait parfois autour de son train postérieur, en rayon de roue, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, suivant qu'on l'avait poussé dans un sens ou dans un autre. Dès qu'il s'arrêtait, il vacillait fortement sur lui-même pendant quelques instants; il n'offrait pas de nystagmus : les deux côtés de la face étaient paralysés.

Les mêmes expériences répétées sur des chiens et sur un cobaye n'ont donné que des résultats bien peu nets, comparativement à ce qu'on avait observé chez les lapins. Il y a là des différences de résistance des membranes de l'appareil auditif à la pénétration des liquides irritants, qui suffisent sans doute à expliquer les dissemblances de l'action du chloral hydraté chez ces divers animaux.

Les expériences faites à l'aide du chloral hydraté sur l'oreille des lapins permettent donc d'assister à l'évolution des troubles moteurs déterminés par les lésions irritatives de l'appareil auditif. On voit ces troubles devenir de plus en plus marqués à mesure que l'agent irritant pénètre de plus en plus profondément, et l'on constate que ces troubles acquièrent une grande violence lorsque les cavités de l'oreille interne sont atteintes à leur tour. D'après les nombreuses expériences que j'ai faites par d'autres procédés pour étudier ces phénomènes morbides chez diverses sortes de mammifères, il me paraît même vraisemblable que les premières modifications bien nettes de l'équilibration des mouvements sont déjà dues, chez les lapins opérés à l'aide du chloral, à l'action du chloral sur l'oreille interne. On doit admettre que cette substance traverse très rapidement par imbibition la membrane du tympan et se met en rapport, par l'intermédiaire des membranes de la fenêtre ovale et de la fenêtre ronde, avec les canaux semi-circulaires et le limaçon. L'intensité croissante des troubles moteurs a sans doute pour cause l'augmentation progressive de l'irritation de ces parties profondes, et, en particulier, du vestibule et des canaux semi-circulaires.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 janvier 1883. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

COMMUNICATIONS

Inoculation de la syphilis chez le singe. — M. MARTINEAU, à l'occasion du procès-verbal, présente, à l'appui de la note qu'il a lue dans la dernière séance, sur la communication de la syphilis au singe, un moule fait par M. Jumelin et qui représente la verge du singe avec ses deux chancres indurés. On se rappelle que l'inoculation a été pratiquée le 16 novembre, que le chancre est apparu le 14 décembre, ce qui fait 28 jours d'incubation. Le 26 décembre, c'est-à-dire le douzième jour après l'apparition du chancre, la coloration grisâtre disparaissait et était remplacée par la coloration rouge sombre, jambonnée, qu'on observe habituellement à la même époque chez l'homme. La cicatrisation se fait régulièrement et est complète le 9 janvier, c'est-à-dire le cinquante-cinquième jour de l'inoculation.

En résumé, donc, 28 jours d'incubation, 27 jours d'évolution, comme cela a lieu chez l'homme, quand le chancre n'est pas soigné.

Autre fait : Ce singe a présenté d'abord l'adénopathie inguinale, puis l'adénopathie généralisée, exactement comme cela a lieu chez l'homme. Enfin, le 10 janvier, apparurent sur la verge des syphilides érosives ou plaques muqueuses. On sait que, chez l'homme, c'est également vers la huitième semaine qu'apparaissent les accidents secondaires.

COMMUNICATIONS

Hémiplégie, aimantation. — M. GINGEOT lit une observation ayant pour titre : *Hémiplégie motrice avec hémianesthésie sensorielle et sensitive du même côté, traitée avec succès par l'emploi des aimants.* Il s'agit d'une femme de cinquante-sept ans qui, en 1881, eut de la céphalalgie, des vertiges et un ictus apoplectique qui laissa une paralysie du côté droit du corps. Ces symptômes se dissipèrent peu à peu, et la malade était complètement rétablie quand, vers le mois d'août, elle sentit son côté droit s'affaiblir de nouveau. Le 28 août, elle entre à l'hôpital Saint-Antoine avec une hémiplégie faciale, le membre supérieur droit complètement paralysé, le membre inférieur du même côté moins atteint. La sensibilité générale est compromise sur les mêmes régions; l'odorat, le goût et l'ouïe sont abolis ou troublés du côté droit. Il y a une dyschromatopsie très prononcée. Les purgatifs, le bromure de potassium, restent sans résultats. Un aimant en fer à cheval est placé sur l'avant-bras droit; la sensibilité revient en partie sur ce membre; un second aimant est placé sur la face externe de la cuisse. La céphalalgie persiste, mais les mouvements deviennent possibles et de plus en plus faciles; la dyschromatopsie disparaît à son tour; la céphalalgie finit également par disparaître et une guérison définitive ne tarde pas à s'accomplir.

Ce fait vient à l'appui de plusieurs autres analogues présentés par M. Debove, etc., et dans lesquels la guérison de l'hémiplégie par les aimants n'a été obtenue qu'à la condition que cette hémiplégie s'accompagnât d'hémianesthésie.

L'épidémie de fièvre typhoïde d'Auxerre. — M. FÉRÉOL fait un rapport sur la communication de M. Dionis des Carrières relative à l'épidémie de fièvre typhoïde (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1882, p. 1141). Il admet, avec lui, que ce sont bien les eaux potables, contaminées, qui ont été ici la cause de l'épidémie. Il faut donc exiger de la part des conseils d'hygiène la plus grande surveillance relativement à la distribution des eaux potables dans les villes. En outre, il est une précaution prophylactique qu'on ne saurait trop recommander et qui consiste, en temps d'épidémie, à faire bouillir l'eau qui doit servir à la boisson. C'est là un procédé préférable à l'emploi des eaux minérales dont l'abus ou l'usage trop longtemps prolongé peut amener des accidents; M. Féréol en a observé un assez grand nombre.

Faut-il conclure de la communication de M. Dionis des Carrières que toutes les épidémies de fièvre typhoïde peuvent s'expliquer par les eaux potables? Non, certes; il faut bien admettre, dans certains cas, l'évolution spontanée de la fièvre typhoïde, soit pour des cas isolés, comme celui de la jeune femme qui, dans la communication de M. Dionis, a été la cause inconsciente et irresponsable de l'épidémie d'Auxerre. Il faut également tenir compte des épidémies se développant sous l'influence d'un certain nombre de mauvaises conditions hygiéniques, telles que l'encombrement, la malpropreté, le surmenage. Mais il n'en est pas moins vrai qu'un grand nombre d'observations analogues à celle de M. Dionis des Carrières prouvent que, dans bon nombre de cas, c'est dans les eaux potables qu'il faut rechercher la cause des épidémies de fièvre typhoïde.

M. Féréol propose, en terminant, d'inscrire M. Dionis des Carrières sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. (Adopté.)

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Notre collègue M. Féréol dit avoir observé des troubles chez quelques personnes faisant un usage prolongé des eaux minérales naturelles. Quelles sont celles de ces eaux qu'il considère comme les plus nuisibles?

M. FÉRÉOL. C'est surtout l'eau de Vichy, c'est aussi, mais moins, l'eau de Saint-Galmier. L'eau de Vals Saint-Jean est celle qui, à ce point de vue, semble avoir le moins d'inconvénients.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Parmi ces eaux dites naturelles, il en est auxquelles on ajoute de grandes quantités d'acide carbonique, comme, par exemple, l'eau d'Apollinaris qui est le type des eaux gazeuses artificielles. Or toutes ces eaux gazeuses, par suite des fermetures qu'elles exigent, contiennent du plomb, comme l'a

démontré M. Gautier. Toutes ces eaux peuvent être nuisibles par la présence du plomb.

M. DESNOS. Quand on fait usage d'eau contenant de grandes quantités d'acide carbonique, on observe des vertiges, des troubles qui sont bien réellement le résultat de l'injection de trop grandes quantités d'acide carbonique.

M. FÉRÉOL. Les accidents que j'ai observés étaient très légers et ont cessé aussitôt avec la suppression des eaux minérales. Je n'ai jamais constaté, dans ces cas, d'accidents saturnins.

M. LABBÉ, ayant observé chez un malade des accidents saturnins dont il ne pouvait trouver la cause, finit par découvrir que le malade, limonadier, buvait de grandes quantités de bière passant par des tuyaux contenant trois quarts de plomb pour un quart d'étain.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un maître ignoré (1).

Par M. le docteur Constantin Paul.

Le dix-neuvième siècle a vu disparaître le dernier des savants encyclopédistes, j'entends par là ces savants qui réunissaient dans leur vaste intelligence tout ce que les lettres, les sciences et les arts avaient acquis de leur temps. S'ils ne possédaient toutes ces connaissances dans leurs détails, ils avaient, du moins, des idées nettes sur leurs principes, leurs vérités fondamentales et leurs méthodes.

Ils ne les cultivaient pas toutes également; les uns étaient plus lettrés que savants, les autres plus savants qu'artistes, mais tous, au lieu de se confiner dans une seule branche, les embrassaient toutes, et chaque découverte particulière était mise à sa place dans un ensemble régi par des conceptions supérieures ou métaphysiques.

Ces géants, dont Cuvier nous racontait les hauts faits pour le siècle dernier et Flourens pour nos contemporains, nous rappelaient à nous autres, simples étudiants, ce temps dont parle le poète :

... Où le ciel sur la terre
Marchait et respirait dans un peuple de dieux.

Si ces hommes universels ont disparu, ce n'est pas que la génération actuelle leur soit inférieure. Mais on a découvert tant et tant de pays, que, si haut que l'on monte, l'œil humain ne peut plus tout regarder d'ensemble.

En effet, c'est le propre de la science que plus elle grandit, plus elle éloigne du savant l'horizon qu'il peut entrevoir.

On disait que Biot, au commencement de ce siècle, avait été le dernier représentant de cette classe de savants; on aurait pu aller jusqu'au milieu du siècle et dire que la race n'en était pas éteinte tant que J.-J. Bouley vivait encore.

J.-J. Bouley, fils de Jean-François Bouley, vétérinaire distingué, membre de l'Académie de médecine, et frère de M. H. Bouley, inspecteur général des écoles vétérinaires et membre de l'Institut, est né à Paris, le 20 mars 1813; il fit ses études au collège Rollin.

Une fois élève en médecine, en 1832, puis interne des hôpitaux, il donna libre carrière à son goût pour l'érudition et en fournit une première preuve éclatante dans sa thèse inaugurale intitulée : *De la nature de la goutte*, soutenue le 17 juillet 1841.

J.-J. Bouley fut d'abord un lettré : il possédait à fond la littérature ancienne et les langues classiques; il lisait le grec dans tous ses dialectes et connaissait même le sanscrit.

Il cultivait également les langues contemporaines et parlait volontiers des littératures anglaise et allemande. Cette dernière langue, il la possédait à fond; il y suivait avec intérêt l'exégèse et, sur les derniers temps de sa vie, désireux de connaître par lui-même la valeur de cette critique théologique, nous lui vîmes apprendre l'hébreu.

L'archéologie l'intéressait vivement, et constamment il nous parlait des travaux de Burnouf et de la lecture des inscriptions.

Il aimait beaucoup les arts, surtout l'architecture, la peinture et la sculpture.

Il possédait le Louvre à fond et, sans sortir de son cabinet, sans avoir jamais voyagé, il connaissait toutes les œuvres remarquables que l'Europe renferme, et il étonnait ses amis quand, au retour de leurs voyages, il leur parlait, comme s'il les avait vues lui-même, des œuvres qu'ils avaient été admirer et des lieux où ils les avaient trouvées (1).

Il avait joué du violon autrefois, avait, pendant longtemps cultivé la musique italienne et française, et suivait assidûment le Conservatoire, qui lui faisait connaître la musique symphonique allemande. Aucun art ne lui était étranger : il avait étudié jusqu'aux règles de la danse et avait même un certain respect pour l'art de la cuisine.

Dans les sciences, il avait suivi Stourm jusqu'à ses dernières découvertes et, de temps en temps, il se reprenait d'une passion pour les mathématiques et s'enfonçait pendant plusieurs mois dans le calcul intégral et différentiel.

Il suivait avec intérêt les progrès de la physique, admirait Regnault et profitait de l'amitié de Berthelot pour se faire tenir au courant des derniers progrès de la chimie.

Son ami le plus intime était Claude Bernard, dont il admirait la méthode rigoureuse et l'habileté opératoire si ingénieuse et si sûre. A chacune de ses découvertes, Claude Bernard le conviait à venir au Collège de France, où il répétait l'expérience devant lui, très préoccupé de ce qu'il en penserait. A chaque invitation, je l'entendais dire : « Il faut que nous allions voir ça »; et j'avais souvent l'honneur et le bonheur de l'accompagner. Je le vois encore assis devant la table d'expérience, les mains appuyées sur sa canne à bec-de-corbin, attentif et ardent comme un jeune homme. Et Claude Bernard lui demandant, après la réussite de l'expérience, ce qu'en penseraient les philosophes, je l'entendis répondre : « Certain philosophe commencerait par dire : Je reconnais le fait comme exact; mais, après tout, il n'est pas en contradiction avec mon système : je dirai même qu'il y est implicitement contenu, et ce n'en est même qu'une conséquence logique. »

En histoire naturelle, il nous ramenait toujours à Lamarck et nous initiait ainsi, en précurseur, à comprendre et à accepter les grandes vues de Darwin sur l'évolution et la lutte pour l'existence. Il nous mit de même au courant, dès les premiers jours, de cette grande loi physique, la plus grande du siècle : la transformation des forces physiques en forces équivalentes.

Je viens de parler de son admiration pour l'idée de la marche des phénomènes, du développement et de l'*évolution*. C'est qu'en effet, J.-J. Bouley, très admirateur d'Aristote et de Kant, était, au fond, hégélien.

De même qu'il m'avait forcé à étudier à nouveau la *Critique de la race pure*, il m'avait fait lire en entier l'*Esthétique* d'Hégel.

Cette idée de l'évolution était pour lui fondamentale, et lorsque, en 1843, il fut nommé médecin des hôpitaux, il entreprit d'écrire un traité de pathologie générale dans lequel le caractère fondamental des maladies était leur évolution, leur génie propre, comme il l'appelait. C'était, en effet, une grande conception, bien supérieure à celle de l'école organicienne ou de la Société médicale d'observation, qui n'établissait qu'un inventaire et une sorte de protocole immobilisant les phénomènes; tandis que l'idée d'évolution, comprenant à la fois l'idée de cause, par suite la marche fatale de chaque espèce morbide, devançait ainsi le déterminisme actuel et donnait à la pathologie une vie nouvelle que personne n'avait encore entrevue.

(1) Nous sommes heureux de reproduire cette délicate étude que M. le docteur Constantin Paul a placée en tête de son remarquable livre : *Diagnostic et traitement des maladies du cœur*, qui vient de paraître à la librairie Asselin, et sur lequel nous aurons prochainement à revenir.

(1) Noël Gueneau de Mussy. — Discours prononcé sur la tombe.

Cette étude de l'évolution de la maladie lui permettait de donner à chaque affection particulière sa place dans l'évolution des maladies chroniques, et son regard profond et sûr nous montrait la marche de la maladie chronique là où Piorry et l'école organicienne ne voyaient que des affections successives sans aucun lien entre elles.

Aussi, en pathologie, ses études de prédilection se portaient surtout sur les maladies constitutionnelles qui, tout en changeant, dans leur évolution, de siège organique et de processus pathologique, n'en avaient pas moins une unité qu'il savait retrouver.

Au lit du malade, J.-J. Bouley avait une sûreté de coup d'œil remarquable, il savait immédiatement saisir le caractère dominant.

Le premier, certainement, il comprit l'importance des travaux de Traube sur la température.

En 1858, alors que j'étais son interne, il m'apporta un thermomètre pour prendre les observations ; et pour avoir des températures rigoureuses, il avait choisi un thermomètre-étalon ; mais cet instrument, long et fragile, se déplaçait constamment et ne nous donnait que des résultats inexacts. Il fallait le tenir à la main pendant vingt minutes pour avoir un chiffre vrai. Ce n'était pas pratique, il fallut y renoncer. Quelques années après, j'allai en Allemagne, je vis la méthode de Traube largement mise en pratique, à Leipzig, par Wunderlich : je rapportai les travaux de ce clinicien. Nous fîmes venir des thermomètres de Leyser, construits pour cet usage spécial, et nous nous mîmes à relever les températures.

Bien que tout le monde ignore, en France, que c'est ainsi que l'étude de la température s'est introduite, il en reste un témoignage. C'est que la feuille que je fis lithographier, en 1864, pour y inscrire les courbes, a été reproduite depuis par tout le monde, et que c'est ce modèle qui est adopté aujourd'hui dans tous les hôpitaux.

J.-J. Bouley, longtemps collaborateur de Bazin, s'associa un des premiers à la réforme des classifications des maladies de la peau. Ils substituèrent tous deux une classification clinique à une classification empruntée à l'histoire naturelle. C'est dans cet esprit qu'il publia, avec le docteur Caillaud, un traité des maladies de la peau chez les enfants.

Il est un de ceux qui ont des premiers montré la contagion des accidents secondaires de la syphilis.

Le premier, il diagnostiqua un abcès situé dans la cavité prépéritonéale de Retzius, il décida le chirurgien à faire l'opération et guérit son malade.

J.-J. Bouley, malgré son immense érudition, relisait toujours les grands maîtres dans leurs traités originaux. Doué d'une mémoire prodigieuse, il représentait, pour ses élèves, l'image vivante de la tradition médicale. Il excellait surtout à donner la généalogie des doctrines.

Prenant une idée à son origine, la personnifiant dans celui qui l'avait émise, il la montrait se développant à travers les siècles, faisant son évolution au moyen de modifications qu'y apportaient ceux qu'il appelait les ouvriers de l'œuvre médicale, et il terminait en montrant comment elle s'éclairait des dernières découvertes de la science moderne, qu'il connaissait mieux que personne.

En thérapeutique, J.-J. Bouley, grand admirateur d'Hippocrate, de van Helmont, de Paracelse et de Barthez, avait conservé les grandes traditions. C'est lui qui m'a fourni les éléments qui m'ont permis de formuler les caractères de la thérapeutique traditionnelle, qu'on trouvera au commencement de la partie thérapeutique de ce livre.

En pratique, il saisissait l'indication avec un rare bonheur, attendait le moment opportun et frappait juste. Je dois dire qu'il frappait en général assez fort, mais juste, et sa thérapeutique était promptement efficace.

Il possédait comme peu de médecins l'art de régler le régime dans les maladies aiguës et dans la convalescence. Il saisissait à merveille le moment de commencer l'alimentation, et nous l'avons vu bien souvent faire cesser le délire de certaines pyrexies en alimentant ses malades.

Sa thérapeutique, limitée aux grands médicaments, nous paraissait des plus hardies. La saignée habituelle dans la pneumonie, le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes dès le début dans le rhumatisme articulaire aigu, l'hydrothérapie dans les fièvres typhoïdes et même les fièvres éruptives et le choléra, le tartre stibié à dose rasorienne contre la chorée, etc., ne font plus peur aujourd'hui.

J.-J. Bouley n'était pas communicatif : il avait surtout horreur de la discussion. Il parlait peu au lit du malade et se bornait à prononcer le mot juste caractérisant soit le diagnostic, soit le pronostic, soit l'indication thérapeutique.

Mais, à la fin de sa visite, alors qu'il venait de donner les signatures nécessaires au service, il reprenait les problèmes de la matinée, les développait, cherchait surtout à nous donner des idées nettes et précises, les appuyait de sa vaste érudition et de son expérience, les comparait avec les dernières découvertes qui pouvaient les éclairer et, quand il se sentait entouré par un petit auditoire sympathique, il développait volontiers ses idées. Mais si quelque malencontreux venait alors lui faire quelque objection indiquant qu'il ignorait les grandes lois de la pathologie, il s'arrêtait, et, en se retirant, nous montrait en souriant le creux de certaine science solennelle en cravate blanche.

J.-J. Bouley restait un savant pur et ne pratiquait pas la médecine : il vivait retiré au milieu de ses livres, dans la petite maison que M. Blanche lui avait fait construire dans le parc de son établissement, où il faisait les fonctions de médecin résidant, et, en effet, jamais médecin ne fut plus résidant.

Après l'hôpital, où il avait conservé les grandes traditions d'exactitude et d'enseignement, puis la visite presque quotidienne au libraire, J.-J. Bouley rentrait chez lui et, après déjeuner commençait des lectures qui ne finissaient que tard dans la nuit. Il s'était ainsi retiré seul pour tenir compagnie à sa mère, atteinte d'une maladie de cœur, ne voulant pas se séparer d'elle jusqu'à son dernier moment.

Là, assis dans son fauteuil, la tête penchée sur le lutrin qui portait ses gros volumes, il vivait au milieu des grands penseurs de toutes les époques, recevant quelques amis : Claude Bernard, Armand Moreau, Berthelot, Blanche, A. Deschamps, Peisse, Renouvier, et agitant avec eux les grandes questions du jour concernant les lettres, les sciences et les arts.

J.-J. Bouley, aussi ardent pour acquérir des connaissances, n'avait pas d'entrain pour l'action. Son extrême timidité l'empêcha de rien produire. Son grand traité de pathologie générale, pour lequel il avait recueilli des notes dans tous les auteurs classiques, est resté à l'état de projet.

Quoi que j'aie fait pour le décider à l'écrire, me mettant à sa disposition pour lui ôter toute fatigue de rédaction ou d'écriture, il ne l'a pas mis à exécution.

Il en donnait pour raison que le microscope avait tout remis en question, qu'il n'avait pu se faire histologiste, et que son traité resterait par là une sorte d'œuvre scolastique abstraite à laquelle manqueraient l'incarnation et la forme vivante que seul pourrait donner l'anatomiste armé du microscope : si bien qu'en somme il est resté un maître à la manière d'autrefois (1), se bornant à faire des disciples auxquels il confiait ses trésors, les inscrivant, comme dit l'Écriture, *in tabulis cordium.*

J.-J. Bouley, ainsi retiré et sans goût pour l'exercice, ne tarda pas à devenir goutteux : les accès, d'abord légers, sont devenus plus tenaces et plus étendus. Il a été emporté le 30 septembre 1867, après quelques jours d'une anurie provoquée par un petit calcul siégeant dans le rein droit.

J.-J. Bouley est donc resté dans un petit cercle, qu'il ne cherchait pas à étendre, et par là peu connu, mais admiré et hautement estimé par ceux qui l'ont approché.

Tel a été le maître dont j'ai eu l'honneur et le bonheur de suivre les leçons pendant quinze ans.

(1) Lasègue, Discours prononcé sur la tombe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. Lallement, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et Jungfleisch, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Sont nommés officiers d'Académie : Figuier, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Rollet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Dubrueil, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Wiart, professeur à l'École de médecine de Caen ; Grandval, professeur à l'École de médecine de Reims ; Bouchardat, professeur à l'École de pharmacie de Paris.

— Lorsqu'un médecin ou une sage-femme faisant partie du service médical de nuit de la ville de Paris sera appelé pour un accouchement, le gardien de la paix le conduira à la maison du requérant, lui donnera un bulletin de statistique à remplir et rentrera au poste aussitôt après. Le lendemain, le médecin ou la sage-femme devra se présenter à ce poste et y produire le bulletin de statistique, sur lequel il mentionnera si l'accouchement a eu lieu ou non. Dans l'affirmative, un bon de 20 francs lui sera délivré : dans la négative, il recevra un bon de 10 francs seulement, comme pour une visite ordinaire.

L'Administration profite de cette circonstance pour appeler l'attention de MM. les médecins du service de nuit sur la nécessité de remplir exactement et lisiblement les bulletins de statistique que leur remettent les gardiens de la paix.

— M. le docteur Tiersot, député de l'Ain, a succombé avant-hier à une attaque d'apoplexie foudroyante.

— M. le docteur Pouliot, député de la Haute-Vienne, vient de mourir à Cannes, d'une maladie de poitrine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13963.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL NECKER. I. Rétrécissement spasmodique de l'œsophage. — II. Fièvre typhoïde, complications. — CLINIQUE DE RIO-DE-JANEIRO. Tumeur fibreuse de l'utérus. Hystérotomie. Guérison. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — VARIÉTÉS. Les hôpitaux de maladies contagieuses à Londres. — Nouvelles. — Bibliographie.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le rapport de M. Colin sur les statistiques de M. Glénard vient de montrer, une fois de plus, combien il faut de prudence dans le maniement des chiffres, pour en déduire des conclusions exactes.

Voilà que la mortalité causée par la fièvre typhoïde dans les hôpitaux militaires, se trouve réduite des deux tiers au moins (14 au lieu de 40 à 45 p. 100), par une étude plus approfondie des mêmes données officielles.

Quelle est donc la cause qui a pu rendre possible une erreur pareille ? Tout simplement l'abus de l'étiquette *fièvre continue*, pour de vraies fièvres typhoïdes incomplètement caractérisées, ou peu graves, ou de durée courte.

Une pathologie purement descriptive mettait naturellement à part toutes ces formes effacées sur lesquelles M. J. Guérin appelait l'attention dans son dernier discours.

Mais l'unité de cause en temps d'épidémie est absolument évidente, et les travaux de M. Pasteur obligent à ne plus reléguer au second plan la question des causes.

On sait aujourd'hui qu'une même bactéridie peut, suivant la manière dont elle est cultivée, produire soit une maladie à peu près fatalement mortelle, soit des malaises fugitifs, des phénomènes fort peu marqués, passant parfois inaperçus.

Ce sont là des groupes morbides dont on ne saurait méconnaître l'unité foncière, et dont les éléments ne doivent pas être isolés par la diversité des termes.

Il est à noter, du reste, que ceux qui tiennent à invoquer de telles statistiques n'hésitent pas à rompre, pour leur part, avec les habitudes reçues et à s'attacher davantage à la réalité des choses en fait de classification.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

I. Rétrécissement spasmodique de l'œsophage. — II. Fièvre typhoïde, complications.

Parmi les malades qui sont entrés dans nos salles depuis trois semaines, il en est plusieurs qui doivent nous arrêter quelques instants.

I. Le premier est un homme de 50 ans, chez lequel le diagnostic absolu a présenté certaines difficultés. Il présentait un rétrécissement de l'œsophage, il est vrai, mais la question était de savoir de quelle nature était ce rétrécissement. Il avalait très difficilement, même les liquides, si bien qu'il finissait par ne plus s'alimenter du tout; toute déglutition, pour ainsi dire, déterminait des accès de suffocation.

Dès son arrivée dans les salles on essaya d'introduire une sonde dans l'œsophage; les premières tentatives restèrent infructueuses, et ce ne fut qu'en employant une sonde à olive de médiocre volume que nous pûmes parvenir à franchir l'obstacle. La résistance à vaincre était située au-dessous du larynx et se prolongeait sur une assez longue étendue. Cette longueur même était déjà presque un élément de diagnostic, car il nous faisait espérer qu'il ne s'agissait ni d'une lésion organique, ni de la compression de l'œsophage par quelque tumeur. Elle nous portait, au contraire, à penser que nous pourrions bien avoir affaire à quelque rétrécissement passager résultant de contractions spasmodiques de l'œsophage. Notre opinion fut encore confirmée par ce fait que, après le passage de la sonde à olive, le malade put déglutir assez facilement les liquides.

Deux jours plus tard, nous avons employé une sonde à olive un peu plus volumineuse, laquelle a passé sans trop de difficulté. A dater de ce moment nous avons pu constater une amélioration progressive, une diminution du spasme œsophagien, si bien qu'entré le 15 du mois dernier, cet homme nous a quitté le 5 de ce mois, complètement guéri. Cette prompte terminaison est encore un argument de plus en faveur de notre diagnostic de : rétrécissement dû à un spasme de l'œsophage.

A quelle cause peut-on attribuer cette affection ? Les causes du spasme œsophagien peuvent être si différentes les unes des autres que le pronostic et le traitement en sont parfois rendus très difficiles.

Le spasme œsophagien peut être idiopathique, c'est-à-dire qu'il peut survenir sans autre motif qu'une contractilité exagérée de l'œsophage, étant absolument sous la dépendance du système nerveux. C'est ainsi qu'on le verra apparaître sous l'influence d'une violente émotion (colère, terreur, etc.). Dans ce cas, il disparaît généralement avec la cause qui l'a fait naître.

Chez d'autres individus il persiste pendant des semaines, des mois et des années, sans qu'il existe aucune lésion capable de l'expliquer, ainsi que l'autopsie l'a parfois démontré dans les cas où les malades qui en étaient atteints, succom-

baient à quelque autre affection intercurrente. Ce genre de spasme s'observe surtout chez les hystériques, les hypocondriaques, les gens nerveux.

Mais à côté de ces cas-là, il y en a d'autres encore, moins simples, et chez lesquels le spasme est produit et entretenu par des circonstances matérielles, par quelque lésion agissant par action réflexe, en un mot, le spasme est alors un phénomène sympathique d'une lésion organique siégeant plus ou moins loin, de quelque cancer de l'estomac, par exemple, quelle que soit la région de cet organe atteinte de dégénérescence cancéreuse. Il en est de même de l'influence de certaines affections du pharynx, d'abcès rétropharyngiens, de maladies de l'intestin, des helminthes des voies digestives. D'autres fois le spasme œsophagien est sous l'influence de l'utérus comme toute autre espèce de spasme, et le traitement de l'utérus seul peut le faire disparaître, en modifiant l'état de cet organe. Ainsi peuvent agir même de simples petites ulcérations du col, tout aussi activement qu'une affection cancéreuse de la matrice, et la moindre cautérisation du col peut faire complètement disparaître ce spasme œsophagien.

Dans d'autres cas encore, il s'agit d'une maladie même de l'œsophage, et le rétrécissement résulte d'une excitation exagérée de sa muqueuse (ulcérations, brûlures, déchirures); parfois même le phénomène persiste après la guérison de la lésion. Enfin un état morbide du pneumo-gastrique peut entraîner à sa suite le spasme œsophagien.

Chez notre malade, c'est en vain que j'ai cherché la cause de l'état spasmodique de son œsophage. Je n'ai rien trouvé du côté de l'estomac, pas d'helminthes; rien non plus du côté du pharynx. Mais cet homme est d'une nature très nerveuse, bien qu'il ne soit ni hypocondriaque ni hystérique, d'où par exclusion de toute cause, — car nous n'avons pas trouvé qu'il ait été soumis à un refroidissement brusque, — nous en sommes arrivés à considérer son rétrécissement spasmodique de l'œsophage comme idiopathique. Le fait nous paraît d'autant plus plausible, que ce n'est pas la première fois qu'il éprouve pareil accident; il a déjà été pris de la même façon, il y a trois ans, et sans qu'il existât non plus aucune cause appréciable.

Par la nature même de ses occupations, cet homme est assez souvent exposé à des refroidissements. Y aurait-il donc chez lui quelque influence rhumatismale? Nous n'avons aucun renseignement qui nous permette de nous prononcer à cet égard.

Quant au traitement, nous n'avons eu à lui en faire subir aucun, le cathétérisme de l'œsophage ayant suffi à faire cesser ses contractions spasmodiques. En tout cas, si nous n'avions pas obtenu de résultat immédiat, nous aurions eu recours à l'emploi des courants continus, qui ont généralement de bons effets.

II. Au nº 1 de la salle des femmes, nous avons eu une malade atteinte de fièvre typhoïde qui, dans le cours de sa maladie, a présenté des phénomènes graves de péritonite aiguë dont le siège était dans le voisinage du cæcum. Cette femme avait 58 ans, âge auquel la fièvre typhoïde est ordinairement rare. Elle était quelque peu abattue, mais sans stupeur notable; l'état général ne faisait présager aucune gravité. La défervescence avait marché régulièrement jusqu'au trente-troisième jour. Toute fièvre avait cessé lorsque tout à coup nous la vîmes reparaître, en même temps que la malade se plaignait d'une vive douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. La fièvre persista, l'état se prolongea; puis brusquement la situation s'aggravait, des nausées et des vomissements survenaient, la région sous-ombilicale se tuméfiait, et la malade succombait avant-hier, après des accidents qui nous donnent lieu de supposer qu'il y a eu perforation de l'intestin et péritonite consécutive. L'autopsie nous a montré, en effet, qu'il y avait une perforation à 8 ou 9 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Le reste du tube intestinal était parfaitement guéri, il n'existe plus qu'une légère rougeur au niveau des anciennes ulcérations. En cherchant l'explication des accidents que nous avons constatés, nous avons trouvé que cette femme avait une vieille hernie inguinale dont elle ne souffrait pas, il est vrai, mais comme elle sortait de temps en temps, nous nous sommes demandés si elle n'avait pas produit quelques tiraillements sur un intestin dont une ulcération en voie de guérison se serait rompue.

— Le malade du nº 2, atteint aussi de fièvre typhoïde, a présenté également, comme complication, des phénomènes spéciaux qui nous ont vivement inquiétés pendant quelque temps. Le seizième jour, en effet, la température était tombée à 37°,2; la défervescence s'accentuait franchement, lorsque, le lendemain, nous avons vu tout à coup la température s'élever en même temps que le malade accusait un malaise général, le ventre était douloureux, surtout au niveau de la fosse iliaque droite et sous la moindre pression. Puis des vomissements survenaient qui nous indiquaient des phénomènes inflammatoires nouveaux. Les accidents persistaient pendant près de dix jours et nous préoccupaient vivement, nous donnant lieu de redouter la perforation de quelque ulcération profonde de l'intestin.

En résumé, dès le vingt-sixième jour, les phénomènes fébriles s'amendaient franchement, la température s'abaissait, les accidents péritonéaux diminuaient d'intensité, et, quelques jours plus tard, notre malade, plus heureux que celle du nº 1 de la salle des femmes, était guéri.

CLINIQUE DE RIO-DE-JANEIRO. — M. Fort.

Tumeur fibreuse de l'utérus. Hystérotomie. Guérison.

Mme W..., âgée de quarante-neuf ans, sentit, en février 1876, une tumeur de la grosseur d'un œuf dans la partie inférieure et gauche de l'abdomen.

L'année suivante, Mme W... alla en Europe, où elle consulta plusieurs chirurgiens, notamment en Autriche et en France. On lui conseilla de ne pas se faire opérer. Elle retourna au Brésil.

Le ventre augmentait de volume et la malade était, de temps en temps, atteinte d'hémorragies fort sérieuses, qui la forçaient à garder le lit pendant des mois entiers.

A la fin de 1878, la malade fit un second voyage en France. Elle consulta deux des plus éminents chirurgiens de Paris, qui lui conseillèrent de ne point se faire opérer.

En juillet 1881, je fus consulté également; j'essayai en vain d'obtenir le retrait de la tumeur par la méthode du docteur Chéron (courants continus avec intermittence); enfin, en novembre, après plusieurs examens, je déclarai à la malade que l'hystérotomie était le seul moyen qu'on pût apporter à son mal.

Le ventre était considérable, une tumeur bosselée, dure et assez mobile remplissait l'abdomen jusqu'à 3 centimètres de l'appendice xyphoïde. Il n'y avait pas de liquide ascitique et la tumeur ne paraissait pas adhérente. Le col de l'utérus était normal. Le doigt introduit dans le rectum sentait le commencement de la tumeur immédiatement au-dessus du col.

La vessie fonctionnait régulièrement, il y avait de la constipation. Les métrorragies, très fréquentes, avaient affaibli la malade qui était devenue anémique au point que le bruit de souffle du cœur pouvait être pris pour le souffle d'une lésion cardiaque. Les jambes étaient infiltrées.

Au moment où je me préparais à pratiquer l'opération, une nouvelle hémorragie, très abondante, affaiblit considérablement la malade. La chaleur menaçant d'être très intense à Rio-de-Janeiro, je l'envoyai au milieu des montagnes, à Pétropolis, où j'espérais qu'elle prendrait un peu de forces avant l'opération.

Opération. — Je pratiquai l'opération de l'hystérotomie le 20 décembre 1881, à huit heures du matin, avec l'aide de mon excellent confrère et ami le docteur Brito, médecin de l'hôpital, des docteurs Costa et Rocha et de MM. Leschaud et Kuhn, en présence du docteur baron de Cattete.

La paroi abdominale fut incisée depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à 5 centimètres au-dessus du pubis, dans une étendue d'environ 30 centimètres. La tumeur fut extraite de l'abdomen avec la plus grande difficulté, après la destruction de deux adhérences épiploïques. Elle était si large à sa base, qu'il était matériellement impossible d'aborder son point d'implantation.

Elle était intra-utérine, et les deux ovaires flottaient de chaque côté de sa partie supérieure. J'étais très gêné par l'issue de l'intestin.

La malade, chloroformée, respirait difficilement, elle était d'une pâleur mortelle ; je voulais à tout prix éviter l'effusion du sang. Je passai des broches en croix dans la tumeur, à quelque distance de son pédicule, et je posai une ligature fortement serrée au moyen d'une grosse corde. La tumeur était tellement dure que cette constriction ne suffit pas pour interrompre la circulation. Je glissai alors au-dessous, en protégeant de mon mieux l'intestin, un autre cordon fort, de 3 millimètres de diamètre ; j'appliquai par-dessus un gros fil de laiton que je serrai avec le serre-nœud de Kœberlé. Le laiton cassa. Je passai ensuite un fil de cuivre rouge très fort, que je serrai avec un autre serre-nœud de Kœberlé. Enfin la circulation fut interrompue dans l'utérus et dans la tumeur, et je pus faire la section de l'utérus immédiatement au-dessus du col.

La tumeur, comprenant le corps fibreux, l'utérus, les trompes de Fallope et les ovaires, pesait plus de 5 kilogrammes. La malade n'avait certainement pas perdu un verre de sang.

Je passai un double fil de fort catgut au-dessous des ligatures, et je liai le pédicule en quatre parties (celui-ci, une fois serré, avait environ 3 centimètres de diamètre). J'aurais désiré ôter les fils métalliques, mais, peu confiant dans la dernière ligature, je redoutais, pour ma malade, la moindre hémorragie, et je préférai laisser en place les fils et les serre-nœuds, espérant pouvoir les enlever plus tard. Je fixai les fils à une broche placée en travers sur l'abdomen.

La paroi abdominale fut suturée après avoir fait la toilette du péritoine. Je laissai la plaie béante à la partie inférieure et je plaçai un tube à drainage en verre dans le cul-de-sac de Douglas.

Le 20 au soir, j'enlevai le tube, les liquides s'écoulant librement par la plaie. T. 37 ; P. 84. L'opération avait été faite avec toute la rigueur que comporte la méthode de Lister. Le pansement était fait deux fois par jour.

Le 21. Tympanisme, vomissements, efforts considérables ; je crains pour les sutures, qui résistent. P. 84 ; T. 37,5. Deux injections de 1 centigramme de morphine.

Le 22. Les vomissements sont calmés. P. 90 ; T. 37,8. Nouvelle injection de morphine. Je donne moi-même à la malade deux lavements nutritifs, tous les jours, composés de 200 grammes de bouillon de poulet, de 2 grammes d'extrait de quinquina et de 20 grammes de vin de Porto. Après l'opération, j'avais placé dans la vessie un tube mince de caoutchouc qui conduisait l'urine dans une bouteille contenant de l'eau phéniquée.

Le 23. P. 84 ; T. 37,5. Deux lavements ; coliques.

Le 24. P. 90 ; T. 37,5. Fortes coliques. Injection de morphine. Depuis la veille, la malade prend du bouillon, mais en petite quantité.

Le 25. Somnolence, douleurs sourdes dans le bas-ventre. Injection de morphine. Deux lavements. P. 84 ; T. 37,5.

Le 26. La malade a bien dormi, elle mange la moitié d'une côtelette et un potage. P. 84 ; T. 37,5. Les lavements sont supprimés. J'ôte les points de suture.

Le 27. Même état. P. 84 ; T. 37,5. Quelques douleurs. Injection de morphine.

Le 28. Inquiet de l'avenir du pédicule entouré par les fils laissés en place, j'essaye des tractions, mais en vain. Je fais des tractions continues avec un tube en caoutchouc. P. 96 ; T. 37,8.

Le 29. Un fil de catgut est tombé. Sommeil un peu agité. Injection de morphine. P. 96 ; T. 37,5.

Le 30. Pas d'appétit. Malaise, fatigue. Je cesse les tractions sur le pédicule. La suppuration est abondante et fétide. P. 96 ; T. 37. Deux lavements nutritifs.

Le 31. La malade se sent mieux. Elle s'alimente un peu. P. 96 ; T. 37.

Le 1er janvier 1882. Amélioration sensible. P. 84 , T. 37.

Du 2 au 8. Même état du pouls et de la température.

Le 8. Après une traction continue de douze heures par un tube en caoutchouc, je retire de la plaie un serre-nœud, le fil de cuivre et la corde. La partie du pédicule située au-dessus de la ligature est mortifiée, elle sort par fragments avec une odeur très fétide. P. 84 ; T. 37.

Le 10. Par le même procédé j'ôte le second serre-nœud et le fil de laiton.

Le 11. La plaie tend à se fermer, je ne fais plus qu'un pansement par jour. J'enlève le drain de caoutchouc que j'introduisais dans la plaie depuis quelques jours.

Le 12. La malade est placée sur un canapé pendant quelques heures.

Les jours suivants, la malade se lève et marche ; elle s'alimente et recouvre des forces. La plaie marche rapidement vers la guérison.

Le 26, Mme W... est entièrement guérie depuis plusieurs jours ; elle sort en voiture et à pied ; elle ne fait plus de pansements ; elle ne s'est jamais aussi bien portée.

Point important à signaler. Le bruit de souffle du cœur, qui avait inspiré des craintes à des médecins, disparut complètement le jour de l'opération.

Cette observation renferme quelques points fort importants, que je désire signaler à l'attention de mes confrères. Je ne parle pas des difficultés de l'opération, je devais m'attendre à les rencontrer, puisqu'un grand nombre de chirurgiens avaient conseillé à la malade de ne point se laisser opérer.

Quoique certains chirurgiens ouvrent la cavité abdominale sans avoir recours aux antiseptiques selon la méthode de Lister, je déclare que je suis tout à fait convaincu que mon opérée a dû son salut à la régularité et à la rigueur avec lesquelles j'ai appliqué le pansement listérien. D'après ce qu'on sait de la susceptibilité du péritoine et du danger de ses plaies, on est étonné de voir cette séreuse, si inflammable, tolérer sans réagir, et cela pendant vingt jours, la présence des corps étrangers les plus variés : fils de catgut, corde, fils métalliques de nature diverse et serre-nœuds.

Malgré la présence de ces corps étrangers, malgré les tractions que nous avons exercées sur le péritoine pendant l'opération, malgré l'immense incision que nous avons été obligé de faire à la paroi abdominale, la malade n'a jamais présenté le moindre mouvement fébrile. Le pouls a oscillé entre 84° et 96°, la température n'a jamais atteint 38°.

Dans ces dernières années, l'opération de l'hystérotomie a pris un grand essor. Ce sont les succès des chirurgiens

français et allemands qui m'ont encouragé à entreprendre cette grave opération. Je serai heureux si ce succès peut contribuer à enhardir mes confrères dans la pratique de l'hystérotomie, opération raisonnable, opération qui s'impose et que le chirurgien a le devoir de pratiquer toutes les fois qu'il se trouve en présence d'une femme atteinte de corps fibreux utérin et vouée à une mort plus ou moins prochaine.

D'après les recherches auxquelles je me suis livré, j'ai tout lieu de croire que cette opération d'hystérotomie est la première qui ait été pratiquée non seulement à Rio-de-Janeiro, mais encore dans l'Amérique du Sud.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 janvier 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de candidature de M. Mottet, pour la place vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale ;

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Jullien ;

3° Un supplément au travail de M. le docteur Grellet, intitulé : *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde ;*

4° Le compte rendu des maladies dans l'arrondissement de Soissons pendant l'année 1882, par M. le docteur Fournier (commission des épidémies).

RAPPORT

De la mortalité des soldats français atteints de fièvre typhoïde. — **M. Léon Colin**, au nom d'une commission composée de MM. Legouest, président, Moutard-Martin, Peter, Rochard, Villemin et Léon Colin, lit un rapport dans lequel il commence par discuter les chiffres invoqués par M. Glénard et relatifs à la mortalité dans les armées allemandes.

Lorsqu'il s'agit de statistiques, il importe de procéder sur des éléments exactement comparables. Or, d'une part, les mots *typhus* et *fièvre typhoïde* ne sont pas toujours appliqués de même en Allemagne et en France, et d'une autre part, avec la prétention de guérir la fièvre typhoïde dès les premiers jours, dès la période prodromique, alors qu'elle n'est encore caractérisée par rien, M. Brand et ceux qui procèdent comme lui, se sont exposés à considérer comme typhoïdes, des embarras gastriques, etc., qui ne sont nullement de même nature.

Quant aux chiffres énormes relevés par M. Glénard sur les tableaux statistiques de l'armée française comme représentant la mortalité causée par la fièvre typhoïde dans les hôpitaux militaires, M. Colin signale une grave cause d'erreur. Dans ces tableaux, toujours avant la fièvre typhoïde, figure une affection inscrite sous la formule *Fièvre continue*, et qui représente à peu près le double d'entrées à l'hôpital. Ainsi en 1870 on trouve, pour la fièvre typhoïde, 4,130 entrées à l'hôpital, et pour cette fièvre continue, 7,582. La durée moyenne des jours d'hôpital, pour cette dernière, a été de vingt-huit jours. Quatre semaines de traitement indiquent qu'il s'agit d'autres choses que de simples embarras gastriques. Or, fait très remarquable, si l'on se reporte aux tableaux obituaires, on constate que pas un seul de ces 7,582 n'est indiqué comme ayant succombé.

En réalité, la plupart de ces cas de fièvres dites continues sont bien réellement des fièvres typhoïdes dont le diagnostic était incertain lors de l'inscription initiale du soldat admis à l'hôpital, ou qui, bien que déjà évidentes, n'ont pas été inscrites sur la pancarte de crainte d'effrayer le malade. Puis ce malade, entré sous la rubrique *Fièvre continue*, reste sous la même étiquette, et cela au détriment de la colonne des guérisons de la fièvre typhoïde.

Il n'est qu'une circonstance qui vienne modifier cette répartition, c'est le décès du malade. Que l'autopsie soit faite ou non, qui, en effet, signerait jamais en France : « mort de fièvre continue » ? De là une augmentation apparente dans la mortalité de la fièvre typhoïde quand on n'étudie pas ces tableaux statistiques avec soin et dans leur entier.

En additionnant les fièvres dites *continues* aux fièvres dites typhoïdes, qui sont de même nature, on a un total de 11,682 cas en 1876, et les 1,675 décès ne représentent qu'une mortalité de 14 p. 100 au lieu de 40. Il en est de même à peu près pour les années 1877, 1878, 1879, pour lesquelles les tableaux statistiques ont été publiés.

En terminant son rapport, dit M. Colin, votre commission tient à préciser une dernière fois les limites du mandat où elle s'est renfermée ; elle a eu hâte, suivant votre désir, d'étudier la valeur de documents dont la gravité devait forcément alarmer l'opinion publique et donner une publicité regrettable à une erreur qui nous paraît avoir été commise de bonne foi, mais qui est venue ajouter de nouvelles douleurs à celles de tant de familles et qu'aurait conjurées la moindre velléité d'information.

Loin de nous donc la pensée de vouloir conclure de cette rectification de chiffres à une appréciation défavorable du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Votre commission tient le plus grand compte des faits recueillis à l'étranger, spécialement en Allemagne, ainsi que des recherches et des tentatives accomplies en France par plusieurs confrères, dont quelques-uns appartiennent à l'armée et qui sont dignes de votre confiance et de vos encouragements. Elle a donc l'honneur de soumettre à votre appréciation les résultats de son enquête :

1° Le chiffre des entrées dans les hôpitaux militaires français pour *fièvre typhoïde* comprend non seulement les malades admis sous ce diagnostic, mais aussi un grand nombre de ceux dont l'affection est qualifiée de *fièvre continue ;*

2° Les décès par fièvre typhoïde, inscrite sous la statistique médicale de l'armée (tableau VII, A), se rapportent non seulement aux malades entrés sous la rubrique *Fièvre typhoïde*, mais aussi à ceux qui ont été admis avec le diagnostic *fièvre continue*. La proportion de ces décès au total de ces deux groupes est d'environ 14 p. 100.

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. Sée critique la médication par les bains froids, qui, suivant lui, n'auraient que des inconvénients et des dangers sans aucune espèce d'avantage, augmenteraient la température au lieu de la diminuer, accroîtraient les combustions et déperditions organiques, nécessiteraient des tentatives toujours vaines d'alimentation. Il doit continuer son discours la semaine prochaine.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Les hôpitaux de maladies contagieuses à Londres (1).

Londres possède un grand nombre d'hôpitaux, indépendamment d'établissements affectés aux spécialités, qui sont de véritables entreprises industrielles et qui répondent à nos maisons de santé. Douze grands hôpitaux, provenant de fondations, et dont les plus riches sont ceux de Saint-Barthélemy, de Guy et de Saint-Thomas, ont pour but, outre le soulagement des indigents malades, de servir de champ d'expériences aux praticiens. Les administrateurs de la loi des pauvres ont leurs infirmeries ; enfin, le conseil des asiles (*asylums board*), autorité plus spécialement sanitaire, a sous sa direction plusieurs établissements destinés aux maladies dites *infectious :* la petite vérole, qui règne souvent avec violence dans la capitale de l'Angleterre, le typhus, la fièvre typhoïde, la

(1) *Revue générale d'administration.*

fièvre scarlatine. C'est de ces derniers hôpitaux que nous nous proposons de parler aujourd'hui.

L'*asylum board* a été créé par une loi de 1867 (30 Vict., cap. 6), désigné sous le titre de *Metropolitan poor act*, qui lui a donné la mission de construire les hôpitaux où seraient soignés les indigents de la métropole et l'a autorisé à lever des taxes spéciales à cet effet. A la suite de cette loi, une instruction du *Poor law board* (1) prescrivit que les unions et paroisses de la métropole, mentionnées dans un tableau joint au règlement, formeraient désormais une circonscription portant le nom de *Metropolitan asylums district*, en vue de recueillir et de secourir les indigents à la charge de ces unions ou paroisses atteints de la fièvre, de la petite vérole ou d'aliénation mentale. Le conseil est composé de soixante membres, dont quinze sont nommés par le *Local government board*, et quarante-cinq choisis par les bureaux de gardiens, c'est-à-dire par les administrations d'assistance des paroisses ou unions de Londres.

L'*asylums board* se mit sans tarder à l'œuvre et créa une dizaine d'établissements dont cinq furent affectés aux malades atteints de la petite vérole. Des épidémies étant survenues, on crut constater qu'elles sévissaient avec plus de violence dans le voisinage de ces hôpitaux. Les propriétaires des immeubles environnants s'alarmèrent. Les voisins de l'hôpital d'Hampstead intentèrent en 1876 une action judiciaire contre le conseil des asiles. Ils demandaient, outre des dommages-intérêts, pour la dépréciation subie par leur propriété, qu'il fût fait défense à l'administration hospitalière de continuer à admettre des varioleux. Après des débats qui durèrent onze jours, le jury déclara, au mois de novembre 1878, que les administrateurs n'étaient coupables d'aucune négligence, mais que l'hôpital était en lui-même une *nuisance*. Cette décision fut l'objet d'un recours devant la cour de la reine, qui autorisa une revision du procès, et la cour d'appel confirma cette sentence. Mais l'affaire ayant été portée devant la Chambre des lords, un arrêté du 7 mars 1881 déclara mal fondée la prétention élevée par l'*asylums board* d'échapper à toute responsabilité, prétention basée sur ce que la loi de 1867, en confiant au *board* le soin de créer des hôpitaux, l'avait, par là même, mis à l'abri de tout recours de la part des voisins, en tant que ce recours portait sur l'existence même d'un établissement de ce genre (2).

La situation devenait très difficile pour l'administration, d'autant plus qu'elle était menacée d'une contestation semblable pour un autre hôpital, celui de Fulham. Au mois de novembre 1881, le gouvernement nomma une commission à l'effet de rechercher les mesures prises à Londres pour le soin des malades atteints d'affections contagieuses, d'étudier s'il valait mieux les traiter à domicile, ou les réunir dans des établissements spéciaux, si l'on devait maintenir l'organisation existante, et, dans le cas de la négative, celle qu'il conviendrait d'y substituer, s'il était nécessaire de créer de nouveaux hôpitaux et notamment des maisons de convalescence; quelles précautions seraient à prendre pour concilier les intérêts des malades et ceux de la population menacée de la contagion. La commission était aussi invitée à donner son avis sur la question de savoir si le conseil des asiles pourrait recourir à l'expropriation pour acquérir les terrains nécessaires à l'érection de ces établissements, et s'il y avait lieu d'accorder une indemnité aux voisins pour la dépréciation subie par leur propriété.

La commission a entendu quarante-huit témoins, médecins, fonctionnaires ou administrateurs, et a déposé son rapport le 21 juillet dernier ; ce document vient d'être publié. Les conclusions qu'il renferme et dont quelques-unes seraient bien peu conciliables avec les mœurs françaises paraîtront, c'est notre espoir, intéressantes.

Après avoir fait l'historique des hôpitaux de l'*asylums board*, la commission établit qu'il est indispensable, dans l'intérêt de la santé publique, d'isoler les contagieux. Elle estime que le traitement de ces malades devrait être absolument séparé de l'administration des pauvres et n'être considéré que comme une question sanitaire dont personne ne saurait être chargé avec plus de compétence que le conseil métropolitain des asiles. Peut-être y aurait-il lieu d'apporter quelques modifications à l'organisation de cette assemblée quand on s'occupera de l'organisation municipale de Londres, en vue de faire disparaître de son origine le caractère presque exclusif d'œuvre d'assistance. Tout contagieux, ou les personnes qui en ont soin, ou, à leur défaut, le propriétaire de la maison qu'il habite, enfin, s'il est soigné gratuitement, le médecin des pauvres, devraient être légalement tenus de signaler immédiatement la nature de la maladie à l'agent médical de l'administration. Le médecin payé serait seulement obligé à remettre au malade ou à sa famille un certificat constatant la nature de la maladie pour être communiqué au médecin de l'administration; il aurait droit, pour la délivrance de cette attestation, à une indemnité. L'agent de l'administration vérifierait alors si le malade peut être isolé, et prescrirait les mesures de désinfection jugées utiles. Si l'isolement n'était point possible et que le malade fût transportable, notification en serait faite au conseil des asiles qui, à partir de ce moment, deviendrait responsable et aurait le droit de faire transférer le malade, riche ou pauvre, à l'hôpital. Toutefois, les personnes qui désireraient être soignées moyennant rétribution, seraient placées dans des pavillons spéciaux. Si le malade n'était point transportable, la même autorité aurait le pouvoir, en admettant que l'isolement ne fût pas praticable, de faire sortir de la maison les autres habitants. Dans tous les cas, elle serait tenue de faire procéder à la désinfection, et, dans l'hypothèse de la petite vérole, de faire revacciner tous les habitants qui ne pourraient être autrement protégés.

Les municipalités de plusieurs villes d'Angleterre ont été autorisées par des actes spéciaux à user de semblables mesures et elles en ont obtenu, paraît-il, d'excellents résultats, sans rencontrer de résistance dans la population (1).

La commission pense qu'il faut pourvoir à environ 3,000 lits de fiévreux et 2,700 lits de varioleux. Les fiévreux seraient placés à proximité de Londres au début de la maladie, à la campagne durant leur convalescence. Les hospices de varioleux devraient cesser de fonctionner en tant qu'affectés à cette seule catégorie de malades et être transformés en hospices de fiévreux; on en créerait un de plus à l'est de Londres. Les varioleux légèrement atteints et les convalescents seraient traités à la campagne. Le surplus serait réparti dans des pavillons d'isolement réservés à cet effet dans les hôpitaux de fiévreux, par groupes de trente à quarante, chaque hôpital desservant une circonscription déterminée (2). Un quartier ne pourrait ainsi se plaindre, comme cela s'est produit, d'être infecté par les varioleux venus de tous les points de Londres. Il est bien entendu que les pavillons de varioleux seraient absolument séparés, sous tous les rapports, du reste de l'hôpital. Enfin, en cas d'épidémie violente, on construirait des baraquements sur les rives de la Tamise, ou même on installerait des infirmeries flottantes sur le cours du fleuve. Les hospices de fiévreux ou de varioleux entretenus par certaines *unions* pourraient être supprimés. Il conviendrait d'assujettir à un contrôle sévère de l'autorité sani-

(1) Administration remplacée en 1871 par le *Local government board*.

(2) La Chambre des lords a rendu un autre arrêt dans la même affaire le 22 mai dernier, mais il ne s'agissait que d'une question de procédure. Il est néanmoins intéressant à consulter pour les personnes qui s'occupent d'assistance hospitalière, et nous le citons à ce titre.

(1) Consultez l'*act* du 11 août 1875, dont une excellente traduction, accompagnée de notes savantes, dues à MM. Bertrand, Laneyrie et Gourd, a été publiée dans l'*Annuaire de législation étrangère* (1876). — Cette loi, dite *Public health act*, consolide et amende les *acts* relatifs à la santé publique en Angleterre; voyez notamment les articles 120 et suivants (*Maladies contagieuses et hôpitaux*; — *Dispositions contre la contagion*), 131 et suivants (*Des Hôpitaux*), 134 et suivants (*Mesures préventives contre les maladies épidémiques*). Cette loi confia aux autorités locales un pouvoir réglementaire très étendu, sous la condition de l'approbation de l'administration supérieure, du *Local government board*.

(2) La commission fait remarquer que les servants des hôpitaux de fiévreux seront un excellent cadre pour les recrues que l'on est obligé d'engager chaque fois que survient une épidémie de petite vérole.

taire ceux qu'alimente la charité ou qui sont fondés dans un but de spéculation.

L'administration hospitalière devra être seule chargée de la surveillance des ambulances substituées à tout autre mode de transport. La commission fait en outre des recommandations précises sur des points de détail : visites des parents ou amis, sortie des servants, désinfection des lettres, des vêtements, des égouts, etc., en vue de préserver les voisins de la contagion.

En ce qui concerne l'acquisition des immeubles nécessaires pour l'établissement des hôpitaux, la commission royale soumet les observations suivantes à l'attention du gouvernement.

Il y aurait lieu de conférer au conseil des asiles le droit d'acheter, par voie d'expropriation publique, les terrains qui paraîtraient le mieux remplir les conditions de salubrité et d'innocuité pour le voisinage. Le conseil ne pourrait exercer ce pouvoir que sous le contrôle d'une autorité plus élevée chargée de prévenir les abus. On pourrait emprunter les règles à suivre pour l'instruction et la législation qui régit les chemins de fer et les canaux. De ce que l'hôpital est créé exclusivement dans un intérêt général, et sans qu'il puisse en résulter aucun avantage privé, il n'en résulte pas que les particuliers dont on prend la propriété ne doivent pas être indemnisés dans la limite la plus large possible.

Quant aux voisins, ont-ils droit à une indemnité, à raison du dommage que peut entraîner pour eux la proximité seule de l'établissement? La commission n'accepte pas sans réserve l'affirmation que le voisinage d'un hôpital déprécie les propriétés environnantes. La réalité est que, sauf dans les moments de panique, comme aujourd'hui, on construit sans difficulté près des hospices. Mais il faut tenir compte de la décision judiciaire déclarant que l'existence d'un hôpital de varioleux constitue légalement à l'égard des voisins une *nuisance* (1). Les nouvelles mesures recommandées dans le rapport seront de nature à diminuer considérablement le dommage dont on se plaint. Le supprimeront-elles entièrement? Il est difficile de l'affirmer. Les voisins n'ont pas droit à une indemnité au même titre que les propriétaires expropriés; mais si, en fait, la valeur de leur immeuble subit une dépréciation, il conviendrait de leur en tenir compte. Dans tous les cas, l'administration aurait un moyen de prévenir toute difficulté. La dépréciation ne pouvant se produire que dans un rayon assez limité, si on fait abstraction de dommage purement imaginaire basé sur une appréciation non fondée qu'il faut négliger, il suffirait que, lors de l'acquisition d'un terrain pour l'établissement d'un hôpital, on achetât les immeubles compris dans la zone réputée dangereuse; l'administration revendrait ensuite les terrains dont elle n'aurait pas besoin, en posant ses conditions.

En tout cas, il conviendrait de supprimer le droit d'injonction actuellement reconnu à l'autorité judiciaire, c'est-à-dire le droit d'arrêter le fonctionnement d'un établissement hospitalier et de maintenir seulement le droit de prononcer une condamnation en dommages et intérêts s'il était prouvé que le dommage résultât d'un vice d'organisation. Pour le surplus, les droits des particuliers seraient protégés d'une manière suffisamment efficace par les recours devant le *Local government board* et la sanction de la responsabilité parlementaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Bouchardat est autorisé à se faire suppléer, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, dans le service des examens, par M. Proust, agrégé libre.

M. Vassaux, ancien moniteur d'histologie, est nommé chef adjoint du laboratoire de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Desfosses, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Hamelin, agrégé libre, est rappelé à l'exercice jusqu'au 1er novembre 1883.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Steinmetz (Léon) est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Bernardy, démissionnaire.

M. Chatelain (Charles-Hippolyte) est nommé, pour deux ans, aide d'histologie, en remplacement de M. Aubry, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Fallot (Étienne-Louis-Arthur), docteur en médecine, est institué, pour une période de dix ans, suppléant des chaires de médecine, en remplacement de M. Laget, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Lefeuvre, professeur d'anatomie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de physiologie, en remplacement de M. Robiou du Pont, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

M. Lhuissier, chef des travaux anatomiques, est chargé du cours d'anatomie, en remplacement de M. Lefeuvre, appelé à d'autres fonctions.

— *École de pharmacie de Paris.* — Sont nommés préparateurs des travaux pratiques de chimie : MM. Fourmont, Grignon et Sonnié-Moret.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Bourdel, étudiant en pharmacie de première classe, est délégué, du 1er janvier au 30 juin 1883, dans les fonctions de préparateur de physique, en remplacement de M. Massol, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté préfectoral, en date du 16 janvier 1883, M. le docteur Durand (Numa-Émile-César) est nommé médecin auxiliaire à la police municipale de Paris, en remplacement de M. Gasselin, dont la démission est acceptée.

— Par décret, en date du 17 janvier 1883, l'immeuble appartenant à l'État, désigné sous le nom d'*enclos de la Glacière*, dépendant autrefois du château de Meudon (Seine-et-Oise), est affecté au ministère de l'instruction publique, pour l'installation d'une station de chimie végétale annexée à la chaire de chimie organique du Collège de France.

— Par décret en date du 23 janvier 1883, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, dans le cadre des officiers de réserve (emplois vacants par organisation) : MM. les docteurs Roque d'Orbcastel, Déporte, Marson, Le Coarer, Yvon, Marietti, Maillard, Guyot, Tauziac et Hermantier.

— Par décision ministérielle, en date du 8 janvier 1883, et par assimilation avec ce qui est fait pour MM. les intendants militaires de corps d'armée (circulaire ministérielle du 24 mars 1881, page 7), deux plantons à pied seront mis à la disposition de MM. les médecins principaux, directeurs du service de santé des régions militaires, pour le service de leurs bureaux. Ces plantons seront pris, dans les villes où se trouvent des détachements d'infirmiers militaires, parmi ces militaires; et, dans les villes n'ayant pas d'hôpitaux militaires, ils seront fournis par les sections d'ouvriers d'administration. Ces plantons seront relevés dans les conditions déterminées par la circulaire précitée du 24 mars 1881.

— Par décision ministérielle, en date du 10 janvier 1883, l'administration du personnel des médecins et pharmaciens inspecteurs est centralisée au cabinet du ministre de la guerre (bureau de la correspondance générale). Toutes les affaires concernant ces hauts fonctionnaires doivent donc être adressées désormais sous le timbre de ce bureau.

— Le concours pour le majorat de l'Antiquaille (de Lyon) vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Augagneur.

— M. le docteur Chabry (Laurent) est nommé directeur adjoint du laboratoire de zoologie et de physiologie maritime de Concarneau.

(1) La même appréciation semble ressortir d'une enquête à laquelle il a été procédé par les soins du *Local government board* et dont les résultats ont été publiés comme annexe du dernier rapport annuel de cette administration.

— M. le docteur Mossel est nommé membre du comité d'inspection et d'achat de livres de la bibliothèque de Mâcon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léonce Kloz (de Bordeaux).

— M. le docteur Magnan reprendra, à l'asile Sainte-Anne, ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, le dimanche 28 janvier, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis et dimanches suivants à la même heure. Les leçons porteront plus particulièrement, cette année, sur les délires chroniques, les rapports du mysticisme avec la folie, et sur la paralysie générale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique de l'art des accouchements, par Delore, professeur-adjoint d'accouchements à la Faculté de médecine de Lyon, et Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare. 1 vol. in-8° de 552 pages et 135 gravures dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, F. Savy.

Précis de thérapeutique chirurgicale, par le docteur P. Decaye. 1 vol. in-18° jésus de 600 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La Stérilité humaine et l'Hermaphrodisme, par le docteur P. Garnier. 1 vol. grand in-18° jésus. — Prix : 3 francs. — Paris, Garnier frères.

Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide phénique, par le docteur Henri Desplats, professeur de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille. Brochure in-8° de 15 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La Doctrine physiologique moderne, programme des travaux du docteur Mourgue (du Gard). In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Parent.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13976.

N° 11. — SAMEDI 27 JANVIER 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 27 JANVIER 1883. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. La blessure, la maladie et la mort de M. Gambetta. — Pathogénie des kystes de l'iris ; leur production artificielle par des greffes de lambeaux de cornée sur la membrane irienne. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La blessure, la maladie et la mort de M. Gambetta.

Lorsqu'un homme qui, par ses actes et ses qualités personnelles hors ligne, a acquis une grande situation dans son pays et rempli le monde du bruit de son nom, vient à mourir à un âge qui laissait devant lui un long cours d'années probable et peut-être encore une plus haute destinée, — quelles qu'aient été d'ailleurs les dissidences d'opinion à son égard, les divisions profondes qu'il a créées et les passions qu'il a inspirées, ou plutôt à cause de l'ardeur même de ces passions, — tout ce qui se rattache à la vie et à la fin d'un pareil homme prend les proportions d'un évènement et la valeur d'un document historique. Il n'est pas jusqu'aux détails les plus intimes de la maladie qui l'a enlevé et des investigations cadavériques qui l'ont suivie, c'est-à-dire ce qui rapproche le plus et nivelle plus uniformémennt tous les hommes, qui ne prennent de l'intérêt. Il semble même que dans ce cas les observations utiles que la science a pu recueillir se gravent d'autant plus dans les esprits en raison de la célébrité du personnage qui en a été le sujet.

C'est à ce titre que nous avons cru devoir reproduire dans ses parties principales le procès-verbal de la maladie et de l'autopsie de M. Gambetta, rédigé par les médecins qui lui ont donné leurs soins et publié dans la *Gazette hebdomadaire*.

LA BLESSURE.

Appelé en toute hâte le lundi 27 novembre 1882, jour de l'accident, M. Lannelongue arriva auprès du blessé qu'il trouva couché dans son lit, la main recouverte d'un pansement fait par MM. les docteurs Gilles et Guerdat, qui avaient donné les premiers soins. Un examen attentif de l'avant-bras droit, siège de la blessure, fit constater les désordres suivants :

L'orifice d'entrée du projectile était dans la paume de la main, immédiatement en dedans du sillon qui sépare l'éminence thénar du creux de la main. Les dimensions de cet orifice étaient inférieures à celles d'une pièce de vingt centimes ; il était régulièrement circulaire, légèrement déprimé au centre où se trouvait un caillot oblitérant. L'orifice de sortie était dans l'avant-bras, à l'union de son bord interne et de sa face dorsale, à 5 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus. Les bords de cet orifice, légèrement déjetés en dehors, étaient fissurés en deux points opposés. Par la plaie béante de sortie, il s'écoulait un filet de sang rouge, non rutilant, qui n'a cessé qu'avec l'application du pansement. Le trajet compris entre ces deux orifices mesurait en ligne directe 13 centimètres ; il se dirigeait de bas en haut, de dehors en dedans et d'avant en arrière, coupant obliquement l'axe longitudinal du membre.

La direction du trajet indiquait que le projectile avait dû pénétrer directement sous l'aponévrose palmaire et s'engager probablement dans le canal radio-carpien pour gagner l'orifice de sortie ; il pouvait avoir atteint le pisiforme, l'os crochu ou le cubital, intéressant peut-être en même temps les articulations de ces os et celle du poignet. Cependant la position de la main n'impliquait pas nécessairement une lésion des os, et l'examen méthodique qui en fut fait par M. Lannelongue lui donna l'assurance de l'intégrité du squelette.

Dans la partie de son trajet à travers l'avant-bras, la balle avait suivi la direction de l'artère brachiale en la croisant très obliquement. On a vu qu'il s'écoulait d'une manière continue un peu de sang par l'orifice de sortie ; il y avait eu une hémorragie assez considérable par l'orifice d'entrée ; mais celle-ci était arrêtée et la plaie était bouchée par un caillot. L'artère était-elle intéressée ? Il n'existait pas de gonflement sur son trajet, les tissus étaient souples ; néanmoins les battements artériels ne furent pas perçus. M. Lannelongue, ne voulant pas pousser l'exploration trop loin, crainte de provoquer de la douleur, se tint à cet égard sur la réserve.

La sensibilité était intacte sur toute la périphérie de la main et des doigts, à l'exception toutefois de la face palmaire du petit doigt et de la moitié interne de l'annulaire, où elle était complètement abolie. Le nerf cubital était intéressé.

En résumé : ouverture certaine des gaines des tendons fléchisseurs, altération presque aussi certaine de quelques tendons du groupe des fléchisseurs superficiels et profonds, blessure incomplète du nerf cubital, doutes sur la blessure de l'artère cubitale et de l'arcade palmaire superficielle, tel fut le résultat de l'exploration de la première heure.

Dans l'espoir d'obtenir une réunion immédiate et une réparation des désordres sans suppuration, M. Lannelongue adopta les principes suivants pour la direction du traite-

ment : en premier lieu, l'immobilisation absolue de la main placée dans l'extension ; en second lieu, protection des plaies et leur mise à l'abri de tout contact irritant ou infectieux. En conséquence, les plaies furent recouvertes de protective, la main fut entourée d'une simple couche de bandelettes de gaze phéniquée ; chaque doigt fut séparé de son voisin par une faible épaisseur de ouate, deux couches de ouate furent appliquées sur les faces dorsale et palmaire de la main, et tout le membre enfin, jusqu'au coude, fut recouvert par une enveloppe de coton phéniqué. Une bande de tarlatane phéniquée maintint chacun de ces plans en exerçant en même temps une très légère compression sur le membre, qui fut étendu sur une planchette matelassée de ouate, dont la position était légèrement élevée.

Telles ont été les règles des pansements ultérieurs qui furent rares. Jamais le pansement n'a été enlevé sans qu'on fît une pulvérisation phéniquée.

L'état général du blessé demandant également à être surveillé de près, M. Siredey, son médecin habituel, et M. Fieuzal, son ami, furent prévenus. Pendant tout le temps que la main seule fut en cause, M. Lannelongue a été assisté dans ses visites par MM. Gilles et Guerdat et très souvent aussi par MM. Siredey et Fieuzal. Trois internes des hôpitaux se succédant ont donné les soins de tous les instants et veillé à l'exécution des prescriptions.

Le 27 au soir, l'hémorragie n'a pas reparu depuis le pansement. Le blessé éprouvait dans la main un sentiment de tension qui s'est manifesté presque immédiatement après l'accident et qui a été en augmentant. Le régime alimentaire a consisté en un bouillon et deux grogs ; 3 grammes de chloral ont été administrés, 1 gramme toutes les deux heures.

Le 28, après une nuit agitée et sans sommeil, avec transpiration abondante, toux (le malade était enrhumé depuis deux jours), le phénomène de tension de la main n'ayant fait que s'accroître, on prescrit de nouveau 3 grammes de chloral en trois doses et une cuillerée de sirop de morphine pour le soir.

Le 29, le renouvellement du pansement fait constater un gonflement égal à celui du premier jour, plus un léger œdème rosé de la face dorsale de la main ; la nuit a été meilleure.

Le 30 et jours suivants, le blessé paraît aller de mieux en mieux. Nous passons sur des détails d'importance secondaire pour arriver au dimanche 3 décembre, jour où a lieu une consultation entre MM. Verneuil, Trélat, Siredey, Fieuzal, Gilles, Guerdat et Lannelongue. Voici ce qui est constaté : Les orifices de la blessure sont presque fermés ; la tuméfaction persiste dans l'éminence thénar, ainsi qu'entre le pouce et l'index ; mais il est presque nul dans la région palmaire et les doigts sont bien redressés. La blessure se réparait sans suppuration, toute complication paraissait conjurée et la guérison semblait devoir être prochaine. Pansements rares. Le blessé est alimenté.

Le 4 et les jours suivants, sauf quelques crises douloureuses passagères réitérées et quelques signes de perversion de la sensibilité, les plaies continuaient à marcher vers la cicatrisation et l'état général s'améliorait, lorsque le 8 décembre au soir le malade se plaint d'éprouver une distension du ventre par des gaz.

Ici nous allons entrer dans une nouvelle phase : celle de la maladie intercurrente, ou plutôt antécédente, comme les aits que nous allons rapporter le prouveront ultérieurement, maladie qui a entraîné la mort. Pour n'avoir pas à interrompre ce nouveau récit, nous terminerons en quelques mots ce qui concerne l'issue de la blessure.

Le 5, la main est dans le meilleur état, la plaie palmaire est presque cicatrisée, et celle de l'avant-bras offre une couche de bourgeons de la dimension d'une lentille. Le pansement est très allégé, les doigts restent à découvert.

Le 6, renouvellement du pansement ; l'aspect du membre est presque normal ; les doigts sont dans l'extension complète ; tout œdème a disparu ; la paume de la main ne présente plus de gonflement que dans le premier espace interosseux. L'orifice de la blessure palmaire est à peu près cicatrisé et l'orifice brachial est oblitéré par une petite couche rosée de bourgeons charnus.

Le 11 décembre, l'état de la main est tout à fait satisfaisant, l'orifice palmaire est cicatrisé, l'orifice brachial n'offre plus qu'une agglomération de petits bourgeons exubérants, que l'on cautérise.

Le 16 au soir, la blessure est complètement guérie, les deux orifices sont cicatrisés.

LA MALADIE.

Nous avons dit que, le 8 décembre, M. Gambetta s'était plaint d'une distension du ventre par des gaz. Un purgatif lui avait été prescrit pour le lendemain.

Les mêmes troubles gastriques, avec du dégoût pour les aliments, se manifestent encore le lendemain 9 décembre et persistent en s'accentuant encore le dimanche 10. Le malade dit que la veille au soir, en faisant des efforts pour aller à la garde-robe, il a ressenti subitement une vive douleur dans le flanc droit. Cette douleur a déterminé de l'insomnie ; l'état saburral est plus prononcé, l'inappétence est complète.

M. Charcot, qui a vu le malade dans la journée, n'a rien trouvé d'anomal à l'examen du ventre, nulle part d'empâtement, seulement un peu de douleur dont le siège est vague, et de la sensibilité sur la paroi latérale et inférieure du thorax du côté droit. Il a été prescrit un lavement purgatif.

Le 11, le visage est légèrement congestionné, la langue blanche et très saburrale, le dégoût pour les aliments absolu. On prescrit 40 grammes de citrate de magnésie.

Le 12, la purgation de la veille ayant été efficace, la nuit a été bonne, l'appétit est revenu.

Les journées du 13 et du 14 sont bonnes.

Le 15, M. Gambetta se plaint de nouveau d'un malaise abdominal ; il a des éructations fréquentes ; il a pu néanmoins sortir pour la première fois et faire, dans son jardin, une petite promenade de vingt minutes qui a paru lui faire le plus grand plaisir.

Le 16, le malade avait de nouveau perdu l'appétit, il n'avait presque pas mangé la veille au soir et il avait éprouvé une sensation de chaleur sans frisson préalable. Il a dormi toute la nuit. Mais le matin il continuait à éprouver le même malaise ; il ressent même d'assez violentes coliques et a des renvois incessants ; sa figure est rouge, son ventre un peu tendu. On prescrit un verre d'eau de Pullna pour le lendemain (il en avait déjà pris un la veille), et dans la journée de la limonade tartrique avec de l'eau de Vichy. Il fait ce jour-là une promenade en voiture et se loue du bien-être qu'il en a ressenti. Néanmoins les éructations persistent ; à six heures, il éprouve une chaleur vive sans fris-

son, qui augmente dans la soirée. A huit heures du soir, la température, qui jusque-là avait oscillé entre 36° et 37°, n'ayant dépassé ce chiffre que deux ou trois fois seulement, notamment le dimanche 10 décembre, où il avait atteint 37°,5 le matin et 37°,6 le soir, s'est élevée à 39°,6, avec un pouls à 88. M. Lannelongue, prévenu aussitôt, se rendit auprès du malade qu'il trouva en pleine transpiration, ressentant une grande chaleur, le ventre tendu et un peu douloureux à la pression du côté droit. Il prescrit pour la nuit limonade, lait froid et 50 centigrammes de sulfate de quinine à la fin de l'accès, et fait prévenir M. Siredey.

Le jour suivant, dimanche 17, la température, le matin, est à 39°,4, le pouls à 80. M. Siredey constate un empâtement douloureux et très circonscrit dans la fosse iliaque droite et déclare qu'il croit à l'existence d'une typhlite. Dans l'après-midi, la température était à 39°,5, pouls 80. A huit heures du soir 39°, pouls 84. Le régime prescrit consiste exclusivement en boissons : limonade tartrique, grogs et bouillons.

Le lundi 18, le matin, M. Siredey, appréciant de la même manière l'état local, conseille la continuation du même régime.

A 6 heures, il se produit pour la première fois un frisson assez intense de 25 minutes de durée, suivi d'une forte impression de chaleur et de quelques efforts de vomissements. La température, qui était le matin de 38°,4, s'élève dans la soirée à 39°,9. A 10 heures survient une abondante transpiration. Il est ordonné 50 centigrammes de sulfate de quinine après l'accès et une dose pareille pour le lendemain matin à la première heure.

Le 19, il y a eu dans la nuit un nouveau frisson très intense d'une demi-heure de durée, suivi d'une forte chaleur, d'une évacuation abondante d'urine et d'une transpiration considérable. Le ventre est souple, l'exploration de la fosse iliaque droite est facile et peu douloureuse superficiellement ; mais, dans la partie la plus élevée, on sent toujours un empâtement profond et douloureux à la pression, de forme allongée et cylindrique ; en ce même point la percussion donne une submatité circonscrite. MM. Lannelongue et Siredey persistent dans leur diagnostic de pérityphlite et prescrivent : régime lacté, boissons fraîches, limonade et eau de Vichy ; 1 gramme de sulfate de quinine dans la journée. La température, qui était abaissée le matin à 36°,4, est remontée le soir à 39°,9.

Le 20. La veille on a fait examiner les urines, que l'on a trouvées épaisses, de couleur jumenteuse et dans lesquelles on a constaté l'existence d'une certaine quantité d'albumine (1gr,42) et de l'indican, qui lui donne sa coloration rouge jaune ; point de glycose. La température, de 36°,2 à huit heures du matin, est à 37° à une heure, à 39°,7 à trois heures après un frisson, à 37°,5 le soir.

Les frissons et les accès fébriles, auxquels succèdent des rémissions complètes avec retour de la température au degré normal et même un sentiment de bien-être, se répètent assez inégalement les jours suivants, 21 et 22 décembre.

Le 23, M. Charcot, appelé sur le désir de M. Gambetta, confirme, après mûr examen, le diagnostic porté par ses confrères. Actuellement, selon lui, l'affection serait une pérityphlite primitive se propageant sur le côlon. Il ne trouve aucun indice de suppuration, ni œdème, ni fluctuation, ni douleurs spontanées. On décide l'application d'un large vésicatoire qui ne sera laissé en place que trois heures, de manière à ne pas dépasser la rubéfaction, et on prescrit 25 centigrammes de calomel en trois paquets, lait, eau rougie, grogs, bouillon, etc.

Le 24 et le 25, deux nuits bonnes et les journées sans incidents notables. Le soir du 25 on constate que l'empâtement est un peu descendu vers l'épine iliaque supérieure et qu'il se prolonge en arrière.

Le 28, consultation entre MM. Charcot, Verneuil, Trélat, Siredey, Gilles, Fieuzal et Lannelongue. Ces médecins, après discussion de toutes les hypothèses possibles, furent unanimement d'accord sur les conclusions suivantes :

Existence de la pérityphlite incontestable ; probabilités très grandes en faveur d'une suppuration autour du gros intestin, dans le tissu cellulo-graisseux sur lequel il repose. Point de collection purulente. Peut-être infiltration de pus : toutes conditions interdisant une intervention chirurgicale qui serait pleine de périls sans donner aucun espoir fondé d'un résultat favorable.

Le malade, qui avait pris la veille deux verres d'eau de Pullna, avait eu une évacuation abondante de matières liquides et de gaz. Continuation du régime : lait, vin et grogs.

Le 29, l'expression faciale est calme, mais la langue est sèche, le ballonnement du ventre est toujours prononcé. Il s'est produit depuis la veille un érysipèle couvrant la partie latérale droite de l'abdomen et le tronc du même côté, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la racine de la cuisse, qui est envahie elle-même en arrière. Les ganglions de l'aine sont douloureux. Potion avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina, grogs et vins généreux.

Le 30, nuit mauvaise, sommeil interrompu, bouche amère, langue sèche, la peau moite, le ventre plus souple ; la voix est moins forte, le nombre des respirations s'élève à 34 par minute. Température 37°,7, pouls 108, le matin ; le soir, température 38°,6, pouls 110.

A quatre heures, une nouvelle consultation a lieu entre MM. Charcot, Verneuil, Trélat, Siredey et Lannelongue, M. Paul Bert étant présent. D'un commun accord les consultants reconnaissent que la situation s'est considérablement aggravée et qu'aucune opération n'est indiquée ni possible ; les seules indications sont relatives à l'état fébrile et au soutien des forces.

Le 31, température 37°, pouls 120, 40 respirations ; affaissement, léger délire, reparaissant à plusieurs reprises ; hoquet pendant quelques instants ; point de souffrance d'ailleurs. On donne du café qui est rejeté ; on recommande l'usage du vin de Champagne, de l'eau-de-vie et du rhum.

A une heure de l'après-midi, la physionomie est calme, mais le visage présente une teinte légèrement violacée, la bouche est extrêmement sèche. Vers deux heures, les parties qui sont hors du lit, les mains surtout, deviennent fraîches ; le pouls oscille entre 120 et 140, avec quelques irrégularités de temps en temps. M. Gambetta possède d'ailleurs toute sa lucidité et ne se plaint d'aucune souffrance. Dans la soirée, le vin de Champagne ayant été mal toléré, il est recommandé de ne plus employer que le thé au rhum et d'entourer le malade de boules d'eau chaude.

A dix heures du soir, M. Lannelongue constate que les symptômes alarmants se sont multipliés et aggravés. M. Gambetta conserve encore sa connaissance et répond un dernier mot à onze heures moins un quart. M. Gambetta rend le dernier soupir, sans secousse, à onze heures cinquante-cinq minutes.

— Avant de faire connaître le résultat de l'autopsie, il faut intercaler ici un renseignement rétrospectif, complémentaire, qui a son importance.

La santé de M. Gambetta laissait beaucoup à désirer depuis plus d'un an ; il éprouvait fréquemment des malaises abdominaux dont il lui répugnait de parler, malgré les conseils de ses amis qui le voyaient souffrir. Il lui est arrivé de quitter plusieurs fois les personnes avec lesquelles il se trouvait ou de se tenir à l'écart d'une conversation, tant la douleur le dominait. Il a parlé lui-même de véritables angoisses d'entrailles qui devenaient fréquentes depuis quelque temps. Enfin, voici à peu près les termes dans lesquels l'un des internes chargés de le soigner, M. Walter, a rapporté une conversation qu'il a eue avec lui :

« Un soir, après dîner, le 9 décembre, M. Gambetta fut pris de douleurs assez pénibles au creux épigastrique, qui furent accompagnées de pyrosis, d'éructations fréquentes et bientôt de nausées et de vomissements. Il dit que souvent, après le repas, il éprouvait les mêmes accidents. La constipation, habituelle chez lui, l'obligeait à prendre, de temps en temps, de l'eau de Pullna, etc. »

L'AUTOPSIE.

L'autopsie est faite le 2 janvier, en présence de MM. Paul Bert, Brouardel, Charcot, Cornil, Trélat, Verneuil, Lannelongue, Siredey, Duval, Fieuzal, Laborde, Gilles et Gibier.

La rigidité cadavérique a disparu. Sur aucune partie du corps il n'existe de traces de violence, si ce n'est celles que l'on connaît sur le membre supérieur droit.

— *Le bras.* Rapportons d'abord ce qu'a montré l'examen de la main et du bras.

Les doigts ont leur volume normal ; la face dorsale de la main ne présente pas d'œdème, mais les tissus mous de la paume sont un peu plus épais que du côté opposé. L'orifice d'entrée du projectile n'est indiqué que par une teinte plus blanche de la peau. L'orifice de sortie présente, au contraire, une teinte grise et un amincissement de la peau.

Les désordres intérieurs produits par le projectile et mis à nu par la dissection de la main sont les suivants :

Il avait ouvert la grande gaine des fléchisseurs dans le milieu de la paume de la main, et en avait parcouru toute la cavité jusqu'à son extrémité antibrachiale. Dans ce trajet, le tendon superficiel de l'index avait été légèrement atteint, le tendon superficiel du médius avait été traversé, les tendons profonds du médius et de l'annulaire, entre lesquels la balle avait cheminé dans une longueur de 2 centimètres, avaient été lésés à leur surface et très contus. Avant de pénétrer dans cette gaine, le projectile avait coupé l'arcade palmaire superficielle ; à sa sortie, il avait légèrement atteint l'artère cubitale et incomplètement coupé le nerf cubital. Le trajet était cicatrisé dans toute son étendue et nulle part il n'y avait trace de suppuration.

— *L'abdomen.* Il n'y a aucune trace de solution de continuité ancienne ou récente de la paroi abdominale. Le tissu cellulo-adipeux sous-cutané de la paroi de l'abdomen est épais de 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, de 8 centimètres au-dessous ; il présente, dans la région hypogastrique, des dilatations variqueuses des veines sous-cutanées.

Le péritoine contient des gaz fétides et une petite quantité de liquide séro-purulent collecté dans les parties déclives. La surface du péritoine pariétal est à peine rosée, sans traces de fausses membranes fibrineuses. Les anses de l'intestin sont libres d'adhérences et ne présentent pas non plus de fausses membranes.

L'intestin grêle et le gros intestin sont très distendus par des gaz, le côlon moins dilaté que le cæcum. Le côlon ascendant présente, un peu au-dessus du cæcum, un pli transversal, sorte de rétrécissement relatif déterminé par la pression du côlon transverse.

La partie postérieure du cæcum est unie à la paroi abdominale par des adhérences résistantes et anciennes. En décollant le cæcum et en le soulevant, on découvre un foyer d'infiltration purulente anfractueux, cloisonné par des brides de tissu cellulaire, contenant environ deux cuillerées de pus. Ce foyer s'étend en haut jusqu'à la partie inférieure de l'atmosphère adipeuse du rein droit, en dedans jusqu'à la colonne vertébrale en arrière du muscle psoas, et il envoie en bas un prolongement long de 3 à 4 centimètres dans le petit bassin. En dehors, ce foyer est limité du côté du péritoine par les adhérences déjà décrites, mais il se propage en avant du fascia iliaca dans l'épaisseur du tissu conjonctif sous-péritonéal. En continuité avec ce foyer, il existe, dans la paroi antéro-latérale de l'abdomen, dans le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal de la région du flanc droit, des îlots disséminés du tissu cellulaire sphacélé, jaunâtre, tels qu'on les rencontre dans le phlegmon diffus.

Le cæcum ouvert laisse voir la valvule iléo-cæcale proéminente, analogue, par sa configuration, au museau de tanche. La saillie qu'elle forme mesure de 3 à 4 centimètres. Au lieu d'être constituée par deux valves minces, au contact l'une de l'autre, la valvule iléo-cæcale présente un bord circulaire, épais, induré, et une ouverture étroite et plissée qui permet à grand'peine l'intromission de l'extrémité du petit doigt.

En ouvrant l'intestin grêle et la valvule iléo-cæcale, on constate derrière le rétrécissement de celle-ci une dilatation, puis un nouveau rétrécissement à 5 ou 6 centimètres de la valvule.

On peut voir, sur la section de l'intestin grêle, que la saillie et le rétrécissement de la valvule sont déterminés par une invagination de l'extrémité inférieure de l'iléon dans le cæcum. La muqueuse de l'intestin grêle, en sortant du rétrécissement, revêt toute la partie externe ou cæcale du rebord épaissi de la valvule. La muqueuse, ainsi réfléchie de dedans en dehors, tapisse un anneau fibro-musculaire très résistant, semi-transparent, de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, qui forme, pour ainsi dire, la charpente solide de la saillie de la valvule de Bauhin.

La muqueuse du cæcum et celle du côlon ascendant sont plus épaissies et plus rigides qu'à l'état normal. Dans la partie postérieure du cul-de-sac cæcal, qui est en rapport avec le foyer purulent, la surface de la muqueuse est lisse, comme tendue et étalée. Dans le côlon ascendant, la muqueuse s'enfonce dans les plis et anfractuosités déterminés par le relief des fibres musculaires, mais on n'y trouve ni ulcérations ni perforations.

L'appendice cæcal s'ouvre dans le cul-de-sac du cæcum par une ouverture assez large. Il est fixé d'abord au cæcum, dont il contourne l'extrémité inférieure, puis il se replie de bas en haut pour passer au-dessous et en arrière du cul-de-sac cæcal. Dans la première partie de son trajet, il est recouvert par la séreuse péritonéale ; mais, dans le reste de sa longueur, il est situé dans le tissu cellulaire interposé

au cæcum et au fascia iliaca, c'est-à-dire dans le foyer purulent rétro-cæcal, adhérent à la paroi postérieure du cæcum, baignant dans le pus.

La surface externe de l'appendice est grise, irrégulière. Il présente, à 2 centimètres de sa terminaison, une bosselure due à un épaississement de sa paroi, et, à côté de cette bosselure, une petite ampoule saillante, percée à son centre. Un peu au-dessus de cette perforation, il en existe une autre plus petite et déprimée. Ces deux perforations communiquent avec la cavité de l'appendice.

L'appendice ne contient aucun corps étranger. Sa muqueuse est lisse et normale dans la première portion, tandis qu'elle est irrégulière, épaissie par places, dans la seconde, surtout près de son extrémité. Elle s'amincit progressivement au niveau des points perforés qui paraissent être le fond d'ulcérations qui ont détruit peu à peu toute la paroi.

De l'examen attentif qui a été fait dans le but de savoir si l'épaississement de la muqueuse était ancien ou récent, M. Lannelongue a été conduit à conclure que la muqueuse de l'appendice était épaissie longtemps avant le début des accidents aigus qui ont déterminé la pérityphlite.

Des considérations nombreuses et des conséquences cliniques, pratiques et médico-légales que l'on pourrait tirer de cette relation, nous n'en voulons retenir ici qu'un petit nombre. La première, c'est que la blessure et la maladie sont deux faits bien distincts et qui cependant ne peuvent et ne doivent pas être complètement dissociés. L'origine de la maladie remontait manifestement au delà de l'époque de la blessure; celle-ci n'est donc pour rien dans sa manifestation, mais il est à peu près impossible de se défendre de l'idée qu'elle a exercé une influence funeste, soit par la commotion organique qu'elle a dû provoquer, soit par le décubitus prolongé et le régime plus ou moins débilitant qu'elle a nécessité, et qu'elle a dû hâter une issue fatale qui n'aurait probablement eu lieu que plus tard.

La deuxième conclusion qui ressort de l'examen nécroscopique, c'est la justification de l'avis de la non-intervention chirurgicale qui a prévalu parmi les consultations et qui paraît même avoir été unanime. L'autopsie a clairement démontré, en effet, que toute intervention eût été non seulement inutile, mais encore nuisible.

PATHOGÉNIE DES KYSTES DE L'IRIS.

LEUR PRODUCTION ARTIFICIELLE PAR DES GREFFES DE LAMBEAUX DE CORNÉE SUR LA MEMBRANE IRIENNE (1).

Par M. le professeur F.-E. Masse (de Bordeaux).

Dans une note du 28 mars 1881, j'avais communiqué à l'Académie des sciences une série d'expériences qui consistaient à greffer sur l'iris des lapins de petits lambeaux de conjonctive et de peau, et j'avais montré qu'à la suite de ces greffes on voyait se développer sur l'iris, soit des tumeurs épithéliales perlées, soit de véritables kystes. Dans de nouvelles expériences, j'ai pu réussir à greffer, dans les yeux d'un certain nombre de lapins et sur leur iris, des lambeaux de cornée comprenant une moitié environ de l'épaisseur de cette membrane.

La cornée à peine greffée, au dixième jour, j'ai vu se développer au voisinage de cette greffe de véritables kystes à parois translucides très légèrement vascularisés au niveau de leur pédicule.

Voici comment je procède à ces expériences : j'enlève avec un couteau de Beer un petit lambeau de cornée de 4 à 5 millimètres de largeur sur 2 à 3 millimètres de longueur au niveau de l'extrémité inférieure de cette membrane ; puis, après avoir ponctionné la cornée vers son extrémité supérieure, j'introduis ce lambeau de tissu dans la chambre antérieure de l'œil. Cette portion de la cornée ne tarde pas à se greffer sur l'iris, elle perd sa transparence et elle se vascularise à l'aide de vaisseaux qui lui viennent de l'iris. Dans plusieurs expériences, j'ai vu se développer au voisinage de la greffe de véritables kystes à parois translucides et dont l'origine doit être certainement attribuée au tissu cornéen anomalement implanté sur l'iris. Ces expériences peuvent avoir une grande importance dans la solution d'un problème de physiologie pathologique dont je cherche depuis longtemps la solution, l'étiologie des kystes et des tumeurs perlées de l'iris chez l'homme.

Dans les traumatismes de l'œil avec plaie pénétrante de la cornée par des instruments peu tranchants, quand il se produit des kystes ou des tumeurs perlées de l'iris, on doit pouvoir attribuer leur origine à la greffe sur cette membrane de diverses portions de tissus que le traumatisme a violemment introduites dans l'œil, de petits lambeaux de peau, de conjonctive ou même de cornée.

Mes dernières expériences prouvent que l'on peut attribuer à cette dernière origine un certain nombre de kystes qui se développent chez l'homme consécutivement à des traumatismes avec plaie pénétrante de la cornée.

(1) Académie des sciences. — Séance du 15 janvier 1883.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 janvier 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Extraction de la cataracte. — M. TERRIER lit un rapport sur un travail de M. Chavernac (d'Aix), ayant pour titre : *Extraction de la cataracte, retour à la méthode de Daviel.* L'auteur, après avoir suivi la mode et eu recours, pendant longtemps, comme presque tous les oculistes, à la méthode de De Graefe, est revenu à la méthode de Daviel, qu'il a modifiée en y ajoutant une iridotomie superficielle. Il a réuni 408 observations, mais il ne donne pas de statistiques. Après quelques critiques relatives au procédé préconisé par M. Chavernac, M. Terrier se déclare partisan des méthodes à petit lambeau.

Élongation des nerfs. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une communication de M. Longuet (de Bourges), relative à un cas d'élongation du nerf dentaire inférieur par la voie buccale. Cette opération a été suivie d'une amélioration de courte durée. Il s'agissait d'un homme de quarante et un ans qui entra le 16 juin 1882 à l'Hôtel-Dieu de Bourges, pour une atroce névralgie du nerf dentaire inférieur droit dont il souffrait depuis quatre ans et qui s'accompagnait d'un tic douloureux.

L'opération fut pratiquée le 4 juillet 1882. Le malade n'ayant plus de dent, on arrive facilement sur l'épine de Spix, et l'on met facilement à nu le nerf qui est élongé avec des ciseaux fermés. La douleur disparaît immédiatement, et la région animée par ce nerf est légèrement anesthésiée, mais l'amélioration ne se maintient pas. Un mois après, les douleurs sont revenues ; seul le tic a définitivement disparu. M. Longuet conclut de cette observation : 1° que l'élongation du nerf dentaire inférieur est facile par la voie buccale ; 2° qu'il suffit, pour la pratiquer, d'un bistouri et d'une paire de ciseaux courbes ; 3° qu'elle n'est point douloureuse et qu'il n'est pas besoin de chloroforme ; 4° qu'il n'y a pas, en ce point, de vaisseaux importants ; 5° que le traumatisme est insignifiant et que la plaie se cicatrice sans laisser de traces ; 6° enfin que le soulagement obtenu est instantané, mais ne dure malheureusement que quelques semaines.

M. Chauvel ne croit pas qu'on puisse affirmer, dans ce cas, que l'élongation ait été faite. L'opération, suivant lui, est plus difficile que semble le croire M. Longuet, et il ne suffit pas, pour la faire, d'un bistouri et d'une paire de ciseaux ; le crochet est

indispensable, d'autant plus qu'il faut se rendre compte exactement de la force employée. D'ailleurs la méthode intra-buccale n'a pas été favorablement accueillie, lors de la récente discussion sur ce sujet. M. Polaillon a préconisé la voie externe (méthode de Waren) avec trépanation de la branche montante. MM. Sée et Gillette préfèrent chercher le nerf en incisant sur le bord postérieur de la branche montante. M. Chauvel fait son incision beaucoup plus haut, au niveau de l'épine de Spix.

L'élongation doit-elle être préférée à la section ou à la résection? C'est à l'avenir de prononcer, bien que jusqu'ici l'élongation paraisse supérieure aux autres méthodes.

M. BERGER reproche au procédé de M. Chauvel d'exposer le nerf cervico-facial et la parotide; il pourrait donner lieu à des fistules consécutives.

M. POLAILLON, dans un premier cas, n'a obtenu, par le procédé de Waren, que trois mois de répit. Dans un second cas, il a non seulement élongé, mais aussi sectionné et arraché le bout nerveux périphérique. Le malade a souffert encore huit ou dix jours après cette opération et a fini par guérir. Dans un troisième cas, la couronne de trépan a coupé le nerf, ce qui a modifié l'opération. Le malade a conservé ses douleurs. Le procédé de Waren offre bien quelques difficultés, mais il ne présente aucun inconvénient consécutif. A ce point de vue, M. Polaillon le préfère à celui de M. Chauvel.

M. THÉOPHILE ANGER fait observer qu'il est très important, dans tous ces cas, de se rendre compte de l'état du nerf. Dans un cas de ce genre, il a constaté l'existence d'une névrite très caractérisée; on comprend, en pareil cas, l'inutilité de l'élongation ou de la section.

M. LABBÉ fait remarquer que la malade de M. Polaillon n'est pas complètement guérie, mais très notablement améliorée.

M. MONOD, dans un cas qui lui est personnel, n'a eu également qu'une amélioration. Il a vu, dans un autre cas, son ami M. Terrillon aborder le nerf par la voie buccale; il y a eu une hémorragie qui a nécessité la ligature de la carotide externe.

M. MARC SÉE se montre partisan de l'incision derrière le bord inférieur du maxillaire. Avec un bon éclairage, on arrive à trouver facilement le nerf. La trépanation de la branche montante est loin d'être une opération simple. Quant à la voie buccale, elle est dangereuse.

L'élongation est préférable à la section et à la résection.

M. FARABEUF fait quelques remarques anatomiques: La disposition des deux tables du maxillaire inférieur détermine une irrégularité qui doit exposer à la rupture du nerf et de l'artère par la couronne de trépan. D'autre part, le ligament sphéno-maxillaire doit bien gêner l'opérateur qui aborde le nerf par la voie postérieure, ainsi que les branches de la maxillaire interne. Enfin la méthode de Waren ne lèse-t-elle pas le masséter au point d'empêcher, pendant longtemps, la mastication?

M. POLAILLON répond qu'en effet la mastication est impossible pendant plusieurs semaines; mais peu à peu les choses reviennent toujours à l'état normal.

M. CHAUVEL constate, en répondant aux diverses objections qui lui ont été faites, que l'élongation paraît préférable à la section simple.

Quant aux procédés opératoires, les résultats sont variables et ce n'est pas encore aujourd'hui que l'on peut se prononcer sur leur véritable valeur d'une façon définitive.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les récompenses suivantes sont accordées aux docteurs en médecine dont les noms suivent, pour leur thèse subie pendant l'année scolaire 1881-1882 :

1° *Médailles d'argent.* — MM. Chauffard, Desnos, Ferré, Guillier, Labbé (Ch.), Lejemble, Leloir, Manouvrier et Servoles.

2° *Médailles de bronze.* — MM. Bénard, Brondel, Cavalcanti, Colovitch, d'Albuquerque, d'Antin, Faisans, Gaucher, Guitter, Haranger, Havage, Masseron, Méricamp, Pruvot, Osorio, Savard, Vallon, Variot, Wuillamier.

3° *Mentions honorables.* — MM. Béchard, Bertheux, Bonnans, Bounot, Boussac, Branly, de Bricon, Brumauld de Montgazon, Castex, Castinel, Castagnéda, Cavagé, Comby, Gauchas, Gautier, Gergaud, Girard, Lacaze-Dori, Meunier, Moizard, Piogey, Reyne, Tisné, Touaille de Larabrie, Vimont.

Prix Lacaze. — Ce prix n'a pas été décerné par insuffisance des travaux présentés. La question, la fièvre typhoïde, est remise au concours pour l'année 1883.

— *Témoignages de satisfaction.* — Conformément à une décision ministérielle du 8 décembre 1871, et sur la proposition du Comité consultatif de santé, le ministre de la guerre a arrêté que les noms des médecins et pharmaciens militaires, ci-après désignés, qui ont produit les meilleurs travaux scientifiques manuscrits, en 1882, seront insérés, à titre de témoignage de satisfaction, dans le *Journal officiel de la République française*, savoir :

MM. Rizet et Weber, médecins principaux de première classe; — Jacob, Paoli et Tarneau, médecins principaux de deuxième classe; — Bouillard, pharmacien principal de deuxième classe; — MM. Annequin, Beltz, Bernard, Guignet, Delmas, Derazey, Dorez, Geschwind, Longet, Maratray, Pineau, Rouflay, Scoutteten, Sifflet, Soulbieu, Tachard et Van Merris, médecins-majors de première classe; — Thomas, pharmacien-major de première classe; — Amat, Boucher, Calmette, Chavasse, Doubre, Dubujadoux, Eude, Forgues, Fournié, Morer, Moty, Poché et Tibal, médecins-majors de deuxième classe; — Amat, Bouvier et Pommay, médecins aides-majors de première classe; — Huble, médecin aide-major de deuxième classe.

— Par décret, en date du 15 janvier 1883, sont nommés, pour l'année 1883 : vice-président du Conseil supérieur de l'instruction publique, M. Berthelot; secrétaire, M. Albert Dumont.

— Par décret, en date du 23 janvier 1883, la section permanente du Conseil supérieur entendue, le droit de délivrer des inscriptions et de faire subir des examens est provisoirement retiré à l'École de médecine d'Arras.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 janvier 1883, les étudiants inscrits à l'École de médecine d'Arras sont admis à faire valoir leur scolarité régulière, antérieure au 15 janvier 1883, devant telle Faculté ou École de médecine et de pharmacie qu'ils choisiront. Ils subiront dans les mêmes conditions l'examen de validation de stage. Les aspirants et aspirantes aux diplômes d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe, de sage-femme et d'herboriste, qui veulent exercer dans le département du Pas-de-Calais, subiront les examens à leur choix, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, ou devant l'École de médecine d'Amiens.

— Par décret, en date du 24 janvier 1883, M. Godot (Étienne-François-Constant), médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. — Emploi vacant par organisation.

— Par décision ministérielle, MM. les docteurs Bourneville et Loiseau ont été nommés membres du Conseil d'hygiène pour l'année 1883, en leur qualité de membres du Conseil général de la Seine.

— Par décision ministérielle, en date du 23 janvier 1883, M. Bedoin (Laurent-Louis-Théodore), médecin-major de première classe, maintenu provisoirement aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, a été désigné pour occuper un emploi de son grade à l'hôpital militaire de Vincennes.

M. Fleury (Gustave-Clément), pharmacien principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon, a été désigné

pour remplir les fonctions de son grade aux hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— Par décision ministérielle, en date du 24 janvier 1883, MM. Utz (Joseph), médecin-major de première classe au 15e régiment d'infanterie, à Castelnaudary, te Cuq (François-Marie-Paul), médecin du même grade au 98e régiment d'infanterie, à Lyon, ont été autorisés à permuter entre eux.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Kunstler, docteur ès sciences naturelles, est nommé, du 1er janvier au 30 octobre 1883, maître de conférences de zoologie.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. Morière, professeur de botanique, minéralogie et géologie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de botanique (chaire transformée).

M. Eudes-Deslongchamps, professeur de zoologie et de physiologie animale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de géologie et paléontologie (chaire nouvelle).

M. Delage, docteur ès sciences, maître de conférences à la Faculté des sciences de Paris, est chargé du cours de zoologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Caen, en remplacement de M. Eudes Deslongchamps, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — La chaire de minéralogie, géologie et botanique prend le titre de chaire de botanique. Il est créé à la même Faculté une chaire de minéralogie et de géologie.

M. Collot, docteur ès sciences, est chargé du cours de minéralogie et géologie (chaire nouvelle).

— Les brancards, déposés à Paris, dans les commissariats de police, les postes de police, les casernes, etc., sont au nombre de 243. Ils ont servi, du 1er septembre au 31 décembre 1882, à transporter 257 malades ou blessés.

L'Alimentation dans la tuberculose, par le docteur J. Pelletan, directeur du Journal de Micrographie. Grand in-8° de 52 pages. — Prix : 3 francs — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13990.

N° 12. — MARDI 30 JANVIER 1883. 56e ANNÉE. MARDI 30 JANVIER 1883. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE..	3 mois : 10 fr. ».	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. Traitement chirurgical des névralgies : section, résection, cautérisation, élongation, arrachement des nerfs. — HÔPITAL ROTHSCHILD. Du plexus solaire dans la fièvre typhoïde. — Recherches expérimentales sur la température locale des membres après l'élongation des nerfs périphériques. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Traitement chirurgical des névralgies : section, résection, cautérisation, élongation, arrachement des nerfs.

Ceux d'entre vous qui suivent habituellement ces cliniques, se rappelleront que dans celle du 16 janvier 1882, nous avons opéré une femme, âgée de soixante-deux ans, qui était entrée dans nos salles pour des névralgies extrêmement intenses qu'elle rapportait plus spécialement au trajet connu des nerfs temporal superficiel et sous-orbitaire. Tous les traitements médicaux employés depuis deux ans qu'elle était malade, étant restés sans résultat, nous nous décidâmes à recourir, chez elle, à une méthode qui nous a souvent réussi et qui consiste à pratiquer l'élongation et l'arrachement des nerfs malades.

Vous vous rappelez que nous mîmes à nu le nerf sous-orbitaire par une incision faite à son niveau, à travers la joue, de façon à bien l'observer à sa sortie du trou osseux, que nous exerçâmes sur lui de fortes tractions retentissant à la fois sur le bout central et sur le bout périphérique, que nous en fîmes ensuite l'excision au niveau des parties molles et l'arrachement dans le trajet osseux. Quant au nerf temporal superficiel, il fut mis à nu à partir de son point d'émergence au-dessous de l'os malaire, jusqu'à 3 centimètres au-dessus ; il fut élongé, puis excisé sur toute la longueur de la plaie et son bout central fut arraché. Aussitôt après l'opération, cette malade s'est trouvée soulagée et jusqu'ici la guérison se maintient.

Je vais pratiquer aujourd'hui une opération analogue sur un homme âgé de cinquante-cinq ans, qui est entré dans nos salles le 19 mai 1882. Il s'agit d'un malade exerçant la profession de cuisinier, qui, en 1875, fit une chute de voiture et se fractura la rotule. Huit jours après apparurent des douleurs dans la partie droite de la tête et du crâne. Ces accès douloureux durent quelques mois, puis cessent pour reparaître ; ils sont continus depuis un an. Les douleurs sont bien limitées à la région de la tempe, surtout marquées sur le trajet du temporal superficiel, puis aux parties innervées par le dentaire inférieur. Elles sont exagérées par le mouvement. Il y a de l'hyperesthésie au niveau de l'oreille. Enfin la face présente des troubles trophiques de toute évidence. Tous les moyens calmants ou révulsifs ayant été employés sans succès, je vais mettre le nerf sous-orbitaire à nu, en pratiquer l'élongation et l'arrachement, puis nous verrons si l'action portée sur cette branche moyenne suffira pour calmer les douleurs qui siègent sur les autres branches.

La ligne de conduite que nous suivons, dans ces cas, nous a été dictée, depuis longues années, par ce que l'expérience nous a appris au sujet de la facilité avec laquelle reparaissent certaines névralgies dites essentielles de la face, lorsqu'elles ont été traitées par la section simple ou par la résection d'une partie trop peu étendue du nerf. Ce n'est pas que ces deux méthodes soient nécessairement impuissantes. Chez quelques malades, elles nous ont donné d'excellents résultats. Il nous est même arrivé, à la face, d'obtenir des guérisons qui datent aujourd'hui de plus de vingt années, par le *pincement* seul de filets sensitifs, quelquefois assez peu importants, comme ceux qui accompagnent l'artère temporo-frontale. C'est ainsi qu'il y a une vingtaine d'années, chez une malade âgée de soixante ans environ, qui souffrait beaucoup, depuis plusieurs années, de névralgies rebelles limitées à la région temporo-frontale, nous avons obtenu une guérison radicale et définitive, par le pincement seul de l'artère et du nerf temporo-frontal. Cette malade dirige actuellement, à Paris, une maison de santé.

A l'occasion d'une autre malade dont nous avons relaté autrefois l'observation dans nos travaux sur le pincement des vaisseaux, nous avons fait ressortir les avantages qu'il peut y avoir à oblitérer d'une façon définitive le trajet de l'artère au moyen de la pince qui est en même temps laissée à demeure sur le trajet du nerf. (Voy. *Forcipressure*, par Deny et Exchaquet, p. 59. Obs. XXXI.)

Il est bien entendu que la pince, dans ces cas, doit être laissée à demeure pendant plus de vingt-quatre heures ou même deux ou trois jours, de façon à obtenir la mortification, entre ses mors, des filets nerveux et des parois des vaisseaux sanguins.

Chez d'autres malades, le pincement des nerfs seul, fait à plusieurs hauteurs, nous a également réussi. Mais nous devons avouer que chez la plupart de ceux auxquels nous avons vu faire la névrotomie simple ou une résection trop peu étendue, la récidive a eu lieu dans un intervalle de temps variant de un à trois ans. Aussi avons-nous pris soin, dans la presque totalité des cas, de faire la résection aussi

largement que possible. Voici comment nous agissions autrefois, lorsque nous avions affaire aux principaux nerfs qui sont habituellement des foyers douloureux.

Pour le *nerf sous-orbitaire*, nous mettions à nu ce nerf à son orifice de sortie du canal osseux, par une incision directe, à travers les téguments de la face, de préférence à l'incision intra-buccale. Quand le nerf était à découvert, nous attirions, avec un crochet mousse, son pinceau de tubes, de façon à exercer sur eux une forte traction et à n'en épargner aucun. Ceci fait, nous le coupions au ras du périoste et nous excisions tous les filets terminaux le plus loin possible. En même temps, nous exercions une forte traction sur le bout central, de façon à l'attirer autant que possible en dehors et à l'arracher. Il était impossible, par ce moyen, d'en obtenir plus de 1 ou 2 centimètres. En outre, pour mieux nous assurer contre le retour de la circulation nerveuse, nous introduisions dans la moitié antérieure du canal un double fil de platine rougi par l'électricité ou un cautère extrêmement fin.

Pour le *nerf dentaire inférieur*, nous agissions de même avec cette différence que nous pouvions introduire le fil de platine rougi, sans inconvénients, le plus loin possible, dans le canal dentaire, ce qui nous permettait d'en détruire une étendue de 5 centimètres. La destruction des enveloppes du nerf était aussi complète que possible dans les deux cas, puisque nous avions une destruction par cautérisation du périoste. En même temps nous faisions le pincement de l'artère et du nerf dentaires à leur entrée dans l'orifice supérieur du canal dentaire, suivant les règles dont nous avons parlé plus haut, ou nous en interceptions la continuité par la rupture combinée à l'arrachement. Nous avions soin d'insister surtout sur cette condition lorsqu'il y avait un foyer douloureux en ce point en même temps qu'il y en avait un autre près de l'extrémité terminale du nerf.

Pour le *nerf temporal superficiel*, après l'avoir mis à nu nous en pratiquions la section au niveau de son point d'émergence au-dessous de l'os malaire, en même temps que l'arrachement du bout central et de la plus grande étendue possible de l'extrémité périphérique. Lorsqu'il y avait à la fois des irradiations douloureuses sur le trajet de ses filets frontaux et temporaux, nous disséquions, sous forme de lambeaux, dans l'étendue de 3 à 4 centimètres, et nous rejetions sur les côtés les parties molles qui recouvraient ces divers filets nerveux que nous avions soin d'enlever en même temps que la couche celluleuse qu'ils traversaient.

Pour le *nerf sus-orbitaire*, nous nous sommes toujours bornés à l'élongation faite avec prudence, en raison des troubles réflexes que nous avions si souvent observés à l'occasion des traumatismes dont il est le siège.

Pour le *nerf nasal-externe*, le *naso-lobaire*, nous avons combiné l'ablation par dissection et l'arrachement.

Les résultats que nous avons obtenus par ces méthodes combinées ont été variables. Chez un malade qui exerçait a profession de jardinier, au service du gendre de Nélaton, et qui nous fut adressé par lui, en 1862, nous vîmes une névralgie, datant d'une vingtaine d'années, céder complètement. Cependant elle réapparut avec une certaine intensité au bout de trois années. Nous avions détruit le nerf dentaire dans presque toute la longueur de son trajet osseux, par la cautérisation, au moyen du fil de platine rougi; nous avions fait l'arrachement des filets terminaux avec des pinces; nous avions rompu le nerf au moyen d'un crochet mousse, à son entrée dans le canal dentaire. La douleur reparut en ce dernier point. Nous proposâmes à ce malade de poursuivre la résection plus haut; ce qu'il a eu le tort de refuser.

Nous pratiquâmes la même opération chez Mme R... (de l'Yonne), âgée de soixante ans, qui nous fut adressée en avril 1877, par M. le docteur Chavanges. Cette dame, depuis une dizaine d'années, souffrait de crises de névralgies faciales intolérables dont le siège était sur le trajet du nerf maxillaire inférieur. Le nerf dentaire, à sa sortie du maxillaire inférieur, fut mis à nu et cautérisé aussi profondément que possible, avec le thermo-cautère, dans son trajet à travers le canal osseux. A partir de cette époque, les douleurs locales, l'insomnie, la fièvre, l'amaigrissement disparurent. Mais au mois d'octobre suivant, Mme R... vint nous retrouver avec une névralgie non moins intense du sous-orbitaire. Nous pratiquâmes sur ce nerf la même opération que sur le maxillaire inférieur, et depuis la guérison s'est maintenue définitivement. Il y a aujourd'hui plus de quatre ans.

Peu de temps après que nous avions pratiqué cette seconde opération, nous opérâmes une autre malade, Mme Ch..., qui nous était adressée par le docteur Tarnowski. Cette femme, âgée de plus de soixante ans, éprouvait, depuis plusieurs années, des douleurs terribles et que rien ne put calmer, sur le trajet du nerf sous-orbitaire. Nous détruisîmes le nerf sous-orbitaire comme chez Mme R... Il y eut une récidive au bout de cinq mois. Pensant qu'elle pouvait être due à la compression de la partie restante de ce nerf, nous agrandîmes son trajet, à l'aide d'une petite résection de la paroi interne du sinus maxillaire de façon à mieux atteindre le bout central, et nous pûmes constater la présence, dans le sinus, d'une certaine quantité de pus qui nous obligea à faire le drainage selon le procédé décrit dans la seconde édition de l'ouvrage de Nélaton (tome III, page 790).

Quelques mois plus tard, je fus appelé par le docteur Delineau auprès d'un homme âgé de soixante-dix ans qui, depuis fort longtemps, souffrait horriblement de névralgies bien limitées au trajet du nerf sous-orbitaire. Je pratiquai l'arrachement du nerf sous-orbitaire par le même procédé que chez les deux précédentes malades. Les douleurs disparurent complètement pendant une année. Un an après, elles apparurent de nouveau brusquement dans le même point. Nous mîmes à nu ce qui restait du nerf sous-orbitaire. Nous ouvrîmes la paroi antérieure du sinus maxillaire et nous détruisîmes à la fois par l'excision et la cautérisation tout ce qui restait de ce nerf.

Je dus également pratiquer la même opération chez M. R..., âgé de soixante-quinze ans, qui, depuis trente ans, souffrait de névralgies intolérables irradiant dans l'os de la pommette et dans les parois orbitaires.

Le 15 mars 1879, je fis, avec les docteurs A. Brochin et Barrault, une incision en T au niveau du trou sous-orbitaire, et mis à nu le nerf que je trouvai hypertrophié, non seulement à sa sortie du trou sous-orbitaire, mais encore sur toute sa longueur. J'en fis l'évidement jusque dans l'épaisseur de la lèvre. Je fis l'arrachement du tronc au delà de la sortie du nerf par le trou orbitaire; j'agrandis un peu cet orifice avec la gouge pour éviter la compression de ce nerf et pouvoir le détruire jusque dans le canal osseux lui-même. Les douleurs disparurent presque aussitôt après l'opération, mais pour reparaître quelques mois après avec la même inten-

sité. Je pratiquai ainsi, dans l'espace de deux ans, deux opérations de même genre chez ce malade, et je fus assez heureux, chaque fois, pour faire disparaître, au moins pendant plusieurs mois, les souffrances qui lui avaient rendu la vie intolérable.

Ces quelques observations auxquelles j'en pourrai joindre beaucoup d'autres, suffisent, je pense, pour démontrer la nécessité, dans ces sortes d'opérations, de recourir aux moyens les plus propres à assurer la destruction d'une partie suffisamment étendue du nerf qui est le point de départ des douleurs.

HOPITAL ROTHSCHILD. — M. LEVEN.

Du plexus solaire dans la fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde, dont le principe morbide peut frapper tout l'organisme en même temps, détermine le plus ordinairement des symptômes cérébraux caractérisés au début par des maux de tête, des lourdeurs de tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles et du délire. Mais elle peut atteindre également le plexus solaire, si elle a irrité ce plexus, ce que l'on constate par la douleur que l'on réveille en pressant la ligne médiane de l'estomac. Les malades vomissent le lait et les tisanes, et c'est à tort que donnant à cette fièvre typhoïde un nom spécial, on l'a appelée fièvre typhoïde à forme gastrique.

Dans la dernière épidémie de fièvre typhoïde que nous venons de traverser et qui m'a conduit une centaine de malades à l'hôpital Rothschild, chez le plus grand nombre le plexus solaire et ses dépendances n'étaient pas sensibles à la pression. Les malades n'eurent, pendant toute la durée de la maladie, ni diarrhée, ni tympanite, ni douleur de la fosse iliaque, ni hémorragie.

Les symptômes abdominaux décrits dans les traités classiques paraissent dus plutôt au traitement de la maladie qu'à la maladie elle-même.

La constipation est le fait habituel qui se présente chez ces malades, et je me garderais bien de leur donner un purgatif qui n'a qu'un effet, c'est d'exciter le plexus solaire et ses dépendances.

Un purgatif dans l'état fébrile suffit pour déterminer son irritation et produire la diarrhée et alors les ganglions nerveux du grand sympathique placés sur la ligne du nombril et à 4 centimètres de distance, deviennent douloureux à la pression.

Comme ils président à la fonction du gros intestin, immédiatement il se distend. Quand le ganglion droit est irrité, la peau et les muscles de toute la région droite de la partie inférieure de l'abdomen s'hyperesthésient.

Il est facile de confondre cette hyperesthésie avec une douleur de la fosse iliaque elle-même.

Cette méthode, qu'on a tant préconisée, de traitement par les purgatifs, ne paraît avoir qu'un effet : elle aggrave l'état des malades sous prétexte de chasser des matières putrides qui infectent l'économie.

J'avais soin, aussitôt que la diarrhée se produisait par une cause quelconque, — ce qui était très rare, — ou que la diarrhée avait été occasionnée par un purgatif donné en ville, de l'enrayer avec des préparations de bismuth, et l'état du malade s'améliorait.

La diarrhée augmentait l'état adynamique, diminuait les forces du malade et rendait la situation plus grave.

Je n'ai employé que de la quinine à la dose de 40 centigrammes par jour.

Nous faisions deux lavages à l'eau vinaigrée chaque jour et nous les nourrissions avec un litre de lait, 200 grammes de café, deux potages, et nous n'avons eu qu'une mortalité de 4 à 5 p. 100.

Le but de cette communication est de montrer que la fièvre typhoïde a moins de gravité si on n'excite pas le système nerveux abdominal par des purgatifs ; que les symptômes abdominaux sont le fait de la thérapeutique plus que de la maladie, et que la douleur de la fosse iliaque signalée comme caractéristique me paraît avoir été confondue avec l'hyperesthésie des parois abdominales suscitée par l'excitation du ganglion nerveux droit.

On discute actuellement les médications réfrigérantes par les bains, par le salicylate, par les médicaments de tout genre, et on ne connaît pas encore les faits fondamentaux de la maladie.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR LA TEMPÉRATURE LOCALE DES MEMBRES, APRÈS L'ÉLONGATION DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES.

Par le docteur P. REDARD, chef de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié.

Les auteurs qui ont publié leurs recherches sur l'élongation des nerfs, n'ont signalé dans aucune de leurs observations l'état de la température locale des membres, après l'opération.

Nous avons étudié cette question, dans des expériences instituées au Muséum d'histoire naturelle, sur des chiens et des lapins.

Nous avons pratiqué l'élongation du nerf sciatique, soit en exerçant une traction brusque sur le nerf, soit en écrasant le nerf sur une sonde cannelée, ou en saisissant un segment du nerf avec deux pinces, l'une placée du côté du bout central, l'autre, du côté du bout périphérique, et en exerçant une traction assez forte. C'est ce dernier procédé que nous avons employé le plus souvent.

Il est nécessaire, si l'on veut obtenir des résultats thermométriques précis, de ne pas anesthésier l'animal en expérience, on doit surtout éviter de lui donner de la morphine. Nous avons observé, en effet, que la température des membres, en dehors de toute opération, s'élève au début chez l'animal soumis à la morphine ; elle subit des modifications notables à des intervalles rapprochés.

Les expériences doivent se pratiquer rapidement, en évitant de laisser l'animal immobile pendant un certain temps.

La méthode thermo-électrique présente, pour la recherche de la température des membres, des avantages très marqués sur l'exploration par le thermomètre.

Si l'on veut se servir du thermomètre, il faut que l'instrument employé ait un petit réservoir allongé, qui puisse s'introduire facilement par une petite incision pratiquée à la peau.

Les résultats que nous avons obtenus dans nos diverses expériences sont concordants et peuvent se résumer ainsi :

Immédiatement après l'élongation du nerf sciatique, la température du membre opéré *s'abaisse* assez notablement (1 à 2 degrés).

Exceptionnellement et lorsque la distension nerveuse est peu marquée, on peut observer une légère élévation thermique, bientôt suivie d'abaissement.

Du côté opposé sain, la température subit des modifications très appréciables, elle s'abaisse, mais à un degré moindre que du côté opposé.

L'abaissement de la température du côté opéré est persistant (deux, trois mois) ; il disparaît *du côté sain* au bout de deux à trois jours.

Dans les cas où la plaie résultant de l'opération est enflammée

et suppurée, la température du membre élongé est relativement élevée et a dépassé de quelques dixièmes, dans certains cas, celle du côté sain.

Dans les cas où des troubles trophiques et de l'atrophie surviennent, la température peut s'abaisser du côté opéré de 2 à 3 degrés.

La simple traction sur un segment de nerf amène des modifications thermiques aussi marquées que la distension brusque d'une grande étendue du nerf.

A la suite de l'élongation du nerf, les troubles moteurs sont peu marqués; il existe de l'hyperesthésie et surtout de l'anesthésie des deux derniers doigts.

Les résultats thermométriques obtenus à la suite de l'élongation sont à rapprocher de ceux observés dans la contusion des troncs nerveux mixtes. Après la contusion nerveuse, de même qu'après l'élongation, la température des membres correspondants s'abaisse.

Ce résultat était facile à prévoir, l'élongation nerveuse étant une contusion expérimentale ou chirurgicale; la température subit, dans les deux cas, les mêmes modifications.

Les modifications de la température, observées à distance sur le membre du côté opposé sain, prouvent, contrairement à ce qu'a soutenu Vogt, que l'élongation nerveuse retentit sur le système nerveux central.

Elles confirment les expériences de Tarchanoff, Quinquaud, Scheving, Brown-Séquard, qui ont noté, à la suite de l'élongation nerveuse, un retentissement sur le nerf du côté opposé (hyperesthésie, retour de la sensibilité, s'il y avait avant anesthésie).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 janvier 1883. — Présidence de M. Pouchet.

COMMUNICATIONS

Pouvoir toxique des sels métalliques. — M. RABUTEAU poursuit le cours de ses études sur ce sujet. Il fait connaître les résultats de ses recherches sur le thallium. Les sels de thallium ont des effets identiques à ceux du plomb.

Effets physiologiques des applications externes de chloral. — M. BROWN-SÉQUARD montre un cobaye dans le conduit auditif droit duquel il a introduit du chloral anhydre. Du même côté, cet animal présente une perte complète du mouvement volontaire; la sensibilité, de ce côté, persiste, elle est même exagérée. Il résulte, des nombreuses expériences de M. Brown-Séquard sur ce sujet, que suivant le point d'application d'un irritant, tel que le chloral, on obtient des effets opposés, soit une paralysie absolue, soit une anesthésie complète. Appliqué, par exemple, sur la peau, le chloral détermine l'anesthésie de tout le côté correspondant; appliqué dans l'oreille, il détermine, au contraire, la perte du mouvement volontaire et la sensibilité est conservée, souvent même exagérée, comme cela a lieu chez le cobaye que M. Brown-Séquard montre à la Société.

M. LABORDE fait observer que ce cobaye présente un phénomène de roulement sur lui-même identique à celui que produit la lésion des canaux semi-circulaires. Il y a donc lieu de penser que l'introduction du chloral dans l'oreille détermine, dans ce cas, une excitation des filaments périphériques qui se rendent aux canaux semi-circulaires.

M. BROWN-SÉQUARD a, depuis longtemps, démontré que c'est l'irritation du nerf auditif, même les canaux semi-circulaires étant coupés, qui détermine le phénomène de roulement.

M. LABORDE revient, en quelques mots, sur la communication faite par M. Bochefontaine dans la dernière séance relativement à l'action du sulfate de quinine, et annonce qu'il aura lui-même une nouvelle communication à faire sur ce sujet dans la prochaine séance.

M. Laborde dépose ensuite sur le bureau un travail de M. Ferdinand Vigier sur l'élimination du borate de soude par la salive et par les urines.

Retard du pouls dans l'insuffisance aortique. — M. FRANÇOIS FRANK rappelle qu'il a déjà entretenu la Société des résultats de ses recherches sur les causes du retard du pouls dans l'insuffisance aortique. On sait qu'il est arrivé à cet égard à des conclusions contraires de celles qu'a formulées M. Tripier (de Lyon), et que pour lui le retard du pouls est diminué dans l'insuffisance aortique. Son interprétation de ce phénomène a été adoptée par MM. Potain et Constantin Paul. Il a entrepris depuis une nouvelle série d'expériences qui, jointes aux résultats des observations cliniques, conduisent à cette conclusion que, contrairement à ce que l'on a dit jusqu'ici, il n'est pas exact que la pression artérielle soit abaissée par le fait de l'insuffisance aortique; donc les conséquences que l'on en avait tirées sont elles-mêmes inexactes.

De la médecine pratiquée par les animaux. — M. G. DELAUNAY fait une communication sur la médecine pratiquée par les animaux. Cette médecine instinctive est purement empirique, mais il en est de même de la médecine pratiquée par les races humaines inférieures, c'est-à-dire par l'immense majorité de l'espèce humaine.

Hygiène. Les animaux choisissent instinctivement les aliments qui leur conviennent. M. Delaunay soutient que cet instinct existe également chez l'homme, et reproche aux médecins de ne pas tenir compte du goût des individus qui est un guide sûr. La femme a plus souvent faim que l'homme et n'aime pas les mêmes aliments que lui; cependant, dans les asiles de vieillards, on soumet les deux sexes exactement au même régime. On donne aux enfants à peine sevrés une nourriture d'adulte : viande noire, vin, qui leur répugne et ne leur convient pas. D'après une enquête faite par M. Delaunay dans les asiles de Paris, les enfants n'aiment guère la viande que vers cinq ans.

Il faut laisser les gens qui aiment le sel, le vinaigre, etc., satisfaire leur goût. Lorain professait qu'en matière d'alimentation, le goût est le meilleur guide.

Nombre d'animaux se nettoient, se baignent (éléphants, cerfs, oiseaux, fourmis, etc.).

M. Delaunay pose en règle générale qu'aucune espèce animale ne s'expose à absorber les émanations provenant de ses excréments. Certains animaux défèquent loin de leur habitation; certains enterrent leurs excréments; d'autres transportent au loin ceux de leurs petits. Sous ce rapport, les animaux sont plus prévoyants que nous qui gardons nos matières dans des fosses fixes pendant des années, ce qui occasionne des épidémies.

Relativement à la reproduction, tous les mammifères allaitent, soignent leurs petits, les tiennent propres, les sèvrent, font leur éducation. Ces divers instincts maternels sont souvent peu développés chez la femme des pays civilisés.

En somme, au point de vue de l'hygiène, l'homme aurait beaucoup d'emprunts à faire aux animaux.

Thérapeutique; Maladies. Les animaux se débarrassent de leurs parasites au moyen de la poussière, de la boue, de la terre glaise, etc. L'hirondelle jette par-dessus bord un petit couvert de vermine pour protéger les autres petits.

Les animaux ayant la fièvre se mettent à la diète, gardent le repos, recherchent l'obscurité et les endroits frais, boivent de l'eau et vont même jusqu'à se plonger dans l'eau.

Quand un chien a perdu l'appétit, il mange du chiendent qui agit comme vomitif et comme purgatif. Le chat mange également de l'herbe. Les moutons et les vaches malades rechercheraient certaines herbes.

Les chiens constipés ingèrent avec avidité les corps gras : huile, beurre, jusqu'à ce qu'ils soient purgés. Il en est de même des chevaux.

Un animal atteint de rhumatisme chronique se tient constamment au soleil.

Blessures. Les fourmis guerrières ont des ambulances organisées. Latreille ayant coupé les antennes d'une fourmi, d'autres fourmis arrivèrent et recouvrirent les blessures d'un liquide transparent qu'elles tiraient de leur bouche. Le chimpanzé blessé arrête le sang en appliquant la main sur la plaie ou en la pansant avec des feuilles et du gazon. Un animal blessé, ayant un membre pendant, achève l'amputation avec ses dents.

M. Frédet (du Puy-de-Dôme) a observé qu'un chien, piqué au museau par une vipère, se plongeait incessamment, pendant plusieurs jours, la tête dans l'eau courante. Ce chien a guéri. Un chien de chasse appartenant à M. Planckaert, à Avize (Marne), ayant été écrasé par une voiture, s'est couché dans un ruisseau et y est resté pendant trois semaines en hiver. On lui portait à manger là. Ce chien a guéri.

Un chien terrier, dont le propriétaire demeure 82, rue Claude-Bernard, ayant une lésion à l'œil droit, s'est couché sous un comptoir fuyant la lumière et la chaleur (habituellement il se tenait près du poêle); il s'est traité par la diète et le repos. Comme traitement local, pendant deux jours et deux nuits consécutifs, il se léchait le dessus de la patte droite et s'appliquait l'œil sur la partie mouillée; puis quand c'était sec, il recommençait.

Les chats blessés se soignent également par l'irrigation continue. M. Delaunay cite le cas d'une chatte qui est restée pendant un certain temps couchée au bord d'une rivière, et celui d'un chat de trois mois qui pendant quarante-huit heures est resté sous un jet d'eau froide.

Ainsi les animaux atteints de fièvre traumatique se traitent par le froid continu. M. Delaunay croit que cette méthode de traitement est plus sûre que les autres.

Conclusion. L'hygiène et la thérapeutique pratiquées par les animaux méritent d'être étudiées au point de vue de la psychologie. De plus, la médecine vétérinaire et même la médecine humaine pourraient peut-être puiser des indications utiles dans une médecine qui, justement parce qu'elle est instinctive, ne peut qu'être favorable à la conservation ou au rétablissement de la santé.

La séance est levée.

Séance du 27 janvier 1883. — Présidence de M. Paul BERT.

COMMUNICATIONS

Action des alcools. — M. COUTY (de Rio-de-Janeiro) adresse une note ayant pour titre : « Action des alcools sur l'excitabilité du cerveau. » L'auteur arrive à cette conclusion que l'alcool, aux doses où l'homme le consomme à l'état d'ivresse, augmente légèrement les phénomènes d'excitabilité corticale.

Du plexus solaire dans la fièvre typhoïde. — M. LEVEN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Contractilité utérine sous l'influence des courants électriques. — M. ONIMUS, à l'occasion des communications faites dans les séances précédentes par M. Dembo (voyez *Gazette des hôpitaux*, 9 janvier 1883), rappelle les recherches qu'il a faites sur le même sujet. Il prétend et maintient que, chez la femme, l'utérus vide n'est guère contractile par les courants électriques ni par d'autres agents; qu'à l'état gravide, il peut devenir plus excitable, mais bien difficilement; et enfin que les courants électriques n'ont guère d'action que lorsque, pour une cause quelconque, les contractions physiologiques ont commencé. M. Dembo ne base ses conclusions que sur des expériences faites sur des lapines. Il prétend que l'utérus non gravide est très contractile ; M. Onimus est de son avis s'il s'agit d'animaux chez lesquels l'utérus est un organe des plus actifs et surtout si on expérimente sur des animaux jeunes. Il n'en est déjà plus de même chez la chienne et à plus forte raison chez la femme. M. Dembo prétend aussi que l'agent thermique est plus actif que l'agent électrique, se basant sur ce que l'utérus d'une lapine en voie de délivrance étant extirpé et plongé dans un bain à 40°, le travail de la délivrance a été accéléré, tandis que, dans les mêmes conditions, il ne l'est pas par les courants électriques. Mais, selon M. Onimus, alors même qu'on n'aurait pas plongé cet utérus dans de l'eau à 40°, le seul fait de l'agonie et de l'arrêt brusque de la circulation aurait ramené des contractions.

M. Onimus croit, avec M. Dembo, que les courants électriques ne peuvent pas provoquer d'accouchement prématuré chez les lapines. Si chez la femme on réussit parfois dans ces cas, c'est que les contractions physiologiques ont déjà commencé. D'ailleurs l'introduction d'un réophore dans le col agit déjà comme corps étranger. En résumé, si l'on veut s'appuyer sur les faits physiologiques pour cette étude clinique, on ne peut le faire qu'en entreprenant des expériences sur les animaux élevés, sur la chienne tout au moins. Enfin M. Onimus préfère les courants continus aux courants induits, l'action des premiers étant plus considérable.

En résumé, maintient M. Onimus, la matrice est influencée par les courants électriques à l'état ordinaire ; elle l'est plus facilement à l'état gravide. Les courants continus ont une action plus manifeste ; leur maximum d'action a lieu lorsque, pour une cause quelconque, il y a un commencement de contraction dite spontanée.

M. DE SINÉTY fait observer qu'une excitation portée sur le col par la présence seule d'un hystéromètre peut déterminer des contractions spontanées de l'utérus, à l'état de vacuité.

M. ONIMUS croit que la contractilité de l'utérus à l'état de vacuité est extrêmement faible, mais qu'elle est augmentée par un état de congestion ou d'inflammation de l'organe.

M. DUMONTPALLIER rappelle que la présence d'un corps fibreux, la présence d'une tige de laminaire ou simplement d'un hystéromètre, peuvent déterminer des contractions utérines et que, conséquemment, il est impossible de nier la contractilité de de l'utérus à l'état de vacuité.

Température des membres après l'élongation des nerfs périphériques. — M. REDARD fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 janvier 1883. — Présidence de M. MILLARD.

COMMUNICATIONS

La syphilis chez le singe. — M. MARTINEAU fait connaître les nouvelles lésions qui se sont produites chez le singe, dont il a déjà entretenu la Société dans la dernière séance. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 68.) Au cinquante-quatrième jour de l'inoculation sont survenues des syphilides érosives, puis, les jours suivants, des syphilides papulo-érosives, et, enfin, une syphilide papulo-diphtéroïde. Le 22 janvier, c'est-à-dire soixante-huit jours après l'inoculation, toutes ces syphilides étaient cicatrisées ou guéries. Actuellement (26 janvier) ce singe ne présente pas d'autres lésions. On peut seulement constater chez lui que les chancres ont laissé des nodus indurés et que l'épiderme présente une coloration brunâtre. On sait que chez l'homme le chancre syphilitique induré ne laisse pas de traces, quand il n'a pas été irrité par des traitements locaux. Chez le singe inoculé par M. Martineau, la température, d'ailleurs très difficile à prendre, oscille toujours autour de 38°, 38°,2. Les poils de cet animal commencent à tomber; il maigrit et devient moins agile. Aujourd'hui 26 janvier, ni la muqueuse buccale, ni la peau ne présentent de traces de lésions syphilitiques.

M. FÉRÉOL demande à M. Martineau s'il y a eu un moment, si court soit-il, entre la cicatrisation des chancres et l'apparition des syphilides érosives. On croirait, en effet, à voir les pièces, qu'il s'agit plutôt d'une transformation du chancre en syphilide érosive que de syphilides ayant succédé, après un laps de temps plus

ou moins court, à un chancre ayant achevé son évolution.

M. MARTINEAU répond que la syphilis a suivi, chez ce singe, la même marche que chez l'homme. Il n'y a pas eu d'intervalle bien net entre la cicatrisation du chancre et l'apparition des syphilides. Ne voit-on pas, chez beaucoup de syphilitiques, évoluer les syphilides avant la cicatrisation complète du chancre? Dans d'autres cas, il y a bien réellement transformation du chancre en syphilide érosive. Mais ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées chez cet animal.

Rapports du tubercule et de l'inflammation. — **M. KIÉNER** expose ses idées sur ce sujet en s'appuyant sur un travail récent entrepris avec M. Poulet sur l'ostéite tuberculeuse ou carie des os. Il passe d'abord en revue les rapports anatomiques du tubercule osseux et de l'inflammation ; dans la forme primitive et chronique, le tubercule ne provoque pas d'inflammation ; les follicules nettement circonscrits évoluent isolément et les tissus ambiants présentent seulement des lésions de nutrition lentes. Ils ne déterminent pas plus de réaction que les tubercules fibreux du sommet des poumons. L'indifférence du tubercule est beaucoup moindre dans la forme secondaire, tardive et envahissante ; les follicules sont moins bien circonscrits ; l'action du principe infectieux dépasse leurs limites, ainsi qu'en témoignent les nombreuses cellules géantes disséminées au pourtour ; la suppuration, quoique partielle et chronique, est la règle. C'est surtout dans la forme qu'on peut appeler ostéite tuberculeuse aiguë, qui rappelle par sa marche la phtisie galopante du poumon, que les rapports du tubercule et de l'inflammation sont les plus étroits. Dans cette forme grave, les follicules tuberculeux à peine ébauchés sont presque immédiatement détruits par la suppuration, avant la caséification ; dans ce cas, la réaction inflammatoire prédomine.

La seconde partie de cette communication est consacrée aux rapports étiologiques du tubercule et de l'inflammation ; les faits précédents démontrent que le tubercule primitif, malgré sa virulence, peut être longtemps toléré par un organisme sain ; l'inflammation n'est donc pas une conséquence directe de l'action du virus ; elle doit être rapportée soit à la diminution de résistance de l'économie ou des tissus, qui résulte de la prédisposition héréditaire ou de toute cause débilitante, soit à une maladie étrangère au tubercule et agissant de concert avec lui. L'influence des traumatismes, des affections catarrhales et des suppurations est étudiée à ce point de vue.

La Société se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'histologie pathologique (1), par CORNIL et RANVIER.

Ce fascicule, — premier du tome IIe, — est consacré aux appareils respiratoire et digestif.

Les auteurs étudient d'abord l'histologie normale, puis l'histologie générale et spéciale de l'appareil respiratoire. Ils passent en revue les lésions des fosses nasales, du larynx, de la trachée, des bronches, des poumons et de la plèvre. Puis ils nous exposent l'histologie normale et pathologique de la bouche, des amygdales, des glandes salivaires, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin et du foie.

Nous souhaitons à cette seconde édition le succès qu'a obtenu la première.

Manuel de technique microscopique (2), par M. le docteur Paul LATTEUX.

Ce Manuel est un excellent guide pratique pour l'étude et le maniement du microscope. Il méritait de réussir : il a réussi, car voici la deuxième édition.

L'auteur a cherché à atténuer dans ce manuel les obstacles de la route, d'une part, en ne donnant que les faits indispensables ; d'autre part, en supposant que le lecteur ne possède aucune notion microscopique et par cela même en le guidant graduellement par la main, depuis le fait le plus simple jusqu'aux manipulations les plus délicates.

Le manuel comprend trois livres : le premier traite de la technique générale ; le deuxième, de la technique appliquée aux éléments primitifs et aux tissus élémentaires ; le troisième, de la technique appliquée à l'étude des divers systèmes.

Le médecin qui se livre aux études micrographiques doit pouvoir, à un moment donné, analyser une tumeur, un liquide organique ou une pièce pathologique quelconque. Il est donc de toute nécessité, pour lui, de connaître parfaitement l'histologie normale.

La deuxième partie de ce manuel est entièrement consacrée à donner les procédés de technique les plus convenables et les plus simples pour atteindre ce but. Il est clair que, pour reconnaître les altérations morbides d'un tissu, il faut posséder, de la façon la plus exacte, sa structure à l'état sain.

Le but de ce manuel est ainsi bien nettement tracé : donner le plus succinctement possible, et en laissant de côté les détails inutiles, le moyen, à l'étudiant qui commence, de trouver sa route dans les études microscopiques jusqu'au moment où, suffisamment fort, il pourra voler alors de ses propres ailes, et recourir à des traités plus complets pour perfectionner ses recherches.

Précis de thérapeutique chirurgicale (1), par M. le docteur Paul DECAVE.

Ce précis s'adresse aux praticiens. Il leur fournira le moyen de trouver, sous une forme condensée, tous les procédés thérapeutiques s'appliquant à l'affection qu'ils auront reconnue, en les débarrassant des recherches toujours longues, souvent difficiles, quelquefois matériellement impossibles, que nécessite l'exercice de la chirurgie, lorsqu'elle n'est pas pratiquée d'une façon spéciale et exclusive.

L'auteur divise son travail en trois sections : la première comprend uniquement l'inflammation, les plaies et contusions réunies sous le titre de lésions traumatiques. Dans la deuxième section sont passés successivement en revue tous les tissus qui constituent l'organisme, en allant de la surface à la profondeur, de la peau au squelette. C'est dans cette section que sont étudiées les manifestations syphilitiques. On les retrouve avec les tumeurs dans la troisième et dernière section consacrée à l'étude des régions.

Immédiatement après la définition d'une affection quelconque, on trouvera un résumé aussi court que possible des signes extérieurs par lesquelles elle se manifeste et qui sont la base en même temps que le point de départ de la médication.

Ce livre, n'ayant d'autre prétention que de présenter un tableau exact et concis des moyens thérapeutiques dont peut disposer le praticien sur le terrain chirurgical, reste une œuvre impersonnelle, sans discussion théorique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 26 janvier 1883, ont été nommés dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin-major de première classe : (Ancienneté) M. Nevière (Jean-Jacques-Maurice), médecin-major de deuxième classe au 55e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Clédat de la Vigerie, retraité ; est affecté au 60e régiment d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : (Choix) M. Fabre (Henri-Étienne-Jean-Joseph), médecin aide-major de première

(1) In-8. Prix du fascicule : 7 fr. — Paris, Germer Baillière et Cie.

(2) In-12. Prix : 7 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

(1) 1 vol. in-12. Prix : 6 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

classe de l'hôpital militaire de Versailles, provisoirement au bataillon du 16e régiment d'infanterie détaché en Algérie, en remplacement de M. Nevière, promu ; reste maintenu temporairement audit bataillon.

— Par décret, en date du 26 janvier 1883, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, dans le cadre des officiers de réserve : MM. les docteurs Morel, Pellotier, Chayron, Sénat, Boutiron, Jumon, Monnier, Giustiniani, Savornin et Lecœuvre.

— Par décision ministérielle du 25 janvier 1883 : M. Carrière (Clément-Auguste), médecin aide-major de première classe au 1er régiment d'artillerie-pontonniers, a été désigné pour occuper l'emploi de son grade à l'hôpital militaire de Versailles.

M. Bonnet (Camille-Paul-Émile), médecin aide-major de première classe au 9e régiment de cuirassiers, a été désigné pour occuper l'emploi de son grade au 107e régiment d'infanterie.

M. Brindel (Louis-Napoléon-Oswald), médecin-major de première classe au 20e régiment de chasseurs à cheval, a été désigné pour occuper un emploi de son grade au service de la place de Paris, et a été affecté au bataillon du 70e régiment d'infanterie, stationné dans ladite place.

— Par arrêté préfectoral, en date du 16 janvier 1883, MM. les doc- Cadiat et Albert Brochin ont été nommés médecins-inspecteurs du personnel enseignant des écoles et asiles communaux du département de la Seine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Babinski, interne des hôpitaux, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, préparateur des travaux pratiques d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

MM. Chantemesse, Dubar et Durand-Fardel sont nommés, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, moniteurs des travaux pratiques d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

— *École de médecine d'Arras.* — La mesure qui vient de frapper ladite école est basée sur ce considérant :

« Considérant que l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras est actuellement hors d'état de donner l'enseignement, tel qu'il est déterminé par les décrets et règlements. »

— *École de médecine de Marseille.* — M. Nicolas (Hippolyte-Armand-Georges), bachelier ès lettres, est nommé préparateur de physique et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Valette, démissionnaire.

— Samedi soir, 27 janvier, a eu lieu, à Willis's Rooms, le quinzième banquet anniversaire de l'hôpital français de Londres. Après le banquet, des listes de souscriptions ont été ouvertes : le total recueilli s'élève à environ 1,200 livres.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14004.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — Les plaies par armes à feu, dites plaies en séton. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. De la chlorose. — REVUE DE THÉRAPEUTIQUE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — NÉCROLOGIE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il paraît que M. Glénard, en ne réunissant pas aux fièvres typhoïdes les fièvres dites continues dans les statistiques médicales de l'armée française, suivait un exemple qui devait faire autorité, celui de M. Colin lui-même. Dans plusieurs ouvrages, M. Colin se serait servi de la même façon des mêmes chiffres pour établir les moyennes de la mortalité causée par la fièvre typhoïde dans les hôpitaux militaires.

Voilà ce que M. Glénard objectait à la commission et à son savant rapporteur dans une lettre dont l'Académie n'a pas entendu la lecture par suite d'un scrupule sur le règlement. Mais il n'aurait pas été possible de voter quand même des conclusions rectificatives dont l'exactitude était contestée. D'ailleurs M. Bouley s'était fait l'avocat de M. Glénard et des bains froids.

La question reste donc entière, avec toutes ses obscurités dues aux difficultés d'un diagnostic précis dans la période prodromique, souvent assez longue, de cette maladie, et à ses formes, mal accusées, qu'on peut ranger dans tel ou tel groupe.

M. Jules Guérin a pris la parole pour insister de nouveau sur ce vote de la question.

Au commencement de la séance, cet illustre maître avait communiqué à l'Académie une note sur les plaies par armes à feu dites plaies en séton, que, la veille même, il avait présentée à l'Académie des sciences.

Nous donnons à ce travail une place d'honneur, en le publiant en *second-Paris*.

Les plaies par armes à feu, dites plaies en séton.

Lorsqu'un projectile de guerre entre dans les tissus en parcourant un certain trajet avant d'en ressortir, il laisse sur son passage une plaie qui ne diffère pas seulement des plaies *exposées*, mais encore et surtout des plaies *sous-cutanées* dont elle offre quelques-unes des apparences.

Plaies *exposées*, plaies *sous-cutanées* et plaies *en séton* constituent donc trois ordres de plaies que l'on n'a pas suffisamment différenciés jusqu'ici, au point de vue de leurs caractères physiologiques, de leur constitution pathologique, et de leur formule thérapeutique.

Pour ce qui concerne la différence qui existe entre les plaies exposées et les plaies en séton, il suffit de faire remarquer que, par cela même que ces dernières peuvent toujours, et à tous les instants, bénéficier du traitement direct et antiseptique, les secondes ne le peuvent pas, et n'offrent aucune des conditions qui leur permettent de compter sur l'immunité des plaies sous-cutanées.

Quelques courtes explications mettront cette proposition hors de doute.

Je ne veux m'occuper, dans ce travail, que des plaies en séton par armes à feu : mitrailleuse, fusil ou revolver.

Or mes observations et mes expériences, déjà anciennes, sur le mode d'action de cette espèce de projectiles m'ont permis de la résumer dans les particularités suivantes :

Par la forme particulière que lui imprime la rayure du canon, par le mouvement de rotation dont elle est animée, la balle déchire les téguments, contond et broie les tissus, et laisse après elle, lorsqu'elle traverse les os, les produits d'une sorte de mouture ; ces débris variant de forme et de volume avec la vitesse du projectile.

En vertu d'un certain degré d'élévation de la température, la balle produit encore, à la surface des parties traversées, un certain degré de cautérisation et de mortification qu'attestent les parcelles qui sortent de la plaie.

Enfin, par une sorte de térébration des extrémités nerveuses aboutissant à la surface de la plaie, le projectile produit un dernier effet qui dénature la vitalité de cette surface.

Les plaies en séton se présentent donc toujours avec des conditions qui s'opposent à la cicatrisation immédiate de leurs ouvertures et de leurs surfaces ; elles contiennent toujours une certaine quantité de corps étrangers résultant des tissus broyés, auxquels s'ajoutent fréquemment des morceaux de chemise, de vêtement, poussés et introduits par la balle.

Est-il besoin d'insister, pour montrer que les plaies en séton ne présentent aucune des conditions des véritables plaies sous-cutanées et n'offrent avec ces dernières qu'une analogie toute superficielle et trompeuse?

En effet, on est obligé de le rappeler, le propre des plaies sous-cutanées maintenues à l'abri du contact de l'air est de se cicatriser sans inflammation suppurative, c'est-à-dire de s'organiser immédiatement.

Cette propriété, qui fait la base de la méthode sous-cutanée, aujourd'hui universellement acceptée, est, par les motifs précédemment indiqués, absolument irréalisable pour les plaies de guerre en séton. Bien plus, lorsque, dans l'espoir chimérique de les en faire bénéficier, on cherche à obtenir la cicatrisation immédiate de leurs orifices, on ne fait, comme on dit vulgairement, que renfermer le loup dans la bergerie. Or le seul énoncé des mauvais résultats produits par cette pratique inconsidérée suffit pour en montrer l'inanité et le danger.

Et d'abord les ouvertures d'entrée et de sortie, déchiquetées et contuses, ne peuvent être réunies immédiatement que dans des conditions exceptionnelles; ensuite les détritus des parties broyées et cautérisées constituent, à l'intérieur de la plaie, autant de corps étrangers qui provoquent une suppuration de mauvaise nature. La stagnation d'un pus altéré, putréfié par la chaleur et l'air confiné de la plaie, deviennent autant d'éléments putrides dont la résorption va empoisonner l'économie tout entière : d'où les accès de fièvre incoercible et les abcès métastatiques.

Cet inventaire des effets produits par les plaies en séton, traitées par les moyens ordinaires, n'a rien d'exagéré. Une foule de cas malheureux observés dans les diverses ambulances du siège n'en ont que trop justifié l'exactitude.

Pour obvier aux dangers presque inséparables des plaies en séton, surtout lorsqu'elles intéressent les os, et, encore plus, les articulations, j'ai institué un traitement qui comprend deux ordres de moyens :

1° *Les lavages antiseptiques par courants continus ;*
2° *L'occlusion pneumatique.*

Ces deux ordres de moyens sont employés tantôt simultanément, tantôt alternativement ou successivement suivant les complications de la plaie et ses différentes périodes. Quelques détails très succincts suffiront pour en faire comprendre et apprécier le mécanisme et le mode d'action.

Dans la première période du traitement, j'introduis, par l'orifice d'entrée du projectile, l'extrémité conique d'un tube en caoutchouc vulcanisé; je dis *l'extrémité conique,* car elle doit s'adapter par frottement et hermétiquement à cet orifice et ne pénétrer dans la plaie que de 2 ou 3 centimètres au plus; l'autre extrémité du tube, lequel est d'une longueur de 30 à 40 centimètres, plonge dans un vase d'eau phéniquée ou de permanganate de potasse au 100e.

J'introduis ensuite, par l'orifice de sortie de la plaie, un second tube d'un diamètre approprié; ce tube est mis en communication par son extrémité libre avec un ballon aspirateur, dans lequel le vide est fait et entretenu au degré voulu.

Les choses étant ainsi disposées, on met en communication les tubes d'entrée et de sortie, c'est-à-dire le tube aspirateur avec le tube qui plonge dans le liquide ; de telle façon que la plaie et les deux tubes ne forment plus qu'un canal continu, que l'eau phéniquée ou permanganatée traverse incessamment, au degré voulu et réglé par le degré de vide de l'appareil. On peut donc ainsi graduer, interrompre, rétablir la continuité de ce lavage tubulaire, lequel entraîne d'ordinaire les parties les plus tenues de l'intérieur de la plaie, et s'oppose, par ses qualités antiseptiques, au développement des suppurations de mauvaise nature.

A ce moment du traitement, la plaie peut se trouver dans deux conditions différentes :

Ou bien, débarrassée de tous les éléments hétérogènes qu'elle renferme, elle est susceptible de se cicatriser par première intention ;

Ou bien, soumise au travail de l'inflammation suppurative, elle parcourt toutes les phases de cette période.

Dans la première de ces deux conditions, le membre où siège la plaie en séton est renfermé dans un manchon en caoutchouc vulcanisé, dont l'ouverture d'entrée est d'un diamètre plus petit que celui du membre.

Le vide étant fait à l'intérieur du manchon, celui-ci s'applique sur toute la surface du membre emprisonné, tout en permettant à l'aspiration continue à s'exercer sur les deux orifices de la plaie, orifices maintenus ouverts par deux portions de tubes y introduits.

De ces deux actions combinées résulte une compression régulière de tout le trajet de la plaie, et un appel incessant des liquides qu'elle peut encore renfermer.

Le premier liquide aspiré est séreux, noirâtre ou un peu sanguinolent ; l'écoulement est lent, mais continu. Dès le second jour, le liquide fourni par la plaie s'épaissit : c'est un mélange de sérosité, de lymphe plastique et de matière pseudo-purulente. Presque jamais ce n'est du vrai pus, à moins que la blessure ne renferme des corps étrangers. Dans le plus grand nombre des cas, les anfractuosités de la plaie se comblent par des caillots ; et le résultat final de ces deux actions, *aspiration* et *compression*, est l'adhésion cicatricielle des surfaces internes de la plaie, maintenues appliquées l'une contre l'autre dans toute leur longueur.

Telle est la série des moyens employés et des modifications successives de la plaie dans la condition la plus favorable à la cicatrisation prompte ou immédiate.

Lorsque, au contraire, la suppuration du trajet n'a pu échapper au travail d'inflammation suppurative, il devient nécessaire d'insister sur l'emploi simultané des courants tubulaires et de l'aspiration pneumatique. Mais il est rare que quelques jours ne soient pas suffisants pour ramener la plaie suppurante à la meilleure condition de cicatrisation consécutive. L'obstacle ou le retard apporté à ce travail résulte presque toujours de la présence de fragments d'os, esquilles ou sable osseux, ou de fragments d'étoffe restés dans l'intérieur de la plaie. Dans les deux cas, les courants continus et l'aspiration parviennent presque toujours à expulser du trajet tubulaire les débris en question.

Cependant les choses ne se terminent pas toujours avec cette régularité. Il arrive parfois, et cela m'est arrivé à moi-même, que la cicatrisation des deux ouvertures et d'une partie du trajet de la plaie tubulaire s'opère et persiste pendant des semaines sans laisser soupçonner la moindre entrave à la guérison définitive. Alors surviennent des accidents locaux et même généraux ; ils sont réveillés par quelques débris oubliés dans la plaie. Il devient alors indispensable de les en faire sortir au moyen d'une ouverture directe. Mais la plaie qui en résulte n'est plus qu'une plaie ordinaire exposée qui guérit sûrement et rapidement.

Parmi les plaies que j'ai eu l'occasion de traiter par cette méthode, dans les deux ambulances qui m'ont été confiées durant le siège, il s'en est trouvé 12 en séton. Toutes ont guéri : 4 par cicatrisation immédiate, 8 par cicatrisation consécutive ; mais, chez aucun des blessés, il ne s'est manifesté d'accidents absolument graves. Chez 8 d'entre eux cependant les os avaient été sérieusement atteints, et chez 6, des articulations importantes avaient été traversées.

Dans l'exposé général que j'ai communiqué naguère à l'Académie de médecine des résultats obtenus à l'aide des irrigations tubulaires et de l'occlusion pneumatique, j'ai indiqué nominalement, avec leurs numéros matriculaires, les blessés qui ont été traités par cette méthode dans mes deux ambulances. Mais je n'avais pas exposé jusqu'ici l'ensemble des moyens qui la constituent, et que je viens d'avoir l'honneur de soumettre à l'Académie.

Jules Guérin,
Membre de l'Académie de médecine.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

De la chlorose (1).

III

Nous voici arrivés aujourd'hui au diagnostic de la chlorose.

Ce diagnostic est d'autant plus important que c'est de lui que dépendent le pronostic et le traitement. Il s'agit donc du diagnostic absolu et du diagnostic différentiel. Le premier se fera en se rappelant avec soin tous les symptômes de la chlorose que je vous ai décrits dans notre dernière leçon et en les groupant en faisceau de façon à en faire un seul et même tout. Mais comme un certain nombre d'affections présentent des phénomènes capables de simuler ceux que l'on observe dans la chlorose, il est nécessaire de faire aussi le diagnostic différentiel de la chlorose et de ces maladies.

Tout d'abord nous devons la distinguer de l'anémie, qui est une affection consécutive, tandis que la chlorose est une maladie primitive et indépendante de tout autre état morbide.

Parmi les maladies avec lesquelles on peut parfois confondre le plus facilement la chlorose, nous citerons en première ligne, — l'anémie étant écartée, — la scrofule, surtout chez les jeunes filles de quinze à vingt-cinq ans. Mais la scrofule a certains caractères spéciaux du côté des muqueuses, de la peau et des os. C'est ainsi qu'elle donne lieu à des éruptions *sui generis*, à des affections catarrhales, à un coryza chronique, à des otites, à des catarrhes pharyngés, à des abcès des os, à des engorgements ganglionnaires. La scrofule peut bien s'accompagner d'anémie, mais c'est bien de la scrofule et non de la chlorose.

Il faut aussi diagnostiquer cette dernière d'avec le cancer. Quelques femmes jeunes encore, âgées seulement de trente à quarante-deux ans, ont toutes les apparences de la chlorose ; elles sont pâles, décolorées, elles ont de l'anhélation. Mais interrogez-les avec soin, et vous verrez que ces phénomènes ne datent pas de l'âge de quatorze ou quinze ans, mais qu'elles sont anémiques depuis peu de temps, et que cette anémie est symptomatique d'une affection organique, notamment de quelque cancer de l'estomac ou de l'utérus. Vous en aurez, du reste, la confirmation, pour cette dernière affection, en constatant par exemple l'existence d'un suintement utérin blanc ou rouge, tandis que le toucher vous fera reconnaître la présence d'ulcérations ou de quelques aspérités du col. Un cancer au début pris pour une chlorose est une erreur de diagnostic assez facile à commettre si l'on n'étudie pas sérieusement sa malade.

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 janvier 1883.

L'albuminurie, bien que s'accompagnant de quelques-uns des symptômes de la chlorose : pâleur, décoloration des tissus, essoufflement, etc., prête beaucoup moins à l'erreur ; du reste, l'examen des urines sera la clef du diagnostic ; aussi je n'insiste pas.

Quant aux affections organiques du cœur, elles peuvent donner lieu à un certain nombre de phénomènes symptomatiques de la chlorose, tels surtout que des battements de cœur, des palpitations persistant même dans le séjour au lit, tels aussi que de l'œdème des membres inférieurs. Mais vous aurez en plus les signes fournis directement par le cœur lui-même, par l'état des vaisseaux ; vous aurez surtout, dans la chlorose, les bruits de souffle avec leur caractère doux et systolique, vous aurez du côté des vaisseaux ce bruit du diable avec renforcement, s'accompagnant parfois d'un bruit musical.

La tuberculose, au début, est assez souvent confondue avec la chlorose, à cause de l'anémie qui peut l'accompagner avec tous ses symptômes de pâleur, de dyspepsie, de dérangemennt des règles, etc. Cependant, si l'on passe en revue tout l'organisme, ses divers appareils, et notamment l'appareil respiratoire, si l'on examine avec soin la poitrine, alors le diagnostic est fait, car aux phénomènes caractéristiques de l'anémie vous voyez se joindre les signes spéciaux de la tuberculose. C'est ainsi que vous noterez un amaigrissement de la poitrine ; tandis que, dans la chlorose, les seins restent assez volumineux, nous les trouvons au contraire affaissés, mous, amaigris, diminués de volume dans la tuberculose. Dans cette dernière vous verrez la poitrine s'aplatir d'avant en arrière, les côtes se rétracter ; vous entendrez une toux particulière, sèche, quinteuse, souvent suivie de vomissements, ce qui n'existe pas dans la chlorose. De plus encore, les chlorotiques n'ont pas de crachements de sang comme les tuberculeux ni de la fièvre le soir, fièvre suivie de transpirations nocturnes. La percussion de la poitrine vous donnera un peu de matité à l'un des sommets, en même temps que l'auscultation vous indiquera un souffle du même côté une expiration prolongée. En effet, à l'état normal, l'inspiration est à l'expiration comme 3 est à 1, tandis que dans la tuberculose il y a égalité entre les deux ou prédominance même de l'expiration. De plus, vous constaterez parfois, encore, au début de la tuberculose, un peu de sibilance, voire même quelques râles sous-crépitants, mais très localisés au sommet du poumon.

Un autre signe différentiel se rencontre aussi dans les urines. Ainsi, tandis que chez les chlorotiques, comme nous l'avons dit précédemment, il y a diminution des phosphates, diminution de l'acide phosphorique, lequel peut tomber à 1 gramme par litre d'urine au lieu de 2 grammes; chez les tuberculeux, au contraire, la quantité d'acide phosphorique augmente et peut s'élever jusqu'à 3 grammes et plus même.

Enfin il nous reste à dire que l'hystérie accompagne souvent la chlorose, car il n'y a pas, à proprement parler, de diagnostic différentiel à faire entre les deux affections.

Quant au pronostic de la chlorose, il découle de tout ce que j'ai dit jusqu'à présent. Il est généralement favorable, la maladie guérit très bien sous l'influence d'un traitement prolongé. Il est bien entendu qu'il ne faut pas confondre la chlorose avec l'anémie pernicieuse, où le pronostic est, au contraire, des plus graves, grâce au défaut de nutrition qui entraîne un affaissement rapidement progressif et la mort.

L'étiologie de la chlorose est importante à connaître. La chlorose est une affection spéciale au sexe féminin ; je dis *spéciale* et non pas exclusive, car l'on rencontre quelquefois aussi des jeunes garçons, de douze à dix-huit et vingt ans, parfaitement chlorotiques ; mais le fait est assez rare. La chlorose atteint surtout les jeunes filles, résultant surtout, a-t-on prétendu, du développement de l'individu, principalement du côté de l'appareil génital. Cela peut être vrai, mais non d'une façon exclusive, car on la voit très bien survenir à l'âge de vingt à vingt-cinq ans. Cependant, en thèse générale, nous devons dire qu'elle frappe surtout de quatorze à quinze ans, et si plus tard on l'observe bien, presque toujours, dans ce cas, en interrogeant convenablement les antécédents de votre malade, vous découvrez que la chlorose actuelle n'est qu'une récidive. Dans tous les cas, la chlorose n'apparaît jamais pour la première fois à quarante ans ; on ne l'observe jamais après la ménopause et les phénomènes qui pourraient faire croire à son existence dans l'anémie symptomatique.

On trouve aussi quelquefois la chlorose chez les petites filles au-dessous de quatorze ans, de même que chez les petits garçons à sept, huit, neuf ou dix ans. Aussi la chlorose prématurée me fait-elle envisager cette affection comme n'étant pas toujours sous l'influence de la puberté.

En résumé, l'on peut dire que la chlorose est la maladie des jeunes filles et des jeunes femmes, avec récidives possibles dans un âge plus avancé.

Elle paraît se développer sous l'influence du milieu, du séjour dans une habitation froide, humide, insuffisamment aérée, mal éclairée, sous l'influence aussi d'une mauvaise alimentation. Aussi les filles de concierge sont-elles, de toutes, celles qui se trouvent le plus prédisposées à devenir chlorotiques ; il en est de même des demoiselles de magasin qui vivent constamment renfermées derrière un comptoir où, de plus, le soir, elles respirent un air vicié par l'éclairage au gaz.

Si des travaux exagérés, des veilles prolongées, des émotions morales peuvent également déterminer la chlorose, nous devons néanmoins reconnaître que dans certains cas la cause tangible nous échappe.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Potion contre la coqueluche.

Bromure de potassium	2 grammes.
Bromure de sodium	4 —
Bromure d'ammonium	2 —
Eau	60 —
Sirop de chloral	50 —

M. Dujardin-Beaumetz donne de cette potion, matin et soir, dans un verre de lait additionné d'un jaune d'œuf, une cuillerée à dessert ou à bouche, selon l'âge de l'enfant.

(*Journal des Connaissances médicales.*)

Pilules drastiques.

Aloès succotrin	1 gramme.
Résine de scammonée	} *aa* 0,50 centigr.
Résine de jalap	
Calomel à la vapeur	
Savon amygdalin	Q. S.

Pour vingt-quatre pilules.

M. le professeur Ball prescrit, tous les huit jours, six de ces pilules, trois le matin et trois vers le milieu du jour, aux épileptiques disposés aux congestions, et qui font usage d'une solution de bromure d'ammonium et de bromure de sodium. Si les pilules drastiques sont insuffisantes, on peut recourir soit à la saignée, soit aux applications de sangsues derrière les oreilles ou aux tempes. (*Union médicale.*)

Teinture d'iode.

La teinture d'iode est un médicament journellement employé, sur l'action duquel les médecins doivent pouvoir compter, et cependant ils ont dû souvent être étonnés de voir que les résultats n'étaient pas toujours les mêmes. Ils ont entendu sans doute les plaintes des malades qui accusaient la teinture d'iode de les avoir fait souffrir, tandis que telle autre ne leur avait fait aucun mal tout en produisant l'effet d'irritation cutanée que l'on désirait.

M. Pierre Vigier nous apprend que, toutes les fois qu'une teinture d'iode a une action trop irritante, on a constaté qu'elle contenait de l'acide iodhydrique. La formation de cet acide a lieu par la présence de l'eau dans la teinture, et augmente avec le temps. Cet acide est nuisible à tous les points de vue, et l'on doit mettre tous ses soins à éviter sa présence. Comme l'alcool à 90 degrés, dont on se sert pour faire la teinture d'iode, contient 15 p. 100 d'eau, le pharmacien devrait préparer la teinture d'iode nécessaire à sa consommation, au moins deux fois par mois.

Toutes les fois que le médecin ne sera pas sûr du pharmacien, ce qui signifie qu'il ne connaîtrait pas l'âge de la teinture qu'il prescrit, ou bien encore dans les cas où il aura constaté que la préparation a causé de la douleur, il n'aura qu'à écrire sur son ordonnance ceci :

Teinture d'iode récemment préparée, ou bien :

Iode bi-sublimé	1 gramme.
Alcool à 90 degrés	9 —

Dissolvez et filtrez.

Si l'on désire une action moins caustique, on formule ainsi :

Iode bi-sublimé	1 gramme.
Alcool à 90 degrés	14 —

Dissolvez et filtrez.

Dans les deux cas, le pharmacien est obligé de faire la teinture extemporairement. Le produit ainsi obtenu est à l'abri de tout reproche. (*Gaz. hebd.*)

Incontinence d'urine.

M. le docteur Ribes conseille les pilules suivantes à la dose de une par jour, en augmentant ensuite graduellement, chez les enfants qui ont des incontinences d'urine :

Extrait alcoolique de noix vomique	5 centigr.
Ethiops martial	5 grammes.

Faire trente pilules. (*Gazette hebdom. de Bordeaux.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 janvier 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Maurice Laugier qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine légale, hygiène et police médicale ;

2° Une lettre de candidature de M. Émile Tillot, médecin inspecteur des eaux de Luxeuil, pour le titre de correspondant ;

3° Un pli cacheté déposé par M. Duboué (Accepté).

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un correspondant national dans la deuxième division.

La commission présente les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne M. Vedrène, médecin militaire actuellement en Tunisie ; en deuxième ligne, M. Delore (de Lyon) ; en troisième ligne, M. Michel (de Nancy) ; en quatrième ligne, M. Cazin (de Boulogne) ; en cinquième ligne, M. Spillmann (d'Alger) ; en sixième ligne, M. Bitot (de Bordeaux).

Le nombre des votants étant de 64, la majorité est de 33.

M. Vedrène obtient.	41	suffrages.
M. Cazin	13	—
M. Michel	4	—
M. Delore	3	—
M. Spillmann	1	—
Bulletins blancs	2	

En conséquence, M. Vedrène, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé correspondant national.

LECTURE

Note sur les plaies par armes à feu, dites plaies en séton. — M. JULES GUÉRIN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. LE PRÉSIDENT annonce que le bureau a reçu une lettre de M. le docteur Glénard (de Lyon), dans laquelle se trouvent discutés les chiffres sur lesquels porte le rapport de M. Colin, relativement à la mortalité comparée par la fièvre typhoïde dans l'armée française et dans l'armée allemande.

Le bureau, considérant que, aux termes du règlement, un médecin étranger à l'Académie n'a pas le droit d'intervenir dans une discussion pendante devant elle, ni, par conséquent, de discuter les termes d'un rapport lu par un de ses membres, a décidé qu'il ne serait pas donné lecture de la lettre de M. Glénard.

M. BOULEY demande que l'Académie, dans un esprit de libéralisme et de justice, autorise la lecture de cette lettre. Des chiffres apportés à la tribune de l'Académie par M. Glénard ont été contestés dans le rapport de M. Colin. M. Glénard demande à les rétablir, disant qu'ils ont été mal interprétés par M. le rapporteur. M. Bouley pense qu'il est de l'intérêt de l'Académie d'entendre la lecture de cette lettre qui, du reste, sera publiée en dehors d'elle, si elle s'y refuse.

M. LE PRÉSIDENT déclare que l'Académie est maîtresse de son ordre du jour ; mais il lui paraît prudent de ne pas créer un précédent de ce genre. M. Glénard peut publier sa lettre où il voudra, mais il ne doit pas intervenir dans une discussion académique.

M. JULES GUÉRIN dit que l'Académie, ayant donné la parole à M. Glénard, doit autoriser la lecture de sa lettre, car il s'agit de savoir quelle valeur ont les chiffres qu'il a introduits dans la discussion.

M. MAURICE PERRIN déclare qu'il y a là une question de principe. S'il est admis une fois qu'un médecin étranger puisse intervenir dans une discussion ouverte devant l'Académie, il n'y aura plus de séance régulière possible. Que M. Bouley prenne à son compte la lettre de M. Glénard et en assume la responsabilité devant l'Académie en s'en servant dans la discussion.

M. LEGOUEST demande que la lettre de M. Glénard soit renvoyée à la commission, qui en tiendra compte dans un supplément du rapport.

M. MOUTARD-MARTIN s'oppose à ce renvoi ; il fait observer que cette lettre n'est pas autre chose qu'une discussion du rapport de la commission.

L'ordre du jour, étant demandé de toute part, est mis aux voix et adopté.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Colin.

M. le président en lit les conclusions.

M. JULES GUÉRIN montre que ces conclusions constatent un fait sur lequel il a insisté dans une précédente communication, l'habitude de séparer de la fièvre typhoïde, sous le nom de *fièvres continues*, les formes ébauchées de cette maladie, et de ne commencer le traitement que quand les symptômes caractéristiques ont apparu, sans tenir compte de la période prodromique ou prémonitoire. Il est évident que les médecins qui, ne commettant pas cette double faute, traitent les malades dès le début, doivent obtenir un nombre de guérisons infiniment plus grand. Il en est de même pour toutes les maladies épidémiques et contagieuses. Pour les cholériques, par exemple, le traitement vient toujours trop tard quand le choléra est passé au bleu. C'est dans les formes ébauchées ou dans la période prémonitoire que les remèdes appropriés peuvent être utiles. De là les différences énormes entre les diverses statistiques, différences qui disparaîtraient ou s'atténueraient si on se décidait à ne faire qu'un seul groupe des fièvres typhoïdes, au lieu de morceler ce groupe en divers genres et sous divers noms.

M. LE PRÉSIDENT propose de mettre aux voix les conclusions du rapport.

M. TARNIER déclare que l'Académie ne peut pas voter de conclusions sans avoir sous les yeux l'ensemble des documents. Il faut d'abord que ses membres connaissent la lettre de M. Glénard.

M. HARDY insiste sur l'utilité d'un vote immédiat. Les statistiques de M. Glénard ont ému l'opinion publique. Il faut, sans tarder, mettre fin à l'agitation qu'elles ont créée.

M. BOULEY raconte comment M. Glénard est devenu l'apôtre de la méthode de Brand, comment cette méthode a été acceptée par la plupart des médecins de Lyon. Il rappelle qu'elle leur a donné de très beaux résultats, qu'elle s'est généralisée dans les hôpitaux militaires de l'Allemagne, en France même et en Algérie, dans des lieux où la mortalité était énorme avec tout autre traitement. Des médecins militaires, qui ont fini par employer cette méthode, en ont obtenu des résultats vraiment merveilleux. En conséquence, M. Bouley ne croit pas qu'il soit bon de se prononcer à la légère par un vote qu'on interpréterait comme un blâme. L'Académie devrait au contraire ouvrir une enquête, envoyer quelques-uns de ses membres en Allemagne, enfin ne rien négliger pour se mettre à même de prononcer en connaissance de cause. C'est là une question d'utilité publique.

M. COLIN fait remarquer que le rapport ne conclut rien en ce qui touche le traitement par les bains froids. Il est seulement relatif aux statistiques de mortalité dans les armées allemande et française. Ce sont MM. Peter et Moutard-Martin qui, dans le sein de la commission, ont signalé le vice de ces statistiques. M. Colin n'y avait pas fait lui-même attention, et, dans ses travaux antérieurs, il indiquait une mortalité de 23 p. 100 environ comme étant celle de l'armée française, en moyenne, hors de l'Algérie. Quant à la valeur de la méthode de Brand, elle est appréciée différemment par les membres de la commission, qui a réservé son opinion sur ce sujet.

M. HENRI ROGER ne voit pas ce que pourrait voter l'Académie. Les conclusions de M. Colin ne sont relatives qu'à des faits, à des chiffres, à des statistiques ; elles n'ont donc rien de doctrinal ni de pratique. C'est une rectification et voilà tout. Il n'y a pas lieu à un vote.

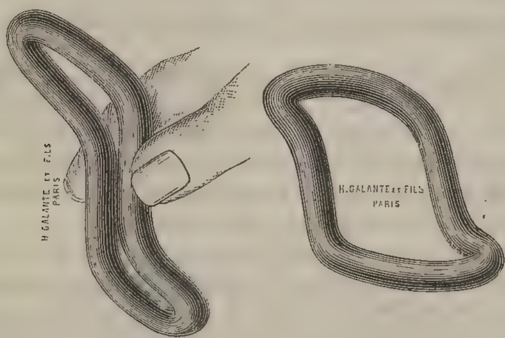
Le président met aux voix la question de savoir si les conclusions de M. Colin seront votées. Aucune main ne s'étant levée pour l'affirmative, la parole est donnée à M. Sée pour la continuation de son discours.

M. SÉE revient sur le traitement par les bains froids qui, suivant lui, a trouvé des contradicteurs à Lyon même. Les meilleurs remèdes à employer contre la fièvre typhoïde sont le sulfate de quinine et l'alcool. Le sulfate de quinine abaisse la température, accroît la tension vasculaire, diminue la dénutrition. Il faut l'employer à la dose moyenne de 2 grammes par jour, en deux fois, le matin et le soir. L'alcool est aussi un grand moyen d'épargne. Il diminue la température, soit à l'état physiologique, soit chez les malades ; il accroît les forces et les soutient, peut-être en entravant les combustions épuisantes ou limitant les déperditions organiques. Il empêche le malade de s'user trop vite, de détruire ses tissus et ses substances albuminoïdes. Il agit donc dans le même sens que le sulfate de quinine et doit être employé, comme lui, avec continuité.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Pessaire sigmoïde élastique. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au nom du docteur P. Ménière (d'Angers), un nouveau pessaire (sigmoïde élastique) construit sur ses indications, par M. Galante.

Cet instrument, qui rappelle par la forme le pessaire rigide de Hodge et par l'élasticité ceux de Mieg et de Dumontpallier, se compose de deux arcs élastiques de même rayon réunis par deux branches parallèles sous deux angles égaux. Le squelette métallique, tout en ressort de montre, est recouvert d'une couche de caoutchouc dont le diamètre varie de 6 à 8 millimètres seulement.



M. Ménière a appliqué une trentaine de ses nouveaux pessaires chez des femmes atteintes de rétroversion utérine, de rétroflexion, d'abaissement, de rectocèle, et en retournant l'instrument, dans des cas d'antéflexion et de cystocèle, et il a pu constater, après deux années d'observations, que son pessaire réunissait tous les avantages des deux sortes de pessaire le plus généralement employées, sans en avoir aucun des inconvénients.

La séance est levée.

NÉCROLOGIE

M. le professeur Charles Sédillot.

La mort de M. Sédillot, qui a été annoncée avant-hier à l'Académie des sciences, n'a pu être une surprise pour personne. On savait que, depuis longtemps, l'heure de la retraite et du repos avait sonné pour lui. Il s'est éteint après une longue éclipse et une lente agonie. Mais, pour n'être point imprévue, sa fin n'en est pas moins un deuil pour le corps médical français, dont il était une des plus grandes personnalités. M. C. Sédillot a non seulement honoré le corps de santé militaire, dont il était devenu de bonne heure une des sommités, mais comme son ancien collègue et camarade Bégin, cumulant la carrière universitaire et la carrière militaire, il y a également conquis sa place parmi les premiers et est devenu un des maîtres de la chirurgie française.

Presque toutes les étapes de cette brillante carrière ont été marquées par des succès éclatants. En 1829, M. Sédillot est reçu docteur en médecine; sa thèse est un remarquable travail de physiologie sur le nerf pneumo-gastrique et ses fonctions. En 1835, il est nommé agrégé à la Faculté de médecine de Paris; en 1841, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. Dans l'intervalle, en 1839, il fait une thèse également très remarquée sur l'empyème, pour le concours de la chaire de médecine opératoire de Paris. Il avait déjà publié à cette époque un manuel de médecine légale, une relation de la campagne de Constantine de 1837, dont il avait fait partie. Plus tard, en 1849, il publia un volume sur l'infection purulente et la pyohémie. En 1860, il est nommé inspecteur, et, en 1867, directeur de l'École de santé militaire de Strasbourg. Son *Traité de médecine opératoire*, publié en plusieurs éditions, de 1839 à 1870, et qui a été très diversement jugé, d'ailleurs, à plusieurs points de vue, a du moins, il faut le reconnaître, le mérite incontestable, qui n'est pas très commun dans ce genre d'ouvrage, d'être fondé presque entièrement sur l'expérience clinique personnelle de son auteur. Il a eu pour collaborateurs officieux dans cette œuvre considérable plusieurs de ses élèves, entre autres Marchal (de Calvi), qui fut si longtemps l'un des nôtres. La dernière, celle de 1870, a été faite avec la collaboration nominale de M. Legouest. Un autre ouvrage publié en 1863, le dernier sorti de la plume de M. Sédillot, sous le titre de *Contributions à la chirurgie*, renferme la collection de tous les mémoires, de tous les travaux épars, des observations originales, des opérations et des méthodes, qui ont fait le sujet de son fécond enseignement. On y trouve notamment ses recherches sur les maladies infectieuses ou les dangers de la rétention du pus dans les plaies, ses études sur l'anesthésie et sur le parallèle de l'éther et du chloroforme, ses travaux sur les luxations et l'application du dynamomètre à leur réduction, sur les fractures, sur les amputations et les moyens d'en assurer la réussite, sur les tumeurs thyroïdiennes, sur les résections, sur l'hémostase, sur l'anaplastie appliquée aux cicatrices vicieuses, sur l'urétrotomie externe et interne, etc., etc.; enfin ses opérations originales de gastrotomie et d'évidement des os, auxquelles il a plus particulièrement attaché son nom.

Un maître ne se révèle pas seulement par ses œuvres écrites, il se révèle surtout par ses élèves. Or, pour n'en citer que quelques-uns, qui nous pardonneront peut-être cette petite indiscrétion, ses élèves s'appellent ou se sont appelés Villemin, aujourd'hui inspecteur; Sarazin, correspondant de l'Académie, à Bourges; Marchal (de Calvi); Cochu, médecin principal; Gaujot, directeur du service de santé militaire à Alger; Chauvel, professeur de médecine opératoire à l'école du Val-de-Grâce; Eugène Bœckel, qui continue la tradition de la chirurgie française à Strasbourg.

M. Sédillot laisse en mourant un siège vacant à l'Académie des sciences, section de médecine et de chirurgie, et une place d'associé national à l'Académie de médecine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation, section de chirurgie. — Ce concours commencera le jeudi 1er mars 1883. Le jury se composera de :

1° MM. Gosselin, président, Trélat, Guyon, Le Fort, Pajot, Berger, Denucé (de Bordeaux) Bouchacourt (de Lyon) et Legouest, représentant l'Académie de médecine, membres titulaires.

2° MM. Duplay, Depaul, Verneuil et Panas, juges suppléants.

— M. le professeur Brouardel est nommé membre de la commission des souscriptions scientifiques et littéraires pour l'année 1883.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Klobb (Constant-Timothée), bachelier ès sciences, est nommé chef des travaux pratiques de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Held, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 janvier 1883, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes sera ouvert, le 6 août 1883, à l'École de médecine d'Alger. — Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *Faculté des sciences.* — Une nouvelle station zoologique, dépendant de l'École pratique des Hautes Études, est créée à Villefranche (Alpes-Maritimes). Son laboratoire sera ouvert toute l'année sous la direction de M. J. Barrois, docteur ès sciences, directeur. Pendant le semestre d'hiver, les travaux auront lieu tous les jours, de trois heures à quatre heures; ils consisteront en dissections, exercices pratiques de zoologie et conférences. On s'inscrit, de trois heures à quatre heures, à la station zoologique de Villefranche.

— M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours des maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le ven-

dredi 2 février, à neuf heures et demie, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. — Vendredi, leçon à l'amphithéâtre. — Mardi, leçon au lit des malades.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des accouchements, par le docteur A. CHARPENTIER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. 2 vol. in-8 avec 600 figures. — Prix : 25 francs. — En vente, tome Ier : *Anatomie, physiologie, grossesse, développement du fœtus, accouchement naturel, suites de couches physiologiques, pathologie de la grossesse.* 1 vol. in-8 de 1050 pages avec 1 planche chromolithographiée et 333 figures intercalées dans le texte. — Le tome II, payé à l'avance, sera livré gratis aux souscripteurs en février 1883. Aussitôt l'ouvrage terminé, le prix sera augmenté. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité pratique des maladies de la peau, par L. A. DUHRING, professeur de dermatologie à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie. Traduit et annoté sur la 2e édition par le docteur Toussaint BARTHÉLEMY et le docteur Adolphe COLSON. Avec une préface par Alfred FOURNIER. 1 vol. in-8° de 853 pages avec 70 figures dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

Des Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, leur diagnostic et leur traitement, par T. SPENCER WELLS, président du Collège royal des Chirurgiens anglais. Traduit de l'anglais par le docteur Paul RODET, avec une préface par Simon DUPLAY. 1 vol. in-8° de 510 pages avec 68 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.

Traité clinique de la Folie à double forme, par le docteur RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences (Prix Falret). 1 vol. in-8° carré de 400 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. FOLLIN et Simon DUPLAY. Tome VI. Fascicule 4 (fin du volume). L'ouvrage complet formera 7 vol. grand in-8°. 1 vol. grand in-8°; pages 577-791. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14014.

162

Poudres alimentaires Adrian

Préparées avec un soin tout particulier pour les usages de la médecine.

Richesse des différents produits... —	Azote %	Acide phosphorique total %	Equivalent en phosphate de chaux %	Prix le K° en divisions
Poudre de bifteck garantie pure viande de bœuf...	13.80	1.69	3.68	24 fr.
Poudre de viande.	12.50	1.66	3.62	12 »
Poudre de lait.	5.32	1.62	3.55	10 »
Poudre de lentilles cuites à la vapeur..	4.19	0.63	1.37	5 »

Comme garantie de pureté et de bonne conservation de ces produits, exiger le cachet et la marque ADRIAN, ancien préparateur et lauréat de l'École de Pharmacie, directeur de la Société française de produits pharmaceutiques, fournisseur des hôpitaux.

VENTE EN GROS, 11, rue de la Perle, Paris.

Envoi *franco* d'échantillons par la poste aux médecins qui en font la demande.

125

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRAITORES

Emulsion Résino-Balsamique Lefrank

AUX GOUDRON TOLU & CODEINE

Adultes, 4 à 5 cuillerées à soupe, enfants, 3 à 4 cuillerées à café.

2f,50, phie Grez, 34, r. La Bruyère, et toutes phies.

10

Capsules élastiques Oberlin

à l'Huile de ricin, à l'Huile de foie de morue.

Capsules à l'huile de foie de morue, contenant 4 à 5 grammes d'huile.

Id. à l'huile de foie de morue créosotée, contenant 10 centigrammes de créosote.

Id. à l'huile de ricin, contenant 4 à 5 gr. d'huile.

Boites de 4, 8, 12 et 24 capsules, depuis 1 fr.

Echantillons envoyés *gratis* à MM. les Médecins.

Pharmacie Oberlin, 17, place Cadet, Paris.

140

Sirop sulfureux Camus.

Médaillé par le jury de pharmacie de Bordeaux.

En deux flacons (monosulfure de sodium; acide cinnamique). Action sûre et prompte par l'**Acide sulfhydrique naissant** dans le traitement du Catarrhe, des Affections de la Gorge et des Voies respiratoires. Mode d'emploi : matin et soir, une cuillerée de chacun des 2 sirops dans une infusion aromatique chaude ou dans du lait. — Dosage exact. — Vente : chez Camus, phien de 1re classe, 58, boulevd Saint-Marcel, Paris, et toutes phies.

62

Capsules Thévenot au Goudron, le fl. 1f20; *id.* au Copahu, le fl. 3f; *id.* à l'Huile de foie de morue le flac. 2f; *id.* à la Rhubarbe, le flac. 2f. — Se trouvent dans toutes les pharmacies.

115

Sirop Balsamo-diurétique

(à l'extrait de Buchu)

Contre toutes les *Maladies des voies urinaires*, spécialement le *Catarrhe chronique de la vessie*, l'*Irritation du canal de l'urèthre*, les *Maladies de la prostate*, l'*Incontinence de l'urine*, la *Gravelle urique*, etc. — Prix : 5 francs le flacon.

SWANN, ph.-chim., r. Castiglione, 12, Paris.

51

Rubinat, EAU MINERALE NATURELLE PURGATIVE

Supérieure à toutes les Eaux purgatives allemandes. — Effet rapide, obtenu à très-petite dose sans irritation intestinale.

Grande médaille d'or. Expon intle Francfort 1881.

19

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

8

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

67

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

90

Le phosphate monocalcique

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

70

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, *rue Bonaparte.*

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

73

Quassine Frémint

Pilules contenant chacune 2 centigrammes de **quassine amorphe**.

TONIQUE AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF.

A donné d'excellents résultats contre *anorexie, dyspepsie atonique, débilité générale, vomissements spasmodiques, irrégularité des fonctions digestives, constipation*, etc.

Doses : de 1 à 3 pilules avant les deux principaux repas.

Le flacon, 3f. — 18, r. d'Assas, Paris, et les phies.

139

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissemen du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : Lebeault, Mayet et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

109

Taffetas Durin CONTRE LES CORS AUX PIEDS.

La feuille : 1 franc, franco port.

Durin, pharmacien à Vichy.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boite : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

169

Iodo-phosphate DE CHAUX SOLUBLE

De G. Barnit, pharmacien.

Formule du docteur Tison (*de Chauny*).

Une cuillerée à bouche contient :

Iode 0,10 *centigr.*; *phosphate de chaux* 0,25 *centigr.*

Phtisie, scrofules, rachitisme, débilité organique.

Vente en gros : Chauny (Aisne).

99

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, phie Grez, 34, rue de la Bruyère.

721

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, Londres 1881. — A. Ulbrich.

30

SUCROCARBONATE DE

Fer de Tanret

Auteur de la *Pelletiérine* et de l'*Ergotinine.*

FERRUGINEUX très-agréable ; il se prend en nature, aux repas, à la dose de 1 à 2 mesures.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS.

Paris, phie Tanret, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 14. — SAMEDI 3 FÉVRIER 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 3 FÉVRIER 1883. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traités sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Les purpuras : purpura apyrétique, purpura rhumatismal. — Gangrène spontanée du membre inférieur gauche chez un jeune homme de vingt-quatre ans. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — VARIÉTÉS. Rapport sur l'échange des thèses entre les Facultés françaises et les Universités étrangères. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les purpuras. — Purpura apyrétique. — Purpura rhumatismal.

Malgré les nombreuses études dont le purpura a été l'objet depuis son premier historien Werloff, il reste encore quelques obscurités sur la nature et la pathogénie de cette affection, ainsi que sur la caractéristique exacte des diverses variétés dont se compose le groupe des purpuras. Dans un travail critique sur ce sujet, inséré dans les *Archives de médecine* de 1877, M. Lasègue déclarait adopter, comme la seule division possible des purpuras, celle qu'avait déjà proposée Rayer, en purpura fébrile ou pyrétique et purpura apyrétique. La première, le purpura fébrile, comprenait dans trois subdivisions : le purpura simple, sporadique ou épidémique ; le purpura hémorragique (fièvre pourprée hémorragique) ; le purpura urticans (purpura des rhumatisants de Bazin). La deuxième classe, le purpura *sine febre* ou apyrétique, comportait les mêmes trois divisions : simple, idiopathique ou symptomatique ; hémorragique (maladie de Werloff, scorbut sporadique ou scorbut de terre de Lasègue); l'urticans (pseudo-exanthème arthritique). C'est dans cette dernière classe des purpuras apyrétiques que pourrait être rangé également le purpura décrit récemment sous le nom de purpura nerveux ou neuropathique.

Deux exemples très remarquables de ce deuxième type ont été rapportés tout récemment dans le recueil précité (numéro de décembre 1882 des *Archives*), par M. le docteur Barthélemy.

PURPURA APYRÉTIQUE.

Ces deux faits se sont passés l'un et l'autre à l'hôpital Saint-Louis. L'un d'entre eux a été d'une extrême gravité, puisqu'il s'est terminé par la mort. Il s'agissait d'un homme de quarante-six ans, sans antécédents morbides connus, n'étant ni rhumatisant, ni alcoolique, ni atteint d'aucune lésion viscérale appréciable, entré à la salle Saint-Louis le 23 avril dernier. Cet homme, au milieu d'une bonne santé apparente, sans qu'on pût en accuser aucune cause particulière, avait été pris tout à coup, trois jours auparavant, d'hémorragies viscérales diverses, hématurie, mélæna, hémorragies sous-conjonctivales, labiales, gingivale, buccale, etc., et de purpura, qui se continuèrent en s'aggravant les deux jours suivants, le 22 et le 23, bien que le malade se fût couché et eût été mis à l'usage du café glacé et du sulfate de quinine à la dose de 1 gramme. A son entrée à l'hôpital, la température rectale était de 38°,6, le pouls faible, petit, battait 88. Le malade est profondément prostré. On prescrit des injections sous-épidermiques d'ergotine, fréquemment répétées, et une potion dans laquelle entrent la teinture de digitale, l'extrait de ratanhia et le sirop de térébenthine ; thé chaud, applications de linges chauds autour du corps.

Le jour suivant, son état n'ayant fait que s'aggraver, on donne : potion de Tood, limonade citrique, injections hypodermiques d'éther et d'ergotine, inhalations d'oxygène (cinq litres en douze heures).

Ces moyens de traitement sont continués jusqu'au 27 avril, jour où le malade succombe.

L'autre cas est celui d'une femme de trente-cinq ans, sortant de Saint-Lazare. Dans les derniers jours de son séjour dans cette maison, elle s'était vue, dans l'espace d'une nuit, couverte d'un certain nombre de taches purpuriques, qui s'accrurent rapidement les jours suivants ; puis survinrent des saignements des gencives, plus tard de la métrorragie et enfin de l'hématurie. Ce purpura, d'une extrême intensité, qui s'est généralisé aussi bien sur toutes les muqueuses que sur la peau, a fini, après une durée d'environ une huitaine de jours, en diminuant graduellement sans qu'il y ait jamais eu le moindre phénomène fébrile.

Voilà deux exemples très tranchés, quoique différant beaucoup l'un de l'autre, à certains égards, du type purpura apyrétique. Mais toutes les variétés de purpura peuvent-elles être ramenées réellement à ces deux types? La circonstance que le purpura soit pyrétique ou apyrétique, suffit-elle pour servir de base unique à la classification? Nous ne le pensons pas. On a déjà vu, dans les sous-divisions de cette sorte de dichotomie, que les affections diathésiques jouaient un rôle, soit comme antécédent ou comme concomitance ou peut-être même comme condition pathogénique de certains purpuras : telle, par exemple, la diathèse rhumatismale. C'est de deux cas de ce genre, du service de M. le professeur Potain, à l'hôpital Necker, qu'il nous reste à parler.

PURPURA RHUMATISMAL OU ŒDÈME POURPRÉ FÉBRILE.

Une femme du service de la clinique de l'hôpital Necker a présenté, à la suite de couches, un exemple de purpura hémorragique avec œdème, qui se rattache au type qui a été récemment décrit sous le nom d'œdème pourpré fébrile. Cette femme, en même temps qu'elle avait des taches pourprées sur différentes parties du corps et des hémorragies par les principales membranes muqueuses, avait vu survenir de l'œdème de la face et des membres, bien qu'elle n'eût rien du côté des reins ni du côté du cœur, ainsi qu'on s'en est assuré. Il ne pouvait donc s'agir là ni d'anasarque albuminurique, ni d'anasarque cardiaque, et on ne pouvait pas davantage, vu l'état général de la malade, songer à une anasarque cachectique. Cet œdème presque généralisé s'était manifesté à la suite d'un refroidissement subit, il était survenu brusquement; on aurait donc pu n'y voir qu'une anasarque *à frigore;* mais ni les hémorragies ni le purpura ne dépendaient de cette cause, et ils n'entrent pas d'ailleurs dans la symptomatologie de l'anasarque. Il fallait donc rechercher quel lien pouvait exister entre ces trois facteurs de l'état morbide que présentait cette malade et quelle signification on devait donner à cet ensemble.

Pour M. Potain, ces trois éléments font partie d'un état morbide commun : le rhumatisme. On sait, en effet, que le pourpre se montre souvent accompagné de douleurs rhumatismales ; c'est une des manifestations du rhumatisme ; il fait partie de l'ensemble des éruptions rhumatismales énumérées par M. Besnier dans son article *Rhumatisme,* si souvent cité, du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.* Aux yeux de M. Potain, le purpura et l'œdème dont cette malade est affectée, appartiennent donc au rhumatisme. Et cependant cette malade assure n'avoir jamais eu de rhumatisme et aucun de ses parents et des membres de sa famille n'en est atteint. Mais on remarquera que cette femme était accouchée depuis un mois seulement lors de son entrée à l'hôpital, qu'elle était, par conséquent, encore dans la période de la puerpéralité, que tout récemment, à l'occasion de la réapparition de ses règles, elle a présenté quelques-uns des phénomènes que l'on a groupés et désignés sous le nom commun « d'état génital » ; qu'elle a eu, notamment, une phlegmasie péri-utérine dont il lui reste encore des traces. Il existe dans la science plusieurs exemples de ces relations du purpura rhumatismal avec l'état génital. Un médecin allemand, dont le nom nous échappe, a rapporté, entre autres faits de ce genre, l'histoire d'une jeune femme de vingt-six ans, atteinte de vaginite avec ténesme vésical, et qui fut prise, durant cet état, de douleurs articulaires et de purpura. Au bout de quelque temps, elle paraissait guérie ; cependant, comme elle conservait encore de l'écoulement vaginal, on lui pratiqua une injection qui provoqua une très vive douleur ; dès le lendemain, elle fut reprise simultanément de ses douleurs articulaires et d'une nouvelle éruption de purpura. Il n'est pas possible de méconnaître, dans ce cas, la relation étroite qui existe entre l'état génital et le rhumatisme. C'est le fait de la malade actuelle.

Du reste, un fait à peu près semblable ou plutôt analogue s'était présenté peu de temps auparavant dans le service. C'est celui d'une jeune fille de quinze ans et demi, d'une belle et forte constitution, mais très impressionnable et même un peu hystérique. Cette jeune fille avait subi, il y a deux mois, une très vive contrariété, à la suite de laquelle elle avait eu un grand refroidissement et une indigestion ; peu de temps après, elle avait les membres couverts de boursouflures ortiées suivies, vingt-quatre heures après, de purpura aux membres inférieurs. Les règles étant survenues, tout se dissipa. Mais le mois suivant, qui était le mois dernier, une nouvelle éruption de purpura survint avec mouvement fébrile, et un malaise général tel qu'on crut un moment qu'on allait avoir affaire à une fièvre typhoïde. A son entrée à l'hôpital, l'urticaire avait disparu ; mais le purpura persistait, ainsi qu'un peu d'œdème.

Voici donc encore un fait analogue, dans lequel on trouve aussi l'association du purpura et de l'œdème, mais lié ici à un urticaire. C'est ce que l'on a désigné sous le nom de purpura urticans.

Nous n'insisterons pas plus longtemps pour le moment, sur ce sujet, sur lequel il y a encore tant à dire. Le jury de concours d'agrégation actuellement pendant en a jugé probablement de même, car il a donné, pour l'un des sujets de thèse, les purpuras.

Gangrène spontanée du membre inférieur gauche chez un jeune homme de vingt-quatre ans.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, d'apparence vigoureuse, sans autre antécédent morbide qu'une fièvre typhoïde qu'il a eue à l'âge de onze ans et qui n'a laissé aucune trace, est entré à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Berger, suppléant de M. le professeur Gosselin, pour une affection insolite à cet âge et dont l'étiologie est difficile à déterminer et la pathogénie obscure, une gangrène spontanée de la partie inférieure de la jambe.

Ce jeune homme, le jour de son entrée à l'hôpital, le 11 janvier, présentait l'état suivant : toute la partie inférieure de la jambe gauche, depuis trois travers de doigt environ au-dessus des malléoles, était d'un aspect livide ; le pied, et l'avant-pied surtout, avait la lividité cadavérique ; la face dorsale du pied se détachait en noir violet sur le fond exsangue des parties voisines ; les orteils étaient d'un violacé noirâtre. La sensibilité et la calorification y étaient profondément modifiées. Le cou-de-pied était froid, il n'avait pas plus de 25° à 26°, tandis que la température de la jambe, au-dessus, ainsi que celle de l'autre pied, était de 36°,5. Toute la portion mortifiée était absolument insensible. Une petite zone rosée limitant les parties saines.

Avec ces phénomènes locaux coïncidait un état général relativement bon. Au début, il y avait eu de la fièvre, de l'inappétence, de la sécheresse de la langue. Tous ces phénomènes s'étaient promptement amendés, à mesure que l'état local s'aggravait. La température, qui s'était élevée jusqu'à 40°,6 au début, était revenue à 37°, 37°,5; elle ne dépassait pas 38°. La langue est redevenue humide; l'appétit a reparu; le malade mange et boit presque comme en santé. En somme, son état général est très supportable.

Comment cette affection était-elle survenue? Au mois de novembre dernier, ce garçon rapporte qu'il habitait une chambre humide et qu'il travaillait les pieds dans des terres mouillées et détrempées. Ce sont là les seules circonstances connues qui ont précédé le développement de cette lésion. Il se nourrissait d'ailleurs très convenablement, affirme-t-il. De sorte que si l'on peut dire qu'il vivait, à certains égards, dans des conditions hygiéniques mauvaises, il n'était point dans cet état de misère physiologique, qui est si souvent l'origine d'une foule d'autres affections.

Environ six ou huit semaines avant son entrée à l'hôpital, il a commencé à éprouver une sensation d'engourdissement et de fourmillement dans le membre gauche; puis un peu plus tard il s'est aperçu qu'il ne pouvait plus se soutenir sur ce membre, en même temps qu'il éprouvait les phénomènes généraux fébriles passagers dont il vient d'être question. C'est alors qu'il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

A laquelle des variétés connues se rattache cette gangrène? On connaît les deux grandes variétés principales de gangrène : la gangrène sèche et la gangrène humide, dont nous n'avons pas à rappeler les caractères (v. *Gaz. des hôpit.*, 1882, p. 857). Ce cas-ci semble présenter des caractères mixtes et tenir une place intermédiaire entre ces deux modalités.

Ici la cause est extrêmement obscure; il n'y a à invoquer aucun traumatisme, ni l'action d'aucun agent septique ou toxique, ni brûlure, ni congélation. Peut-on invoquer la circonstance de l'action prolongée du froid humide? Elle ne produit point ordinairement les effets de la congélation. La forme de la gangrène ici n'est pas d'ailleurs celle de la congélation. On ne peut invoquer non plus aucune condition dyscrasique ou cachectique, aucune diathèse. L'examen des urines, fait à ce point de vue, n'a révélé la présence ni de sucre ni d'albumine. Les antécédents comme toutes les conditions de l'état présent sont absolument négatives à cet égard.

Toutes ces éliminations faites, il ne restait plus qu'à chercher, dans l'état du système circulatoire, la cause probable de cette singulière affection. Rien dans l'examen du cœur et de l'aorte ne paraissait de nature à en donner l'explication.

Par voie d'exclusion, M. Berger a été conduit à interpréter le fait par une artérite aiguë causée probablement par l'action prolongée du froid humide auquel ce malade avait été exposé.

Le pronostic de cette affection est très sombre. Le malade guérira sans doute, mais avec la perte d'une partie de son membre. Le pronostic est lié ici aux phénomènes de la délimitation de la gangrène et de l'élimination des parties gangrenées. Dans les premières périodes de la maladie, on pouvait craindre de voir la gangrène s'étendre, envahir de plus en plus de tissus sains, et il eût été impossible alors de prévoir jusqu'où pourrait aller le danger. Depuis que la délimitation est nettement circonscrite, tout danger nouveau inhérent à la progression est conjuré. Mais il reste encore les éventualités fâcheuses que peut faire naître le travail même d'élimination qui reste à effectuer. On va voir peu à peu se dessécher et tomber en putrilage les tissus mortifiés et s'établir un travail de suppuration sur les limites de la mortification et au voisinage de ces limites. Enfin, quand l'élimination sera complète, il restera à accomplir un travail de cicatrisation qui sera très lent. Il est évident que chacune de ces phases peut présenter ses dangers : danger de la septicémie par la résorption des produits putrides de la gangrène, danger d'épuisement par l'abondance de la suppuration et sa longue durée probable.

Malgré la perspective de ces divers dangers, l'amputation, dans les cas de ce genre, est contre-indiquée. La seule intervention chirurgicale utile en pareil cas consiste, tout au plus, à hâter un peu les derniers temps de l'élimination déjà si longue par la section de l'os, dont l'élimination spontanée demanderait encore beaucoup de temps. En attendant que vienne le moment de procéder à cette opération complémentaire du travail naturel, il y a des indications à remplir qui consistent à combattre les effets de la putréfaction par l'alcool et les divers agents antiseptiques en usage, à surveiller les fusées purulentes qui peuvent se faire, combattre les douleurs par des injections morphinées, soutenir les forces par le quinquina, les divers toniques et une bonne alimentation. C'est à cet ensemble de moyens que M. Berger a soumis ce malade, attendant l'évènement qui pourra peut-être donner le dernier mot de ce difficile problème.

A ce point de vue, ce malade sera intéressant à suivre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 janvier 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Taille hypogastrique. — M. MONOD rappelle le rapport qu'il a présenté (voir *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 997) à la Société sur une communication de M. Bois, relative à la taille hypogastrique. Il a eu lui-même l'occasion de pratiquer trois fois cette opération. Sur ses trois opérés, un seul a succombé. Ce sont ces trois observations dont il donne aujourd'hui communication.

Dans la première observation, il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, ayant subi la lithotritie à l'âge de dix-sept ans, s'étant bien porté ensuite et présentant seulement depuis quelque temps de nouveaux symptômes de calcul. Il entre, au mois d'août 1882, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon, alors suppléé par M. Monod. Il porte un calcul volumineux. La lithotritie étant reconnue impossible, M. Monod, après avoir obtenu la dilatation de la vessie par une forte injection d'eau contenant de l'acide borique et son déplacement par le ballonnement rectal, pratique la taille sus-pubienne. Arrivé dans la vessie, il constate l'existence d'un calcul volumineux, enclavé dans une loge, immobile, paraissant faire corps avec la vessie. Il éprouva les plus grandes difficultés pour enlever ce calcul et n'y parvint qu'après avoir dilaté l'orifice de cette loge, décollé les adhérences, introduit le doigt dans le rectum pour le faire saillir en avant, fragmenté le calcul en quatre morceaux qu'il retira successivement. Encore la face interne de la vessie restait-elle incrustée de matières calcaires qu'il fallut extraire par le grattage; la vessie fut ensuite lavée par un courant d'eau; deux tubes à drainage y furent placés. Pendant tout ce temps, le cul-de-sac péritonéal avait pu être refoulé et maintenu au-dessus du champ opératoire. Pansement antiseptique. Les suites furent aussi simples que possible. La guérison fut seulement un peu lente. Elle était complète après deux mois.

Dans ce cas, la lithotritie était impossible et, en présence des difficultés qu'il rencontra, M. Monod se félicita d'avoir eu recours à la taille hypogastrique; en effet, ces difficultés auraient été encore bien plus grandes dans la taille périnéale qui eût offert aussi beaucoup plus de dangers. M. Monod insiste sur les avantages, en pareil cas, du ballon rectal.

Le second cas a trait à un vieux rhumatisant, âgé de soixante-sept ans, présentant tous les signes physiques de la pierre, ayant en outre un rétrécissement urétral qui rendait la lithotritie impossible. M. Monod pratiqua la taille hypogastrique, avec l'assistance de MM. les docteurs Malaine et Broussin. Il eut recours au même procédé que dans le cas précédent : dilatation de la vessie, ballonnement rectal, taille hypogastrique, extraction d'un calcul peu volumineux, drainage. Opération facile. Malgré cela, les suites furent peu satisfaisantes; le pouls resta faible et lent, inappétence absolue, apathie complète, la température restant à peu près normale; anurie, affaiblissement progressif, mort le cinquième jour. L'autopsie fut négative sur tous les points, sauf pour le rein droit, qui était le siège d'une néphrite interstitielle. Il n'y avait pas de péritonite, pas traces d'infiltration d'urine. La complica-

tion rénale pouvait seule expliquer la mort. Elle n'avait pu être diagnostiquée avant l'opération.

Dans le troisième fait, il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans, qui portait une pierre depuis son enfance, pierre d'une extrême dureté et pour laquelle la lithotritie était impossible. M. Monod pratiqua la taille hypogastrique. Le malade fut endormi ; une dernière tentative de lithotritie fut faite sans succès. Alors une injection tiède contenant 4 p. 100 d'acide borique fut faite dans la vessie. Cette injection était poussée doucement ; la vessie formait déjà un globe appréciable dans la région sus-pubienne, quand tout à coup la résistance qu'éprouvait la main de l'opérateur cessa en même temps que disparaissait ce globe vésical. M. Monod pensa tout aussitôt avoir déterminé la rupture de la vessie. Les avis furent partagés sur la conduite à tenir. Après quelques hésitations, M. Monod se décida à poursuivre l'opération. Le péritoine, qui se trouvait dans le champ opératoire, fut décollé et refoulé ; il s'écoula une certaine quantité de liquide ; on arriva assez facilement sur la vessie ; elle fut ponctionnée, il s'en écoula encore une notable quantité de liquide ; le calcul, d'une extrême dureté, fut assez aisément saisi et extrait. Deux tubes à drainage furent placés dans la vessie ; les suites de l'opération furent des plus simples ; cependant la guérison fut retardée par des accès de fièvre mal déterminés et ne fut complète qu'au bout de trois mois.

Ce fait montre que certaines vessies supportent mal la distension. Il semble, dans ce cas, que la rupture s'est faite sur l'un des côtés. Sans doute cet accident n'est pas à craindre dans la taille périnéale, la distension vésicale n'étant pas nécessaire dans cette opération. Mais il n'en reste pas moins acquis qu'avec les modifications actuelles, et plus particulièrement avec le ballonnement rectal, dont M. Monod fait ressortir les avantages, la taille hypogastrique est une bonne opération.

Réunissant les observations publiées, on compte deux cas de Périer, dont un décès ; un cas de Le Dentu, suivi de guérison ; huit cas de Guyon, dont cinq guérisons, tous chez des gens âgés ; trois cas de Monod, dont un décès.

M. PÉRIER a fait la taille hypogastrique de nouveau sur deux malades, l'un âgé de cinquante-neuf ans, l'autre de soixante-dix-sept ans. Dans ces deux cas l'opération a été facile, les suites très simples et la guérison complète.

M. VERNEUIL a pratiqué cette opération avec M. Théophile Anger sur un malade qui présentait des conditions défavorables. Cependant le succès n'en a pas été moins complet. Cet homme portait d'abord une double hernie inguinale volumineuse, ce qui, selon le docteur Broussin, devait rendre beaucoup plus difficile le relèvement du péritoine. C'était, en outre, un homme de soixante ans, bien constitué, mais atteint de néphrite et qui présentait une très grande sensibilité de la vessie ; le moindre cathétérisme déterminait chez lui de violents accès de fièvre urétrale. Enfin ce malade avait une prostate très volumineuse ; il y avait donc à craindre, par la taille périnéale, des hémorragies considérables et peut-être consécutivement une prostatite suppurée. Pour toutes ces raisons, la lithotritie étant impossible et la taille périnéale dangereuse, M. Verneuil se décida pour la taille hypogastrique. Cette opération fut pratiquée avec l'assistance de M. Anger. M. Verneuil fit la suture vésicale, mais il n'eut pas à s'en louer et conseille, en pareil cas, de ne pas la faire. Ce malade a très bien guéri.

M. ANGER a fait trois fois la taille sus-pubienne et chaque fois avec le thermocautère. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de soixante-quinze ans, portant une pierre très dure. M. Anger n'a pas eu recours au ballon rectal ; il préfère un cathéter spécial, qu'il a fait construire par M. Collin, se recourbant dans la vessie et permettant d'amener cet organe dans la plaie hypogastrique. Peut-être l'emploi de ce cathéter intra-vésical eût-il permis d'éviter la rupture de la vessie dans le troisième cas de M. Monod, car M. Anger ne croit pas que cette rupture soit possible avec ce cathéter. Ce premier malade a bien guéri.

Le second portait un calcul depuis l'enfance, mais ne souffrait que depuis quelques années. Il avait une prostate volumineuse. A cette occasion, M. Anger déclare que, dans les cas où la prostate est petite, la taille périnéale est préférable ; que dans les cas où elle est volumineuse, il vaut mieux, au contraire, recourir à la taille sus-pubienne. Ce second malade était un homme de trente-six ans. L'opération et ses suites furent très simples. Toutefois ce malade mourut cinq jours après, avec des signes de péritonite pelvienne. L'autopsie montra, en effet, qu'il y avait un abcès du rein qui s'était ouvert dans le péritoine. En résumé, une grosse prostate est pour M. Anger une contre-indication à la taille périnéale, et, dans ces cas, la taille hypogastrique lui paraît préférable.

M. TILLAUX a fait des expériences sur le cadavre relativement à la rupture de la vessie. Ces expériences ont montré que cette rupture se faisait toujours sur les faces latérales de la vessie, en dehors du péritoine, ce qui est bien en accord avec le fait de M. Monod.

M. LE FORT ne croit pas à la rupture spontanée de la vessie, même distendue.

M. VERNEUIL a vu se produire une rupture de la vessie pendant une séance de lithotritie. Il s'agissait d'un malade ayant une vessie peu spacieuse ; M. Verneuil injecta environ 125 grammes d'eau tiède. Quand il retira la seringue, il ne sortit pas une goutte de liquide ; il y avait eu une rupture de la vessie. Le malade mourut en peu de temps d'une péritonite pelvienne. Ce fait montre que la vessie peut se rompre, même sous l'influence d'une pression très légère.

M. MONOD fait observer que, dans son cas, malgré la rupture de la vessie, il n'y a pas eu d'épanchement du liquide dans le péritoine. Il insiste sur les avantages du ballon rectal. Il conseille de ne jamais injecter plus de 300 à 350 grammes de liquide dans la vessie et d'employer toujours pour ces injections des liquides antiseptiques. Il partage l'opinion de M. Anger sur les dangers des grosses prostates contre-indiquant la taille périnéale. Or ce sont, de beaucoup, les cas les plus fréquents. Aussi M. Guyon est-il en voie d'abandonner la taille périnéale pour la taille hypogastrique.

M. MARC SÉE fait observer que les réflexions de M. Monod s'appliquent aux adultes et surtout aux vieillards, mais non aux enfants, chez lesquels la taille périnéale reste préférable à cause de l'absence de toute complication.

M. CHAUVEL demande qu'il soit fait une statistique comparative des cas de taille périnéale et des cas de taille hypogastrique.

Réduction des luxations irréductibles de la hanche par l'opération sanglante. — **M. POLAILLON** communique un cas de luxation irréductible de la hanche qu'il a réduite par l'opération sanglante. Il s'agissait d'un alcoolique qui a succombé aux suites de cette opération.

Cette opération n'avait été pratiquée, avant lui, que deux fois, une fois en Allemagne par Wolkmann, une fois en Angleterre par Mac Cormack. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de cinquante et un ans qui, ayant été pris dans un éboulement, s'était fait une luxation périnéale de la hanche. Réduction impossible. Opération faite le 15 mars 1876 et consistant dans la résection de la tête et de l'extrémité supérieure du fémur. Guérison.

Dans le fait de Mac Cormack, il s'agissait d'un jeune homme de dix-neuf ans qui, en portant un fardeau, tombe et se fait une luxation ovalaire de la hanche. Trois tentatives de réduction sous l'influence du chloroforme restent sans résultats. Opération le 5 juin 1878. Comme dans le premier cas, résection de la tête et de l'extrémité supérieure du fémur. Guérison. Ces deux chirurgiens avaient nettement posé l'indication, dans ces cas, de réduire par l'opération sanglante.

Dans le cas de M. Polaillon, il s'agit d'un homme de quarante-six ans, journalier, alcoolique, d'une constitution débile, qui fut projeté du siège d'une voiture et se fit une luxation iliaque de la hanche droite. Il entre le 1er novembre 1882 à la Pitié. Le 2 novembre, chloroforme, tentative de réduction, transformation de la luxation iliaque en luxation ovalaire, mais réduction impossible.

Le 7 novembre, nouvelle chloroformisation, nouvelles tentatives à l'aide de l'appareil de Jarvys, réduction encore impossible. Le 12 novembre, nouvelle tentative faite par M. Hennequin selon son procédé. Malgré la chloroformisation, la résolution musculaire ne peut être obtenue complètement. Le malade est soumis pendant huit jours à un traitement par le bromure de potassium, puis le 20 novembre nouvelle tentative, même insuccès. M. Polaillon se décide à recourir à l'opération sanglante. Celle-ci est pratiquée le 16 décembre, avec l'assistance de MM. Nicaise, Nepveu et Hennequin. Emploi rigoureux de la méthode antiseptique. Incision de 10 centimètres partant de l'épine iliaque antérieure et inférieure ; on trouve le grand trochanter fixé contre la cavité cotyloïde et la tête du fémur recouverte par une épaisse couche fibreuse ; celle-ci est sectionnée, la cavité articulaire se trouve libre, la tête du fémur peut être isolée, elle est facilement amenée en arrière et en haut de la cavité cotyloïde, puis il suffit d'une légère traction sur le membre pour la faire rentrer dans cette cavité. Drainage, pansement de Lister, immobilisation dans la gouttière de Bonnet. Le 18 décembre, température 38°,8, premier pansement ; des gaz fétides s'échappent de la plaie, qui a une teinte grisâtre, les fils sont enlevés et la suture défaite pour donner issue à ces gaz. Le malade succombe le 20 à cette gangrène gazeuse. L'autopsie montre que tous les tissus du champ opératoire sont infiltrés de gaz ; la tête du fémur est bien dans la cavité cotyloïde, il faut même faire effort pour l'en faire sortir. La réduction avait donc été obtenue. L'autopsie révèle en outre, dans les divers viscères, toutes les lésions de l'alcoolisme.

Ce fait soulève trois questions : Quelles sont les causes de l'irréductibité ? Quelles sont les causes de la mort ? Quel est le meilleur procédé opératoire ?

Les causes de l'irréductibilité ne résident pas, en ce cas, dans la persistance de la contraction musculaire, malgré l'emploi du chloroforme, mais bien dans l'intégrité du ligament de Bertin. En effet, ce n'est qu'après l'avoir coupé que la réduction est devenue possible.

Les causes de la mort ne sont pas ici la durée de l'opération (trente-cinq minutes) ou l'importance du traumatisme, mais bien la gangrène gazeuse foudroyante des alcooliques. L'état graisseux du foie, des reins, l'état athéromateux du cœur, indiquaient un alcoolisme invétéré.

Le meilleur procédé opératoire est, selon M. Polaillon, celui qui consiste à faire une incision partant de l'épine iliaque antérieure et inférieure et suivant l'axe du membre dans une étendue de 10 à 12 centimètres. C'est par cette incision que l'on arrive le plus facilement sur le ligament de Bertin, principal obstacle à la réduction.

M. TILLAUX rappelle avoir présenté, en 1868, des pièces destinées à montrer ce qui se passe dans les luxations de la hanche. Il croit que, dans ce cas, il s'agissait d'une luxation ischiatique et non iliaque. La luxation ischiatique se transforme facilement en luxation sous-pubienne et réciproquement. La tête du fémur tourne ainsi autour du sourcil cotyloïdien ; or, pour la faire rentrer dans la cavité, il suffit, en même temps qu'on lui imprime ce mouvement de rotation, d'exercer une traction sur le membre et dès lors la réduction est obtenue. M. Tillaux est ainsi toujours parvenu à réduire les luxations de la hanche. Il suffit d'exercer sur le membre la traction que M. Polaillon a faite à découvert. M. Tillaux croit qu'on aurait pu réduire de cette façon dans le cas de M. Polaillon, sans recourir à l'opération sanglante. Jusqu'à présent, en effet, il met en doute l'irréductibilité des luxations de la hanche.

M. ANGER a récemment réduit une luxation de la hanche, en province, en fixant le malade sur un banc et en exerçant, à l'aide d'une bande de caoutchouc, une traction sur le membre pendant qu'il imprimait un mouvement de rotation ; il a ainsi obtenu la déchirure des adhérences et la réduction spontanée pendant les mouvements de rotation en dehors.

M. MARC SÉE a réduit plusieurs fois des luxations ischiatiques, se transformant facilement en luxations sous-pubiennes, chez les vieillards, par ces mouvements combinés de rotation et d'extension.

M. POLAILLON fait observer qu'il avait eu recours à tous ces moyens, que son malade a été soumis, pendant quatre séances, à toutes ces tentatives, sous l'influence du chloroforme, qu'enfin il n'a eu recours à l'opération qu'après s'être bien convaincu de l'irréductibilité de cette luxation par les moyens habituels.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Rapport sur l'échange des thèses entre les Facultés françaises et les Universités étrangères.

Monsieur le Ministre,

Les professeurs français ont souvent exprimé le regret de ne pas trouver dans nos bibliothèques la série complète des thèses ou dissertations académiques publiées à l'étranger. Une pareille collection devait présenter des avantages précieux par la richesse des informations et par les moyens de contrôle qu'elle mettait à la disposition des travailleurs. Ceux qui avaient pu consulter les grandes bibliothèques des pays voisins sentaient encore plus vivement l'absence de ces écrits dans les nôtres.

Il n'était point possible de combler cette lacune à prix d'argent ; la dépense eût été trop onéreuse ; et, même en se décidant à la faire, on n'eût pas obtenu le résultat désiré, car beaucoup de dissertations académiques ne se vendent point. Un seul moyen s'offrait à nous : l'échange. Il fallait organiser entre les Facultés françaises et les Universités étrangères un système régulier d'échange en vertu duquel les thèses françaises seraient adressées aux principaux établissements de l'étranger, lesquels, par réciprocité, enverraient leurs dissertations et écrits académiques à toutes nos Facultés.

Quelques essais avaient été tentés dans ce sens depuis plusieurs années, mais isolés, sans coordination suffisante. Le peu qui avait été obtenu était néanmoins de nature à faire désirer davantage.

Les Universités allemandes sont en possession depuis plus de soixante ans d'un système d'échange qui fonctionne sans difficulté. Les principales Universités des autres pays ont pris part l'une après l'autre à cette organisation, au grand bénéfice de leurs bibliothèques. L'un de vos prédécesseurs, Monsieur le Ministre, a pensé que notre enseignement supérieur n'avait aucune raison de se tenir à l'écart, et qu'il trouverait au contraire avantage à entrer dans la même voie. Par une décision du 23 décembre 1881, prise à la suite d'un rapport de la Commission centrale des bibliothèques académiques, vous m'avez chargé d'engager des négociations avec les recteurs des Universités étrangères, et vous m'avez donné pour collaborateurs dans cette tâche délicate MM. Carrière et de Chantepie, l'un secrétaire de l'École des langues orientales, l'autre bibliothécaire de l'École normale supérieure, tous deux fort au courant de la matière.

J'ai l'honneur de venir aujourd'hui, Monsieur le Ministre, vous rendre compte de la manière dont nous avons pu remplir la mission qui nous était confiée. Vous apprendrez, j'en suis sûr, avec satisfaction qu'elle a été couronnée d'un entier succès.

Les bases sur lesquelles nous devions traiter avaient été étudiées par la Commission centrale et approuvées par le Ministre. Elles peuvent se formuler ainsi :

1° Obtenir de chaque Université étrangère contractante dix-huit collections de toutes ses publications académiques, destinées aux bibliothèques universitaires d'Aix, Alger, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont, Dijon, Douai, Grenoble, Lyon, Montpellier, Nancy, Paris, Poitiers, Rennes, Toulouse, à la Bibliothèque nationale et au Ministère de l'Instruction publique ;

2° Offrir en retour à la bibliothèque de chacune de ces Univer-

sités une collection complète de toutes les thèses qui seraient soutenues devant les diverses Facultés françaises.

Quant aux voies et aux moyens, ils se résument dans les deux points suivants :

1° Envoi de part et d'autre, une fois l'an, au commencement de l'année scolaire, de toutes les publications académiques se rapportant à l'année scolaire précédente ;

2° Les frais de transport à la charge de l'expéditeur.

Ces propositions, transmises dans le courant des mois de janvier et février 1882 aux recteurs des principales Universités de l'étranger, reçurent l'accueil le plus empressé. Au commencement d'avril, nous avions l'adhésion de vingt et une Universités, qui déclaraient avoir pris les mesures nécessaires pour inaugurer les opérations d'échange dès le mois de novembre suivant. Ce succès nous imposait un devoir. Il y avait pour nous une question de dignité à ne pas nous laisser devancer. Dans un premier rapport daté du 3 avril, je vous priais, Monsieur le Ministre, de vouloir bien ratifier les conventions déjà conclues, et d'inviter en même temps nos Facultés à préparer un envoi qui comprendrait les thèses soutenues pendant le semestre d'été. Ce fut l'objet de l'arrêté du 30 avril 1882, portant qu'à dater du 1er mai, il serait prélevé dans chaque Faculté, sur le nombre de thèses exigées des candidats, trente exemplaires destinés au service des échanges avec les Universités étrangères. Les circulaires ministérielles du 17 et 31 mai transmirent aux secrétaires des Facultés et aux bibliothécaires des bibliothèques universitaires toutes les instructions et indications nécessaires pour assurer le fonctionnement régulier du nouveau service. Les arrêtés du 21 juillet 1882 et la circulaire du 11 août suivant vinrent donner une dernière consécration à l'organisation des échanges, en remplaçant, par un règlement définitif, des dispositions dont quelques-unes avaient été prises à titre transitoire et pour parer aux besoins du moment.

Cependant les négociations avec les Universités étrangères étaient continuées, les conditions matérielles de l'exécution du service réglées dans leurs détails, la date des envois de part et d'autre arrêtée. Au milieu de juillet, la liste suivante des Universités contractantes, — au nombre de trente, chiffre qu'il avait paru bon de ne pas dépasser la première année, — était communiquée à l'Administration centrale : Bâle, Berlin, Bonn, Breslau, Copenhague, Dorpat, Erlangen, Fribourg, Gand, Genève, Giessen, Goettingen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Iéna, Kœnigsberg, Leipzig, Leyde, Liège, Lund, Marbourg, Munich, Munster, Rostock, Strasbourg, Tubingen, Upsal, Wurzbourg et Zurich ; soit : vingt Universités allemandes, trois suisses, deux belges, deux suédoises, une hollandaise, une danoise et une russe. C'étaient les plus importantes des Universités européennes parmi celles qui publient des dissertations académiques. D'autres établissements d'enseignement supérieur, non moins renommés, n'ont pu être compris dans cette liste, parce qu'ils n'avaient rien d'analogue à nos thèses à nous offrir.

Une fois le tableau des Universités échangeantes dressé et approuvé par le Ministre, l'organisation du service était tracée. Il ne restait plus qu'à attendre les deux derniers mois de l'année pour voir comment cette organisation fonctionnerait. C'était en effet une opération assez compliquée que l'expédition des thèses de toutes nos Facultés à trente Universités étrangères et la répartition des dissertations académiques de ces mêmes Universités entre nos diverses bibliothèques universitaires. J'ai le plaisir, Monsieur le Ministre, de porter aujourd'hui à votre connaissance que, dès la première année, la réussite de l'opération a dépassé notre attente.

Dans le courant du mois de novembre, les envois des Facultés de Paris et des départements, composés d'autant de paquets séparés qu'il y avait d'Universités échangeantes, sont parvenus à la librairie Hachette et Cie, désignée par l'Administration centrale pour les recevoir. Là ils ont été répartis suivant les adresses inscrites sur chaque paquet, et, le 29 décembre 1882, trente caisses contenant chacune environ 350 thèses ont été expédiées directement aux Universités ci-dessus désignées.

En même temps commençaient à arriver à Paris, à la même adresse, les envois des Universités étrangères avec les dix-huit collections demandées par nous. Une première répartition a pu avoir lieu dès le commencement de décembre, et les dissertations de douze Universités étrangères ont été expédiées aux bibliothèques destinataires. Un second et dernier envoi aura lieu incessamment. On peut estimer au moins à un millier le nombre des dissertations qui viendront cette année, du chef des échanges, enrichir chacune de nos bibliothèques universitaires, et à 20,000, en chiffre rond, les écrits reçus.

Dès l'année prochaine, les chiffres que je viens de citer se trouveront augmentés dans une proportion notable ; il faut tenir compte, en effet, de cette circonstance que l'affaire avait été engagée dans le courant de l'année scolaire. L'an prochain, les collections envoyées de l'étranger s'élèveront au moins à 1,500 dissertations, ce qui donnera, pour nos dix-huit bibliothèques, un total de 27,000 articles ; d'après les statistiques fournies par les bureaux de l'Enseignement supérieur, notre envoi à chaque Université étrangère devra atteindre le chiffre de 900 thèses, ce qui donne également, pour trente Universités, un total de 27,000 articles. L'opération dont la librairie Hachette et Cie a bien voulu se charger, et dont elle s'est acquittée avec beaucoup de zèle, comportera donc, l'année prochaine, un mouvement de 54,000 articles, à répartir entre 18 bibliothèques françaises et 30 bibliothèques étrangères.

Ces chiffres, Monsieur le Ministre, permettent d'apprécier l'importance des relations que nous venons d'inaugurer. Mais le profit matériel, consistant dans l'accroissement des moyens de travail, ne semble pas devoir être le seul résultat avantageux de nos conventions d'échange. Le bénéfice moral devra être plus grand encore. Les dissertations académiques sont une des bases les plus sûres pour apprécier la force des études dans un pays. Si, par le moyen des échanges universitaires, nous apprenons à mieux connaître l'état de la science et de l'enseignement à l'étranger, si, par suite, une émulation salutaire se manifeste chez nous, d'autre part plus d'un préjugé disparaîtra hors de nos frontières, lorsqu'on sera mis à même de constater le travail sérieux dont nos Facultés sont le foyer. Je parle moins ici de Paris, qui a toujours gardé sa place dans le mouvement scientifique, que de nos Facultés de province, trop longtemps isolées et sacrifiées. En renouant des relations suivies avec les Universités de l'Europe les plus illustres, elles reprendront une tradition interrompue depuis trois siècles.

L'élévation d'esprit que nous avons rencontrée chez les Recteurs et dans les Conseils des Universités étrangères, et dont les dépêches que nous avons reçues portent la marque, a beaucoup contribué à aplanir les difficultés. Plusieurs Universités ont hautement exprimé la joie qu'elles éprouvent à entrer en contact régulier avec les Facultés françaises.

Je me reprocherais de terminer ce rapport sans vous signaler, Monsieur le Ministre, la part essentielle prise à ces négociations par mon collègue M. A. Carrière, qui les avait préparées au moyen de deux voyages à l'étranger, et qui en a surveillé les différentes phases avec autant de coup d'œil pratique et de fermeté que de dévouement éclairé aux intérêts de l'Université et de la science.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'hommage de mon profond respect.

Michel Bréal,
Inspecteur général.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les consignations pour les examens, dont désignation suit, seront reçues jusqu'aux dates ci-après indiquées :

Ancien régime d'études. — Pour le premier examen de doctorat, jusqu'au mardi 10 avril inclusivement ; pour le deuxième examen de doctorat, jusqu'au mardi 24 avril inclusivement.

Nouveau régime d'études. — Pour le deuxième examen de doc-

torat (première partie), jusqu'au mardi 10 avril inclusivement ; pour le deuxième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 24 avril inclusivement; pour le troisième examen de doctorat (ancien mode), jusqu'au 29 mai inclusivement; pour le quatrième examen de doctorat (ancien et nouveau modes), jusqu'au 12 juin inclusivement; pour le cinquième examen de doctorat (ancien et nouveau modes), jusqu'au 26 juin inclusivement; pour le troisième examen d'officiat et les examens de sage-femme, jusqu'au 26 juin inclusivement; pour les thèses, jusqu'au mardi 17 juillet inclusivement.

Les élèves ajournés, après le 15 juin, à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se représenter avant les vacances. Passé le 17 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidences de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

Les étudiants inscrits pour subir leurs examens seront placés en séries d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser, par écrit, la demande à M. le doyen.

— *Concours de l'agrégation.* — Le dépôt des thèses doit être fait lundi 5 février. L'argumentation commencera le 8 et sera terminée le 16 février.

— La Faculté de médecine sera fermée, à l'occasion des jours gras, le mardi 6 février 1883.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fuzier (de Millau) et Marty (de Revel).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Brouardel commencera les conférences de médecine légale à la Morgue, le mercredi 7 février 1883, à deux heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

L'ordre des conférences est ainsi réglé : mercredi, M. le professeur Brouardel ; vendredi, M. le docteur Descoust ; lundi, M. le docteur Vibert.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité théorique et clinique de la dysenterie (diarrhée et dysenterie aiguë et chronique), par H.-J.-B. Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine. 1 vol. in-8 de 795 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Le sommeil normal et le sommeil pathologique. Magnétisme animal, hypnotisme, névrose, hystérie, par E. Yung, Privat Docent à l'Université de Genève. 1 vol. in-18° jésus de 200 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Éloge de L.-V. Marcé, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 24 avril 1882, par Antoine Ritti, secrétaire général de la Société. In-8° de 24 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14026.

122

Huile de foie de morue
BRUNE-CLAIRE
Du **Docteur DE JONGH,**
de la Fac. de méd. de la Haye,
chev. de l'ordre de Léopold de Belgique,
chev. de la Légion d'honneur.

« Le beau travial de M, le docteur de Jongh élucide une question qui a occupé un très-grand nombre d'auteurs. Le mode d'extraction de l'huile de foie de morue par les procédés indiqués et pratiqués aux îles Lofoden, en Norwège, pour la préparation de l'huile que M. le docteur de Jongh livre au commerce, nous paraît devoir être préféré à celui dont on fait usage à Terre-Neuve. Ces procédés sont, selon nous, plus rationnels et doivent fournir une huile plus efficace. »

(Signé) A. CHEVALLIER,
Offic. de la Légion d'honneur,
prof. à l'Ec. sup. de pharm. à Paris.

« Il était très-naturel que l'auteur des meilleures analyses et des plus profondes investigations qui aient été faites sur l'Huile de Foie de Morue devint lui-même le pourvoyeur de cette importante médecine. L'huile que vous m'avez donnée était de la qualité la plus supérieure considérée sous les rapports de la couleur, de la saveur et des propriétés chimiques; et je suis certain que pour l'usage médical on ne peut s'en procurer de meilleure. »

(Signé) JONATHAN PEREIRA, M. D.,
Memb. assoc. de la Soc. roy. de Londres,
prof. de mat. méd. à l'Univ. de Londres.

Se vend SEULEMENT en flacons revêtus d'une capsule portant l'estampille et la signature du Dr DE JONGH et la signature ANSAR HARFORD et Co.
Prix : 3 fr. 50, dans les principales pharmacies en France et à l'étranger.
Se défier des contrefaçons.
SEULS CONSIGNATAIRES :
ANSAR, HARFORD et Ce, 77, Strand, Londres.

62

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.
Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).
SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.
Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.
Dépôt dans toutes les pharmacies.

17

Quina Anti Diabétique **Rocher**
Préparation spéciale contre le DIABÈTE
A base de GLYCÉRINE
redistillée et chimiquement pure.
Les expériences faites sur des Malades ont donné de très-beaux résultats.
M. ROCHER met à la disposition de MM. les Médecins des Flacons d'échantillons qu'il envoie *gratis*, à titre d'expérimentation, sur demande adressée à la Pharmacie ROCHER, 1, rue Perrée, à Paris. — Flacon : **3 fr. 50.**

721

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.
Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, Londres 1881.—A. ULBRICH.

13

Quina-Laroche.
ÉLIXIR VINEUX.
C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina Laroche contre les *affections de l'estomac*, *anémies suites de fièvres*, etc.
Paris, 22, rue Drouot. *Laroche*

73

Quassine Frémint
Pilules contenant chacune 2 centigrammes de **quassine amorphe**.
TONIQUE AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF.
A donné d'excellents résultats contre *anorexie, dyspepsie atonique, débilité générale, vomissements spasmodiques, irrégularité des fonctions digestives, constipation*, etc.
Doses : de 1 à 3 pilules avant les deux principaux repas.
Le flacon, 3f. — 18, r. d'Assas, Paris, et les phies.

11

Liqueur des Dames
A BASE D'ANÉMONINE
Retirée de l'Anémone Puls, vulgairement appelée « FLEUR DES DAMES ».
(*Off. de Dorvault*, xe édit., p. 252.)
Très efficace dans les cas d'AMÉNORRH et de DYSMÉNORRHÉE.
FACILITE L'ACCOUCHEMENT
MM. les docteurs qui voudraient bien faire l'essai de cette Préparation et constater ses excellents résultats, sont priés d'écrire au préparateur, M. ENJOLRAS, pharmacien, 16, cours de Brosses, à Lyon, *qui se fera un plaisir de leur en envoyer gratis un ou deux flacons à titre d'expérimentation.*

13

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT
Expérimentee avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIEGE, etc., pour le traitement des *hémorragies* (*hémoptysies*) *métrorragies*, *ménorragies, etc.*), des *flux muqueux*, tel que les *leucorrhées*, *les diarrhées imples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.
Phie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, Paris.

134

Goutte, Gravelle
RHUMATISMES CHRONIQUES.
(**Diathèse urique**)
PILULES H. ROYER
au tartrate de potasse et de lithine.
Le plus soluble des sels de lithine.
Une pilule contenant 10 centigr. de sel pur sature plus de 40 centigr. d'acide urique.
Vente par flacon de 100 dans toutes les phies.
Gros : phie ROYER, cours Morand, 40, Lyon.

80

Darbo 86, PASSAGE CHOISEUL, PARIS.
MEDECINE, *chirurgie* (appareils en ts genres).
CAOUTCHOUC (Emploi général du).
CEINTURES, *corsets* sans baleines, pr dames.
ALLAITEMENT artificiel et tous articles pour dames en couches, les nourrices, les bébés.

123

Vin Mariani à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.
Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

109

Taffetas Durin CONTRE LES CORS AUX PIEDS.
La feuille : 1 franc, franco port.
DURIN, pharmacien à Vichy.

39

Granules antimonio-ferreux et antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.
Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.
Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).
Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, rue Montmartre.

76

NEVRALGIES — MIGRAINES
PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU
Gelsemium sempervirens
du docteur G. FOURNIER.
Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.
Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — Prix : 3 francs.

66

Cachets digestifs H. Mourrut
PEPSINE ET DIASTASE
PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.
« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138; Académie de médecine, 12 aout 1879.)
Phie CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39; 10, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.
Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.
Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ francs.
Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.
Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.
Prix de la boîte : DEUX francs.
VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.
VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR.
Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.
Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.
Prix du flacon : QUATRE francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

117

Maladies de poitrine, GUÉRISON par les **Sirops d'Hypophosphite de Soude ou de Chaux,** du Dr CHURCHILL.
Nombreuses attestations médicales.
Prix : 4 fr. le flacon, avec instruction.
Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

41

Rhumatismes. Guérison par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.
REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

74

Pansement antiseptique
Méthode LISTER.
MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

60

Podophyllin Delpech
contre la constipation habituelle.
Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs.
— Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

75

Préparations iodo-créosotées et créosotées de B. BAIN : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.
Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE
la plus riche en fer et acide carbonique.
Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des
GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,
et toutes les maladies provenant de
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

N° 15. — MARDI 5 FÉVRIER 1883. 56e ANNÉE. MARDI 5 FÉVRIER 1883. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU. Vaginite simple et vaginite virulente ou blennorragique. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE. Présentation simultanée par la vulve et par l'anus. — VARIÉTÉS. Documents pour servir à l'histoire de la médecine. — Nouvelles.

Paris, lundi-gras 1883.

HOTEL-DIEU. — M. GALLARD.

Vaginite simple et vaginite virulente ou blennorragique.

La vaginite dont je veux vous parler aujourd'hui est un sujet toujours brûlant, voire même cuisant. Nous en avions trois cas ces jours derniers, les nos 25, 36 et 42 de notre salle des femmes, mais l'un d'eux, le n° 25, s'est évanoui hier, la malade a quitté l'hôpital.

A cette question : « Qu'est-ce que la vaginite ? » la réponse est facile : C'est l'inflammation du vagin. Mais il y a vaginite et vaginite.

1° Il y a la vaginite simple, cette inflammation vulgaire survenant à la suite d'un traumatisme ou par action directe sur l'organe vaginal. Comme type de traumatisme, nous devons mettre en première ligne l'accouchement qui détermine un certain degré d'écoulement, lequel guérira rapidement par un simple repos de quelques jours. Comme action ou excitation directe, je citerai la masturbation chez les petites filles ; la vaginite, dans ce cas, débute généralement par une vulvite. De même l'introduction de certains corps étrangers, dans le but de déterminer des excitations sur la nature desquelles je n'ai pas à insister, peut déterminer une inflammation passagère de la muqueuse vaginale.

2° Il y a la chaude-pisse ; j'emploie ce mot non pas à cause de sa vulgarité, mais parce qu'il est l'expression la plus vraie du phénomène morbide, chaude-pisse ou vaginite blennorragique ou virulente.

Mais ce qui est remarquable, c'est qu'il n'y a réellement pas de différence bien appréciable entre ces deux formes de la vaginite : la vaginite simple et la vaginite virulente, si on les étudie dans leurs produits, dans ce pus jaunâtre, verdâtre, avec sécrétion abondante. Les symptômes sont aussi les mêmes : rougeur, inflammation et sécrétion purulente. A quels signes alors pourrons-nous les distinguer ? Nous les différencierons par une étude attentive poursuivie dans leur origine, dans leurs suites, dans la filiation de la maladie. La blennorragie se transmet, la vaginite simple ne se transmet pas.

Ce diagnostic, il faut l'avouer, n'est pas toujours chose très facile. Celle de nos trois malades qui a eu la vaginite la plus intense, — le n° 25, — m'a laissé pendant quelque temps des doutes sur la nature de son mal. C'était une femme aux allures modestes, taciturne ; elle était entrée le 14 septembre dernier, présentant une inflammation vaginale aussi intense que possible. Elle était mariée depuis sept ans ; les rapports conjugaux avaient toujours été très douloureux, au point même de la forcer à des cessations prolongées. A son arrivée à l'hôpital, la vulve était enflammée, violacée, le vagin était très rouge, l'introduction du spéculum fort douloureux, comme cela a toujours lieu dans le cas de vaginite, l'induration concomitante du tissu cellulaire sous-jacent à la muqueuse offrant une certaine résistance à toute introduction dans le vagin, voire même parfois du doigt seulement, malgré la lubrifaction de la muqueuse par la sécrétion purulente. Le vagin est comme chagriné et présente de petites élevures, surtout dans la première période, élevures qui ne sont pas dues à une hypertrophie glandulaire, mais à la tuméfaction inflammatoire des papilles. Aussi faut-il introduire le spéculum aussi doucement que possible pour éviter toute douleur, toute déchirure d'une muqueuse facile à s'érailler, à saigner, car cette déchirure pourrait se terminer par une cicatrice capable d'entraîner avec elle un rétrécissement du conduit vaginal, une infirmité véritable.

Enfin, pour en revenir à notre malade, j'ajouterai que le col était très rouge et un peu ulcéré. Le ventre était tendu, douloureux, l'inflammation vaginale s'étant propagée à l'utérus. Du reste, le fait n'est pas rare et l'on voit quelquefois cette inflammation gagner les trompes, les ovaires et compromettre même le péritoine. Chez cette femme, une inflammation aussi aiguë, aussi grave et aussi étendue, était-elle simple ou virulente ? La question était difficile à résoudre. La première chose était de savoir d'où la maladie provenait et dans quelles circonstances elle s'était produite. Ici nous avions affaire à une femme mariée qui nous affirmait n'avoir jamais eu de rapports conjugaux qu'avec son mari, et sa sincérité nous a paru ne pouvoir être soupçonnée. Mais cet homme lui-même était-il sain ? Nous n'avons pas eu l'occasion de pouvoir l'examiner. Mais l'eussions-nous trouvé contaminé, une autre question se posait : l'avait-il contractée par sa femme ou antérieurement à elle et par quelque rapprochement extra-conjugal. L'état du mari n'aurait donc pas suffi, dans tous les cas, à moins d'aveu formel, à nous renseigner. Du reste, le diagnostic, au point de vue du traitement, n'avait pas grande importance, qu'il s'agisse d'une vaginite simple ou blennorragique,

La doctrine de la transmission de la blennorragie sans

qu'il y ait eu contact d'individus contaminés a été émise. On a dit : Puisque l'on ne peut établir aucune différence entre les deux affections, n'a-t-on pas mille et une causes qui justifient l'écoulement blennorragique chez l'homme? Une femme sujette à des écoulements âcres à la suite de ses règles peut donner la chaude-pisse à son mari, si les rapports ont été un peu trop ardents, surtout aux approches des règles, et si cette femme ne satisfait pas aux lois de la propreté et n'a pas suffisamment soin d'elle-même. D'autre part, si toutes les femmes qui ont des flueurs blanches quelque peu abondantes donnaient la chaude-pisse, peu de jeunes ménages parisiens en seraient exempts dans les premiers temps qui suivent le mariage, car la plupart des jeunes Parisiennes sont leucorrhéiques. De même une femme atteinte d'un cancer de l'utérus avec écoulement *sui generis* continue ses rapports sexuels avec son mari sans lui donner jamais autre chose, — si toutefois ces rapports déterminent quelques phénomènes morbides, — qu'une balanite très simple ou un peu de balano-posthite.

Je ne citerai pas les expériences de Swedam se donnant à lui-même la chaude-pisse au moyen d'injections d'ammoniaque, car pour que ces expériences fussent concluantes, il eût fallu qu'il allât porter cette chaude-pisse là où on la puise d'habitude.

Mais prenons quelques faits. Un homme a eu une ou deux bonnes blennorragies et ne se marie que un ou deux ans après s'être assuré qu'il est convenablement guéri. Pendant la lune de miel il se livre aux excès que l'on sait, rien ne reparaît. Puis tout à coup, trois ou quatre ans plus tard, sans qu'il ait eu aucun rapport coupable extra-conjugal, il attrape la chaude-pisse. De là tout naturellement il accuse sa femme, tandis qu'en réalité nulle ne la lui a donnée ; et ce qu'il éprouve, c'est un retour de celle qu'il avait eue cinq ou six ans plus tôt alors qu'il était célibataire.

Voici un fait qui m'est personnel : Un commis-voyageur, marié, pendant un long voyage, se livre à tous les excès, sauf au plaisir vénérien, et de ce côté il reste absolument sage. Néanmoins, trois jours après son retour au foyer conjugal, il est atteint d'un écoulement des plus beaux, et cependant sa femme, qui n'était plus très jeune, n'avait nullement péché pendant son absence, je puis le dire, car c'était une très honnête femme. Lui-même, du reste, en était aussi parfaitement sûr. Cet écoulement n'avait rien de sérieux, c'était un retour du passé que quinze jours de repos et de tranquillité guérissaient parfaitement.

Un dernier fait, qui s'est passé la semaine dernière dans un jeune ménage possédant un enfant de quatre ans et dont j'ai déjà soigné la femme lymphatique et sujette à des flueurs blanches, pour une inflammation péri-utérine. Les deux époux ne vivent pas toujours dans le plus parfait accord. Le mari part dernièrement pour un voyage d'affaires en Allemagne. Une nouvelle altercation assez vive a lieu au moment du départ, nos deux époux se quittent mal ; pendant l'absence l'animosité réciproque continue. En voyage le mari boit beaucoup, fume beaucoup et se fatigue beaucoup. Enfin, ses affaires terminées, il rentre au logis. Une première tentative de réconciliation a lieu dès le retour, puis on dîne très bien et le soir la réconciliation se fait si bien et dure si longtemps que l'on s'endort en route et... trois jours après le mari venait me consulter pour un écoulement. Je le confesse de mon mieux, il accuse sa femme et veut me l'envoyer pour que je l'examine à son tour. Les connaissant tous deux, je l'en dissuade et le rassure aussi complètement que possible, lui affirmant que cela ne sera rien et lui prescrivant pour tout traitement des bains et des injections avec de l'eau blanche. Néanmoins il m'amène sa femme, et je constate chez elle une simple leucorrhée, sans la moindre inflammation, sans la moindre vaginite. Je les rassurai de nouveau tous les deux, mais leur déconseillant toute paix nouvelle, quant à présent du moins. Huit jours plus tard le mari n'avait plus rien.

Eh bien ! ce que cet homme avait eu, ce n'était pas une chaude-pisse, mais une simple irritation résultant d'un rapprochement sexuel mal fait et prolongé. Quant à la femme, il lui reste encore un peu d'écoulement, sans aucune virulence, comme elle en a depuis quatre ans.

Des faits de cette nature sont assez nombreux et, pour qui n'en est pas suffisamment prévenu, peuvent faire croire parfois à une contamination véritable, tandis qu'au fond il n'en est rien. C'est pourquoi je tenais à vous en parler.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE.

Présentation simultanée par la vulve et par l'anus.

Par M. le docteur Reignier.

La nommée L... habite la petite ville de M..., située à 12 kilomètres de mon domicile. C'est une forte fille de vingt-huit ans, à mœurs plus qu'équivoques puisqu'elle n'est pas mariée et qu'elle est en train de mettre au monde un produit de sept mois et demi. D'après les renseignements, ce travail aurait commencé le jeudi, dans l'après-midi. Les douleurs régulières auraient amené la tête au périnée dès le vendredi, à neuf heures du matin. A partir de ce moment, les douleurs auraient pris le caractère pathologique. Ces douleurs se seraient continuées toute la journée du vendredi, et ce ne serait qu'au soir que la sage-femme, désespérant de l'expulsion, aurait appelé à son aide deux confrères instruits de la localité.

En présence d'une primipare, d'un périnée résistant et de douleurs fatigantes et sans effet, mûs par une modestie exagérée, ils voulurent bien me faire l'honneur de m'appeler et de me charger d'une mission qui, si elle était sans gloire, n'était assurément pas sans danger pour l'opérateur, comme la suite de l'observation va le faire connaître.

Samedi, à neuf heures du matin, je me trouvais auprès de la parturiente, assisté de mes deux honorables collègues. Un simple coup d'œil me fait en effet juger l'intervention nécessaire. Le périnée bombe terriblement. La vulve œdémateuse, basculée par la propulsion, insuffisamment entr'ouverte, occupe une situation presque horizontale. L'index introduit entre la tête et la circonférence vulvaire qui l'enserre, donne la sensation d'un anneau absolument inextensible et comme coupant, qui, en dehors de la durée du travail, prouve suffisamment l'inutilité des contractions ultérieures.

La tête, petite, il est vrai, repose sur le périnée depuis vingt-quatre heures. C'est une faute et une faute énorme.

Je fais mettre la femme en situation. J'écarte les cuisses, et au moment de saisir mon forceps j'aperçois tout à coup ce que les Anglais appelleraient : *the great attraction*, et ce que je me contenterai tout simplement d'intituler : *le clou de la pièce*. Le clou, dans l'espèce, est constitué par l'anus de la patiente, dilaté dans l'étendue d'une pièce de deux francs, étonnamment aplati et plus étonnamment encore obturé jusqu'à la gueule par un tampon bleuâtre donnant de loin l'aspect grossier et la couleur approximative d'une tumeur hémorroïdale congestionnée. Le périnée est intact, très résistant et très épais. Le tampon rectal est extrêmement dur au toucher et n'adhère point aux parois rectales. En cherchant à le soulever, le mouvement se propage jusqu'à la partie

de l'enfant visible à la vulve. En grattant légèrement la surface, j'amène des cheveux à travers l'orifice. Ces cheveux adhèrent à la tumeur.

Le doute n'est plus permis; l'intestin est défoncé et la tête, gênée dans son évolution, placée en occipito-sacrée, impuissante devant un périnée vraiment opulent, se rabat sur l'anus où elle enfonce l'occiput comme un coin pour frayer la voie.

Après avoir fait constater à mes deux confrères l'état local et instruit la famille des conséquences, je procède à l'application du forceps dans une situation presque verticale, en raison de la direction horizontale de l'axe vulvaire et de la précipitation de la tête presque complète dans les parties molles. Au bout de quelques instants, j'extrais l'enfant en état complet d'asphyxie.

C'est bien un produit de sept mois et demi. Une légère saignée du cordon, l'insufflation bouche à bouche et la respiration artificielle en portant les bras sous l'occiput, le ramènent rapidement à la vie qu'il devait laisser vingt-quatre heures après.

Il y a plusieurs choses à noter dans cette observation :

1° Un côté pittoresque, une vulve refoulée en haut, horizontale et elliptique, un anus vertical, magistralement dilaté et arrondi en œil-de-bœuf, une tête qui n'a pas d'issue et qui en trouve deux, en apportant à chacune des fenêtres sa coloration typique qui donne au tableau de cette singulière présentation une couleur locale qu'il est impossible d'oublier.

2° Un côté qui manque complètement de cachet, c'est la fistule recto-vaginale qui va compromettre l'existence sociale de cette malheureuse fille et nécessiter ultérieurement une opération qui, dans beaucoup de cas, échoue misérablement.

3° Un côté dangereux pour l'accoucheur. Si l'anus eût été moins dilaté ou pas dilaté du tout, le rectum n'en aurait pas été moins perforé, et en raison de la petitesse de la tête et de l'intervention forcée de l'instrument, les personnes étrangères assurément, et les personnes de l'art peut-être, auraient pu suspecter l'intervention de l'opérateur et le faire le bouc émissaire de la trouée céphalique.

4° Enfin un côté répréhensible et qui incombe en entier à la sage-femme puisque la tête était déjà sur le périnée depuis douze heures avant qu'elle eût songé à faire appel au corps médical.

Il résulte de ce fait comme enseignement que toutes les fois qu'un accoucheur sera en présence d'une tête dont le séjour sur le périnée aura dépassé deux heures, — temps réglementaire, — que cette tête soit volumineuse ou non, que la parturiente ait des douleurs ou n'en ait pas, il devra intervenir, et avant l'intervention diriger un œil discret et un doigt prudent, si le délai établi par les auteurs est dépassé; du côté du rectum, s'il ne veut pas réaliser la fameuse figure de Chailly (Honoré), figure qui a fait rire longtemps et qui fera rire toujours, dans laquelle il compare le périnée de la femme en couches à une toile d'araignée, à laquelle serait suspendue, d'un côté, l'existence sociale de la femme, et, de l'autre, la vie matérielle et scientifique de l'accoucheur.

Dans l'espèce, nous nous félicitons d'avoir sauvé l'une, laissant au temps et à la chirurgie le soin de restituer l'autre en réparant les méfaits d'un occiput un peu précoce et assurément trop naturaliste.

VARIÉTÉS

Documents pour servir à l'histoire de la médecine.

I

La pièce que nous reproduisons ici a été imprimée, pour la première fois, en 1540, sans nom d'auteur, à Berne, chez l'Orso, et publiée de nouveau par un savant bibliophile, M. Veinant, en 1847, sous le titre de : *la Patenostre des Verollez avec une complaincte contre les medecins.*

LA

PATENOSTRE DES VEROLLEZ

Pater noster, très glorieux,
Nostre Saulveur, comme je croy,
N'oublie pas les verolleux
Qui dressent leur prière à toy,
Qui es in cœlis.

Sire, nous souffrons de grans maulx;
Et croy, si ne nous amendons
De nos pechez et nos deffaulx,
Fauldra par force que ton nom
Sanctificetur.

Les medecins ne voyent goutte
Et ne nous laissent ung denier,
Et nous avons si fort la goutte
Que presque nous fault regnier (1)
Nomen tuum.

J'ay essayé maint medecin,
Autant que jamais jeune filz,
Et si ay ulcères sans fin;
Encore me doubte que pis
Adveniat.

Nous te disons tout nostre cas;
Donne-nous donc ce qui nous fault
Non pas au ciel, mais ici-bas;
Car tu gardes bien le très hault
Regnum tuum.

Mais tu t'en ris et nous escouttes;
Et nous souffrons en ce martyre
Rognes, chancres, gales et gouttes,
Tant qu'en la fin nous fauldra dire :
Fiat voluntas tua.

Si l'on avoit jamais la guerre,
. . . .
Je croy que çà bas à la terre
Feroit aussi bon habiter
Sicut in cœlo.

Ne sçay si ce mal vient des femmes;
Accolé en avons de belles,
Chamberières, bourgeoises, dames,
Sur les bancs et les escabelles
Et in terra.

Si bien nos plaisirs avons prins,
Sans avoir crainte ne malheur;
Maintenant mangeons, en mespris,
En povreté, honte et dolleur,
Panem nostrum.

(1) Pour renier.

Et si c'estoit fièvre quartaine,
Deux jours repos nous laisseroit,
Pour reprendre ung peu notre halaine ;
Mais ce villain mal cy nous hait
Quotidianum.

Si tu as point quelque oignement,
Pour nous bien guerir et soubdain,
Je te supplie très humblement
Que n'actendes point à demain ;
Da nobis hodie.

Sans faire à personne de tort,
Donne-nous, par ta grant bonté,
Ung beau saufconduit contre mort ;
Avec force argent et santé
Dimitte nobis.

Des mises avons faict pour tien
Si grandes qu'au vray l'essayer,
Si nous vendons tout nostre bien,
A grand peine pourrons payer
Debita nostra.

Si ceste infame maladie
Venoit à tous en general,
Point ne en porterions envie,
Quant ung chacun auroit du mal
Sicut et nos.

Nous voyons vouluntiers les dames
Et les faisons bien festoyer ;
Mais, quant sont villes et infames,
Je ne les osons pas toucher ;
Dimittimus.

Nous empruntons aux Allemans,
Ne nous en chault mais que en aye,
Argent pour avoir oignemens ;
Nous faisons respondre de paye
Debitoribus nostris.

Nous faisons veulx à sainctz et sainctes
Pour garder nostre humanité,
Et faisons à ton filz nos plainctes ;
Mais si ne veult qu'ayons santé
Et ne nos.

Il y a des femmes joyeuses
Et des autres qui sont rebelles,
Et la plupart sont amoureuses ;
Mais nous te prions que les belles
Inducas in tentationem.

Il y en a des verolleuses
Ou bien gouteuses pour le moins ;
Je te supplie, de ces rongneuses
Ne nous metz pas entre leurs mains,
Sed libera nos a malo.

Te supplions ainsi que soyons à delivre
Et nous gard place en paradis,
Et en ce monde nous delivre
Et que ne soyons plus icy.
Amen.

II

L'OPÉRATEUR JEAN FARINE

Dans son livre : « Personnages célèbres dans les rues de Paris depuis une haute antiquité jusqu'à nos jours », — l'ouvrage fut publié en 1811, — J.-B. Gouriet fait entrer dans le chapitre des *Personnages imitateurs* quelques personnalités qui nous appartiennent au titre de « charlatans ». L'un, dit-il, vend son baume, ou excellente pommade à faire croître les cheveux ; l'autre se livre à la carthonomancie, à la chiromancie, à la nécromancie, à l'art des convulsions, à la recherche de la pierre philosophale, en un mot à toutes les sciences naturelles et occultes. C'est ainsi qu'il parle tour à tour des opérateurs *Jean Farine* et *Mondor*, du chevalier *Digby*, l'inventeur d'une poudre sympathique qui guérissait les malades sans les voir et donnait la fièvre aux arbres ; du célèbre *Mochine*, etc., etc. Mais retenons seulement, pour aujourd'hui, ce qu'il dit de Digby et de Jean Farine (1) ; ce dernier, l'un des plus anciens, fut rivalisé par Mondor, plus connu par son valet Tabarin que par lui-même.

L'opérateur Jean Farine, dit-il, fut un de ces hommes bienfaisans, toujours mal appréciés d'une certaine classe du public, et dont les longues veilles, consacrées au soulagement de l'humanité souffrante, finissent par produire un remède souverain pour guérir toutes sortes de maux.

Avez-vous, messieurs, mesdames, les vaisseaux mésaraïques, variqueux, carcinomateux ? le pancréas engorgé ? Ressentez-vous de ces humeurs âcres, ou acrimonies, fluctuosités (*sic*), qui agacent les bronches pulmonaires ? Craignez-vous des obstructions au mésentère, au foie, à la rate, aux reins ? Craignez-vous la phthisie, l'étisie, la frénésie, la parafrénésie, l'hydropisie, les pleurésies, les dyssenteries, les dislocations, les palpitations, les contusions ? Voici, messieurs, mesdames, le véritable exhilarant ; voici contre les coupures, voici contre les meurtrissures, voici contre les foulures ; voici qui guérit les maux de dents, les tintemens d'oreilles, la contraction des nerfs ; voici le véritable élixir apéritif, incrassant, cordial, stomachique, cosmétique, céphalique, diaphorétique, anti-septique ; la véritable poudre becchique (*sic*), anthelmintique, qui donne et entretient la santé, qui conserve la beauté, qui guérit la cécité, la surdité. Voici le remède universel !

Ainsi devait parler le docteur Jean Farine, annonçant « son spécifique divin », l'illustre Jean Farine, comme l'appelle Gouriet, si merveilleusement secondé par le célèbre *Bruscambille*, son valet, autrement *Deslauriers*, farceur dont les Facéties ont souvent été réimprimées et même contrefaites, tronquées et mutilées, comme il le dit dans une de ses préfaces.

III

LE CHEVALIER DIGBY

OU

LE DOCTEUR SYMPATHIQUE

Digby, plus connu sous le nom de Chevalier Digby, ne fut pas un personnage vulgaire, loin de là, mais un naturaliste d'une certaine valeur. Il appartient surtout à la première partie du XVIIe siècle.

Après avoir joué un rôle politique assez important en Angleterre sous le règne de Charles Ier (2) et le protectorat d'Olivier Cromwell, il consacra les dernières années de sa vie à des recherches scientifiques et surtout à l'alchimie,

(1) J.-B. Gouriet, *Personnages célèbres dans les rues de Paris depuis une haute antiquité jusqu'à nos jours*, t. I, pages 164 et suivantes. — Paris, chez Lerouge, libraire, cour du Commerce, quartier Saint-André-des-Arcs. 1811.

(2) Il fut gentilhomme de la chambre, intendant général des armées navales et gouverneur de l'arsenal maritime de la Trinité.

« expliquant tout par les causes occultes, la fermentation, les corpuscules, les effluves ». C'est alors qu'il imagina une *poudre de sympathie* composée de vitriol pulvérisé et calciné qui, répandu sur un linge teint du sang d'un blessé, devait arrêter aussitôt l'hémorragie et cicatriser la plaie, le blessé fût-il éloigné de plusieurs lieues. Digby croyait aussi à l'efficacité de certains moyens pour prolonger l'existence de l'homme.

Le chevalier Digby, né à Londres en 1703, mourut dans cette ville en 1765. Il fit de nombreux voyages en France, y séjourna même pendant plusieurs années et s'y fit connaître surtout sous le titre de *Docteur Sympathique*.

S'il fut traité par ses ennemis de fou et d'imposteur, ses ennemis eurent tort, dit Gouriet. Il fit beaucoup de bruit, gagna beaucoup d'argent à Paris, il n'était donc pas fou. Il avait, comme nous le disions tout à l'heure, le secret d'une poudre sympathique ; il guérissait les malades sans les voir et donnait la fièvre aux arbres ; pourrait-il y avoir là de l'imposture ? s'écrie encore notre auteur. La scène suivante de la comédie intitulée *la Fille médecin* suffira, ajoute-t-il, pour faire briller dans tout leur éclat les talents de ce grand personnage.

LE MÉDECIN SYMPATHIQUE.

Votre fille a, dit-on, besoin de mon secours,
Monsieur, et je viens mettre une allonge à ses jours.
La santé par mes soins, à qui tout est facile,
Va faire élection chez vous de domicile ;
Car je guéris, partout où je me vois mandé,
Tutò, citò, monsieur, et surtout *jucundè*.

GÉRONTE.

Mais par malheur pour moi, ma fille, prévenue
D'un autre médecin qui dès hier l'avait vue,
S'étant sur ce chapitre expliquée aujourd'hui,
Ne veut se laisser voir à personne qu'à lui.
J'en suis fâché, monsieur; car, pour ne vous rien taire,
Vous ne sauriez la voir.

LE MÉDECIN.

Il n'est pas nécessaire ;
Et je puis, sans cela, la guérir dès ce soir.

GÉRONTE.

Quoi ! vous la guérirez sans la voir !

LE MÉDECIN.

Sans la voir.
Cela ne sert de rien.

GÉRONTE.

L'admirable méthode !
Je suis ravi, monsieur, de vous voir si commode ;
Et sans perdre de temps, puisque votre bonté
Veut bien lever pour nous cette difficulté,
Je vous vais de son mal faire un récit sincère,
Afin que vous sachiez...

LE MÉDECIN.

Il n'est pas nécessaire :
Que je le sache ou non, tout cela m'est égal.

GÉRONTE.

Quoi ! monsieur, sans la voir et sans savoir son mal,
Vous guérirez ma fille !

LE MÉDECIN.

Et cent autres comme elle.
J'ai trouvé pour guérir une mode nouvelle,
Prompte, sûre, facile, agréable.

GÉRONTE.

Tant mieux.

CRISPIN.

Voici quelque sorcier.

ÉRASTE.

Ou quelque cerveau creux.

GÉRONTE.

Puisque vous ne voulez ni la voir, ni l'entendre,
Dites-nous, que faut-il, monsieur, lui faire prendre ?

LE MÉDECIN.

Rien du tout.

GÉRONTE.

Rien du tout ! Quand vous traitez quelqu'un,
Quoi ! vous n'ordonnez pas quelque remède ?

LE MÉDECIN.

Aucun.

GÉRONTE.

Et sans savoir son mal, sans le voir, sans remède,
Vous le guérissez ? . . . .
. . . . Allons, de grâce, au fait.
Que faut-il pour guérir Lucile qui s'obstine ?...

LE MÉDECIN.

De ses ongles rognés ou bien de son urine,
Ou même, si l'on veut, de ses cheveux ; après,
Par l'occulte vertu d'un mixte que je fais,
Je prétends la guérir, fût-elle en Amérique.

LISETTE, *à part*.

Je gage que voici le Docteur Sympathique
Dont on a tant parlé.

GÉRONTE.

Le secret me surprend.
Mais comment se produit un miracle si grand ?
Comment s'opère-t-il ? Voyons, je vous en prie.

LE MÉDECIN.

C'est par cette vertu, dite de sympathie.
Voici comment. Ce sont des effets merveilleux.
De ces ongles rognés, monsieur, de ces cheveux,
Ou bien de cette urine, il sort une matière,
Comme de tous nos corps, subtile, singulière,
Que Démocrite appelle, en ses doctes écrits.....
Atomes, petits corps, monsieur, que je m'applique
A guérir par l'effet d'un mixte sympathique.
Ces petits corps, guéris dès ce moment, dès lors
Vont à travers de l'air chercher les petits corps
Qui sont sortis du corps du malade ; de grâce,
Suivez-moi pas à pas : ils pénètrent l'espace
Qui les a séparés depuis qu'ils sont dehors,
Sans s'arrêter jamais aux autres petits corps
Qui sont sortis du corps de quelqu'autre : de sorte
Qu'ayant enfin trouvé dans l'air qui les transporte
Les petits corps pareils à ceux dont nous parlons,
Les susdits petits corps, comme des postillons,

Guéris par la vertu du mixte sympathique,
Leur portent la santé que je leur communique ;
Et le malade alors, reprenant sa vigueur,
Se sent gaillard, dispos, sans mal et sans douleur.

CRISPIN.

Ainsi ces petits corps qui vont avec vitesse,
Emportent par écrit avec eux leur adresse,
Et pour connaître ceux qu'ils vont chercher si loin,
Sans doute ils sont marqués, monsieur, à quelque coin.

GÉRONTE.

Maraud, te tairas-tu ? Mais, docteur, écoutez :
Ce remède est-il sûr ?

LE MÉDECIN.

Sûr ? Si vous en doutez :
Qu'un malade ait la fièvre, et qu'on me donne en main
De ses ongles rognés, de ses cheveux : soudain,
Les mettant dans un arbre avec certains mélanges,
Mon mixte produira des prodiges étranges ;
Et par un changement que l'on admirera,
L'homme perdra la fièvre et l'arbre la prendra.

CRISPIN.

Ainsi, si vous vouliez, vous donneriez les fièvres
A toutes les forêts d'Orléans.

GÉRONTE, *à Crispin.*

Si tes lèvres.....

Ici s'arrête, dans Gouriet, la scène de *la Fille médecin*, et, quelques recherches que nous ayons faites à la Bibliothèque nationale, il nous a été impossible d'en trouver la suite. Du reste, cette comédie elle-même n'est signalée dans aucun des catalogues que nous avons parcourus, catalogue La Vallière ou autres. Il n'en est fait mention, du moins à notre connaissance, que dans les deux ouvrages suivants : 1° le *Dictionnaire portatif et historique des théâtres*, par M. de Léris (1), où nous lisons ces seuls mots : *La Fille médecin*, comédie en un acte *en prose* (2), par un anonyme, donnée quatre fois, en mars 1697, au Théâtre-Français, et qui n'est pas imprimée ; 2° le *Dictionnaire des théâtres de Paris* (3), publié en 1767, qui lui consacre ces trois lignes : « *Fille* (*la*) *médecin*, comédie en un acte et *en prose*, d'un auteur anonyme, non imprimée, représentée le samedi 9 mars 1697, précédée de la tragédie d'Andronic. *Histoire du Théâtre Français*, 1697.

S'agit-il encore une fois de la même pièce, quoiqu'en prose, ou bien ces lignes se rapportent-elles à quelque autre comédie du même nom ? L'absence de tous documents sur ce sujet nous laisse forcément dans le doute. Si quelqu'un de nos lecteurs, plus heureux, pouvait nous renseigner à cet égard, nous lui en serions reconnaissant.

E. Rivière.

En disant, dans notre petite notice nécrologique sur M. Sédillot (numéro du 2 février), que la dernière édition de la *Médecine opératoire* de M. Sédillot avait été faite avec la collaboration nominale de M. Legouest, nous avons employé cette expression « nominale » par opposition aux mots « collaborateurs officieux » et anonymes des éditions précédentes, employés deux lignes plus haut et pour donner à entendre que cette collaboration portait le nom de son auteur. Voici, du reste, en quels termes s'en exprimait M. Sédillot lui-même dans la préface de cette quatrième édition : « Arrivé au terme d'une longue carrière, nous avons cru utile de nous adjoindre un collaborateur plus jeune, actif et également capable d'apprécier avec autorité les progrès de la chirurgie et d'y concourir. M. Legouest, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, professeur au Val-de-Grâce, auteur d'ouvrages qui lui ont mérité une grande et légitime considération, a bien voulu s'associer à notre œuvre, et nous espérons qu'il pourra la continuer et la perfectionner après nous. »

(1) Paris, MDCCLXIII. Un fort vol. in-12.
(2) Est-ce la même pièce ?
(3) Tome II. — Paris, MDCCLXVII. 7 vol. in-12.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Au scrutin de ballottage du cinquième arrondissement de Paris, qui a eu lieu hier dimanche 4 février, M. le docteur Bourneville a été élu député par 3,424 voix sur 7,082 votants. Le nombre des électeurs inscrits était de 11,570.

— Par décret, en date du 29 janvier 1883, M. Scoutteten (Louis), médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. — Emploi vacant par organisation.

— Les diverses instructions relatives à l'exécution des vaccinations et revaccinations dans l'armée ayant paru comporter certaines modifications, le ministre a arrêté, d'après l'avis du Comité consultatif de santé, les nouvelles dispositions suivantes :

Les médecins de corps de troupes, chacun dans son régiment, seront chargés, à l'avenir, du service des vaccinations et des revaccinations.

Ils seront tenus de vacciner ou de revacciner tous les jeunes soldats, dès leur arrivée au corps, ainsi que les incorporés des contingents antérieurs chez lesquels l'inoculation est restée stérile ; de renouveler l'opération chez les sujets réfractaires aussi souvent que possible pendant les quatre mois qui suivent le premier essai.

Ils pratiqueront les vaccinations ou les revaccinations en faisant avec l'aiguille ou la lancette trois piqûres à chaque bras. — A chaque piqûre ou après deux piqûres au plus, ils rechargeront l'instrument de lymphe vaccinale. — Ils créeront et ils entretiendront une source abondante de vaccin en utilisant par ordre de préférence : 1° les enfants âgés au moins de quatre mois et d'une bonne santé ; 2° les adultes sains non vaccinés ; 3° les adultes sains vaccinés ; 4° les animaux.

Ils suivront attentivement les effets des inoculations et l'évolution des pustules dans le but de distinguer plus sûrement la vraie de la fausse vaccine. — Ils ne consigneront que les résultats certains et les insuccès : les cas douteux seront compris parmi ces derniers. — Ils n'inscriront comme succès sur les registres que les cas dans lesquels la pustule d'inoculation a présenté les caractères positifs de la pustule vaccinale.

Ils adresseront au directeur du service de santé du corps d'armée, à propos de chaque cas de mort par variole, un rapport indiquant d'une façon aussi précise que possible : si la maladie a été contractée à la caserne, à l'hôpital, dans la garnison ou au dehors ; si le malade avait été variolé ou vacciné dans son enfance ; s'il a été revacciné une ou plusieurs fois avant ou depuis son incorporation ; avec ou sans succès ; avec tel ou tel vaccin ; relatant enfin toutes les circonstances propres à éclairer la question des vaccinations et des revaccinations.

Les dispositions contraires à celles qui font l'objet de la présente note sont et demeurent abrogées.

— A la suite du concours qui a eu lieu le 23 novembre 1882, entre les internes en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine, pour l'obtention d'une bourse de voyage de 2,000 francs, M. le préfet de la Seine, sur la proposition du jury du concours,

a, par arrêté en date du 22 janvier 1883, décidé que cette bourse serait accordée à M. le docteur Marcel Briand, ex-interne en médecine à l'asile Sainte-Anne.

Aux termes de l'arrêté du 22 septembre 1881, qui a réglementé ce concours, il devra faire un rapport contenant ses appréciations sur l'organisation des asiles d'aliénés qu'il aura visités et sur les divers modes de traitement en usage dans ces établissements.

— Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 2 février 1883, a alloué une somme de 500 francs à l'hôpital français de Londres.

— M. le docteur E. Baudrimont, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, vient d'être nommé commandeur de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Chizat, interne des hôpitaux de Lyon.

— M. Daniel Klein soutiendra, à la Faculté des sciences de Paris, le 10 février 1883, à neuf heures du matin, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse sur les acides boro-tungstiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Pars. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14043.

6

Huile DE FOIE DE MORUE **de Godin**

au benzoate de fer.

M. le dr Bazin apprécie ainsi cette préparation : « Cette huile est mieux supportée par les malades que l'huile de foie de morue et le sirop « de fer administrés séparément ou combinés « ensemble; son action est plus efficace que celle « de ces deux agents donnés séparément.

Paris, 96, faub. St-Martin, et toutes pharmacies.

72

Bains d'eaux-mères

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

111

Bain de Pennès, hygiénique,

RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer.**

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail : toutes pharm.

77

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros: Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

123

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

16

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Strasbourg, 10, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

109

Taffetas Durin CONTRE LES CORS AUX PIEDS.

La feuille : 1 franc, franco port.

Durin, pharmacien à Vichy.

61

Sirop de goudron créosoté

DE LA PHARMACIE GUYOT

(GUERNIER, succr), 61, rue de Seine, Paris, contient le goudron de Norwège **en nature, à l'état soluble,** combiné à la créosote du hêtre. Il titre 0g,20 de goudron et 0g,10 **créosote** par cuill. à bouche. Préparation magistrale constituant pour le praticien qui veut prescrire le goudron ou la créosote, le seul médicament assimilable puissant et fidèle. — De 2 à 6 cuill. par jour. Un échantillon est envoyé *franco* à tout médecin qui désire en contrôler les propriétés.

19

Sirop DU DOCTEUR **Reinvillier**

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

100

Vin de Barabeau

PEPTONE ARSÉNIO-PHOSPHATÉE.

D'un goût très agréable, il contient par cuillerée à bouche *son poids de viande de bœuf, un milligr. sel de dioscoride, un gramme bi-phosphate de chaux chimiquement pur.*

Reconstituant des plus énergiques, supérieur à l'huile de foie de morue, donnant toujours d'excellents résultats : *Phtisie, anémie, rachitisme, scrofules, maladies des os; maladie chroniques de l'estomac et de l'intestin, convalescence des maladies aiguës*, etc.

Dépôt général à Paris : Carmouche et Cie, 19, rue Vieille-du-Temple. — Angoulême : Phie Barabeau. — Détail dans toutes les pharmacies.

73

Quassine Frémint

Pilules contenant chacune 2 centigrammes de **quassine amorphe.**

TONIQUE AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF.

A donné d'excellents résultats contre *anorexie, dyspepsie atonique, débilité générale, vomissements spasmodiques, irrégularité des fonctions digestives, constipation*, etc.

Doses : de 1 à 3 pilules avant les deux principaux repas.

Le flacon, 3f. — 18, r. d'Assas, Paris, et les phies.

163

Maltine Carnrick

La **Maltine Carnrick** contient trois fois plus de substances nutritives que les extraits de malt ordinaires. Elle contient tous les principes nutritifs non seulement de l'orge, mais encore du froment et de l'avoine maltés. Sa richesse en éléments albumineux, en phosphates et en diastase en font un RECONSTITUANT TRÈS ACTIF et admirablement supporté par l'estomac.

La **Maltine Carnrick** est à la fois un aliment et un agent digestif (*British medical Journal*). Elle remplace avantageusement l'huile de foie de morue.

La **Maltine Carnrick**, combinée avec la pepsine et la pancréatine, donne des résultats surprenants dans la dyspepsie et les troubles gastriques. Elle doit être préférée à tous les vins et élixirs, parce qu'elle ne contient pas d'alcool et ne produit aucune irritation sur l'estomac.

Dépôt dans les pr. phies. Vente en gros : Agence de la MALTINE, *manuf.* Co, 6, *rue de Chabanais.*

47

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boite, 4 fr. — Vin et Huile créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

139

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissemen du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : Lebeault, Mayet et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

90

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

107

Elixir et Vin de Coca,

de Joseph **BAIN,** pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires, là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou St-Honoré.

64

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

17

Quina Anti Diabétique **Rocher**

Préparation spéciale contre le DIABÈTE

A base de GLYCÉRINE

redistillée et chimiquement pure.

Les expériences faites sur des Malades ont donné de très-beaux résultats.

M. Rocher met à la disposition de MM. les Médecins des Flacons d'échantillons qu'il envoie *gratis*, à titre d'expérimentation, sur demande adressée à la Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée, à Paris. — Flacon : **3** fr. **50.**

50

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. Duval, seul élève de son père, le docteur V. Duval, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

12

Ergotinine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

L'auteur prépare avec cet *alcaloïde* une solution dosée à 1 milligr. le cent. cube (dose de 3 à 10 gouttes) et un sirop à 1 milligr. la grande cuillerée (dose de 1 à 8 cuillerées à café par jour).

S'emploie dans les mêmes cas que l'ergot.

Paris, phie Tanret, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 16. — JEUDI 8 FÉVRIER 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 8 FÉVRIER 1883. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. De la chlorose. — Quelques réflexions sur la ponction de la vessie. — HYGIÈNE PUBLIQUE. Effets de la respiration d'un air chargé de vapeurs de pétrole. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — Thèses. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La lettre de M. Glénard a été lue dans cette séance par M. Colin lui-même, qui, ne contestant pas l'exactitude des chiffres de mortalité des statistiques militaires, a montré dans quel but il s'en était servi. Dans les mémoires qu'on a cités, il mettait en lumière un fait indépendant de toute fausse désignation des maladies traitées, l'accroissement considérable du nombre des décès par fièvre typhoïde à partir du moment où l'armée française, réorganisée par une loi nouvelle, a renfermé une proportion plus considérable de soldats très jeunes.

A ce point de vue, peu importait qu'une partie des fièvres typhoïdes eussent été nommées fièvres continues, puisque, pour les morts, le diagnostic était rectifié après coup. Mais toute différente est la question quand il s'agit du pronostic ; et quand on voit marquées, par exemple, douze morts pour dix entrées, il n'est pas possible de prendre ces chiffres à la rigueur.

M. Jaccoud, qui a parlé après M. Colin, afin de faire connaître le traitement qu'il suit depuis plus de seize ans contre la fièvre typhoïde, s'est efforcé, lui aussi, d'établir par des tableaux statistiques la moyenne de mortalité que donne la fièvre typhoïde abandonnée à elle-même. Cette moyenne serait d'un peu plus de 19 pour 100, et le traitement de M. Jaccoud pourrait l'abaisser à un peu moins de 11 pour 100.

Ce traitement, qui a été imité depuis lors par d'autres cliniciens, comporte, en outre de l'alimentation et des affusions froides, l'emploi de l'alcool, du quinquina, des sels de quinine et parfois de l'acide salicylique, le tout à doses modérées.

M. Jaccoud, en terminant, a eu un très beau mouvement d'éloquence contre les excès de thérapeutique qu'ont provoqués les théories nouvelles, contre ceux qui visent le microbe et qui abattent le patient, exclusivement préoccupés de l'extermination de la bactéridie et oubliant l'être vivant qu'ils soignent.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

De la chlorose (1).

IV

Nous arrivons aujourd'hui au dernier chapitre de la chlorose, celui du traitement, lequel est fondé surtout sur l'anatomie pathologique, c'est-à-dire sur l'altération des globules du sang dans leur quantité et dans leurs qualités. De là la nécessité d'avoir recours à la fois à des moyens pharmaceutiques et à des moyens hygiéniques.

1° *Moyens pharmaceutiques.* — Nous devons placer au premier rang des médicaments de la chlorose le fer ; et s'il n'est pas absolument indispensable, cependant il est un de ceux qui réussissent le mieux et rendent le plus de services dans la chlorose.

En effet, les ferrugineux sont tout naturellement indiqués par l'altération de l'hémoglobine caractérisée dans la chlorose par une diminution du fer. Mais de toutes les préparations de fer, laquelle est la meilleure et comment doit-on l'administrer ?

Il existe à ce sujet un assez grand désaccord dans les livres, certains auteurs préconisant la forme pilulaire, tandis que d'autres recommandent une liqueur ferrugineuse. Toutes les préparations sont généralement bonnes, ce qui explique ce désaccord, mais dans le nombre il en est de meilleures les unes que les autres.

On a conseillé le fer à l'état métallique. C'est ainsi que Chomel prescrivait la limaille de fer ; mais elle a le défaut d'irriter l'estomac, aussi l'a-t-on abandonnée. D'autres ont recommandé soit les sesquioxydes, soit les protoxydes de fer, d'autres encore le fer réduit par l'hydrogène, mais leur action n'est pas considérable, et de plus ils fatiguent également l'estomac. Pour moi, je préfère de beaucoup les préparations de fer solubles, c'est-à-dire celles qui sont facilement absorbables. On dit, avec raison, que le fer, quelle que soit la forme sous laquelle on l'administre, se transforme, en présence des acides de l'estomac, en lactate de fer ; il est juste d'ajouter qu'une quantité de fer, même minime, améliore déjà la chlorose et, cependant, la plus grande partie du médicament introduit dans l'estomac passe dans les selles. Cela ne prouve qu'une chose : c'est qu'il n'est pas nécessaire, pour traiter la chlorose avec succès, d'adminis-

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er février 1883.

trer de fortes doses de fer, mais bien qu'il suffit de prescrire ce médicament en petite quantité à la fois.

Comme bonnes préparations, je citerai le citrate de fer, le tartrate de fer et de potasse à la dose de six à huit pilules de 10 centigrammes chacune, par jour, ou mieux encore, ce que je préfère, la solution de tartrate de fer ou la teinture de Mars tartarisée. J'ai vu un certain nombre de malades qui se refusaient à prendre du fer à cause des maux d'estomac qu'ils éprouvaient, se trouver très bien de cette solution et la supporter sans aucun malaise jusqu'à la dose de 20 gouttes.

A côté de la solution de tartrate de fer, on doit placer le lactate de fer, qui est un très bon médicament sous la forme de pilules, que l'on prescrit à la dose de quatre, six et huit par jour; mais ce médicament ne vaut toujours pas le tartrate de fer.

Vous citerai-je aussi les pilules de Valette, au carbonate de fer, les pilules de Blot, préparations qui sont bonnes aussi, mais qui ne sont pas toujours très bien supportées par les malades et qui ont, de plus, l'inconvénient d'introduire trop de fer dans l'estomac. Vous parlerai-je du perchlorure de fer, qui convient beaucoup mieux dans l'anémie résultant de pertes de sang plus ou moins considérables que dans la chlorose?

Du reste, il faut bien le reconnaître, il y a pour la forme sous laquelle on ordonne le fer, une véritable mode, par moments ; aujourd'hui c'est telle préparation qui est en vogue, demain c'est telle autre. Quoi qu'il en soit des préférences du jour, je tiens, avant tout, aux sels de fer solubles que l'on peut donner à faible dose.

De plus, lorsque l'estomac du malade est d'une très grande susceptibilité, j'ai recours aux eaux ferrugineuses naturelles qui contiennent une très petite dose de fer, soit par exemple 1 ou 2 centigrammes de matières ferrugineuses pour un litre d'eau, et je vous citerai les eaux de Passy, d'Orezza, de Schwalbach, etc., que je prescris, soit accessoirement, soit chez certains malades, dont la susceptibilité stomacale est exagérée.

On a vanté aussi le manganèse, et quelques médecins l'ont prescrit associé du fer. Pour moi, son emploi ne me paraît pas indispensable et je m'en suis rarement servi.

Quant aux médicaments autres que les ferrugineux, on doit aussi prescrire les amers (quassia amara, coca, rhubarbe, quinquina, etc.). Chez les sujets apeptiques, on donne souvent tout d'abord les toniques, avant d'en arriver au fer, qui pourrait irriter l'estomac, et afin de réveiller l'appétit; on conseille ainsi les macérations de quinquina ou de quassia amara, puis on donne le fer au moment des repas et non pas à jeun, afin de le mêler plus intimement aux aliments, et l'on commence par de petites doses, en augmentant graduellement.

Chez les malades dont l'estomac supporte bien le fer, je prescris de 6 à 10 gouttes de teinture de Mars avant le repas, tandis que j'ordonne le vin de quinquina au dessert.

Aux chlorotiques qui ont soit de l'aménorrhée, soit des irrégularités plus ou moins prononcées dans la menstruation, on a quelquefois cherché à faire revenir les règles, par des moyens spéciaux, espérant ainsi obtenir une amélioration dans leur santé. C'est un tort. La première chose à faire, en pareil cas, c'est de fortifier le sujet, d'améliorer son état général; après quoi on aura recours, s'il est nécessaire, pour ramener les règles, aux emménagogues qui consolideront alors la guérison. Ces derniers seront pris huit jours avant l'époque probable des règles; ils consisteront, par exemple, dans une tasse d'infusion d'armoise, précédée de poudre de sabine à la dose de 50 centigrammes ou de safran, soit en poudre (25 à 50 centigrammes), soit en teinture à la dose de 10 à 15 gouttes. On pourra encore recourir, dans le même but, à l'apiol, c'est-à-dire au principe actif du persil, en capsules : une matin et soir pendant cinq à huit jours et précédée de l'administration d'une tasse d'absinthe ou d'armoise. L'apiol, en effet, est l'emménagogue par excellence, bien qu'il irrite quelquefois l'estomac et détermine aussi parfois des contractions utérines douloureuses.

Chez les femmes qui, bien qu'elles soient convenablement reconstituées, ne voient cependant pas leurs règles revenir, on peut avoir recours à un autre moyen, à l'application tous les mois de deux sangsues à la face externe des grandes lèvres ou à la face interne des cuisses. Au contraire, a-t-on affaire à des femmes qui ont des *ménorragies* (je ne dis pas métrorragies, qui sont des pertes survenant en dehors de l'époque menstruelle), et ces ménorragies sont fréquentes chez les chlorotiques, dont elles entretiennent alors la chlorose elle-même : chez ces malades, il faut modérer les accidents hémorragiques ; dans ce but, Trousseau conseillait le fer. Pour moi, je le crois dangereux, au contraire ; je crois qu'il ne peut qu'augmenter la perte de sang, et je préfère, de beaucoup, prescrire, pendant les huit jours qui précèdent les règles, des astringents tels surtout que le tanin à la dose de 20, 30 et 40 centigrammes. On le prescrit sous forme de pilules de 10 centigrammes de tanin mêlé à de la conserve de roses et l'on en prend de quatre à six par jour pendant huit jours. C'est un bon médicament.

D'aucuns ont aussi conseillé l'alun (20 à 30 centigrammes par jour) ; mais il est moins sûr dans ses effets.

Moyens hygiéniques. — En première ligne nous placerons l'hydrothérapie pour son action fortifiante toute particulière, reconstituant les globules dans leur état normal même en dehors de toute administration de médicaments ferrugineux ; et cela sans que nous puissions bien nous l'expliquer ; cependant le fait est certain. Par hydrothérapie, j'entends les douches froides en jet sur le corps, dont on complète l'heureuse influence par le séjour à la campagne ou dans certains établissements spéciaux de la Suisse.

On a aussi conseillé l'aérothérapie, c'est-à-dire les bains d'air comprimé, moyen puissant et d'une grande efficacité par la pénétration dans les voies aériennes d'une quantité d'oxygène plus grande que l'air ambiant ordinaire ne leur en fournirait.

Ajoutons à cela une bonne alimentation ; contraindre les malades à manger ; une nourriture spéciale : viandes rôties, vin généreux, en un mot la plus grande somme de principes substantiels sous le plus petit volume possible. Exiger des malades un certain exercice journalier en plein air ; faire de la gymnastique, de l'équitation, si la chose est possible, car l'équitation est un des meilleurs emménagogues ; enfin, le changement d'air, les voyages, le séjour au bord de la mer pendant la belle saison, les bains de mer de *très courte durée,* bains d'immersion d'une ou deux minutes au plus ; le séjour dans le Midi pendant l'hiver, Cannes, Nice ou Menton : tels sont les différents moyens qui doivent rentrer dans le traitement hygiénique des chlo-

rotiques, auxquels on ajoutera pour consolider la guérison les eaux minérales ferrugineuses.

C'est à l'aide de ces moyens que l'on parviendra à combattre la chlorose, mais en ayant soin surtout d'en poursuivre l'emploi avec la plus grande ténacité, la maladie étant elle-même des plus tenaces et des plus rebelles.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA PONCTION DE LA VESSIE

Par M. le docteur H. Picard.

Il existait autrefois trois espèces de ponctions vésicales : la ponction périnéale, la ponction recto-vésicale et la ponction hypogastrique. La première étant rarement pratiquée, à cause de sa difficulté d'exécution, il restait la ponction recto-vésicale, dans laquelle on traversait la cloison recto-vésicale et la ponction hypogastrique, consistant à plonger le trocart à travers la ligne blanche, à 4 centimètres environ au-dessus du pubis. A ces trois ponctions, Voillemier en avait bien ajouté une quatrième, la ponction sous-pubienne dans laquelle, comme son nom l'indique, après avoir abaissé la verge, on contournait l'angle sous-pubien, en poussant, au travers du ligament suspenseur, un trocart qui atteignait la paroi antérieure de la vessie au-dessus du col. Mais cette ponction n'a jamais été, que je sache, pratiquée que par Voillemier lui-même. Pour la ponction périnéale, le trocart employée était celui de l'hydrocèle ; pour les trois autres, on se servait d'un trocart courbe d'une courbure appartenant à un cercle de 20 centimètres de diamètre environ et de même volume que le précédent.

Aujourd'hui, avec les appareils aspirateurs, on ne fait plus que la ponction hypogastrique. Rien de facile, en effet, comme cette opération. Il suffit de plonger dans le globe vésical un trocart n° 1, sans tenir grand compte des rapports du péritoine avec la vessie. Il faut avoir soin seulement de maintenir le vide en retirant le trocart, de peur que quelques gouttes d'urine ne tombent dans le tissu cellulaire prévésical, dans celui des parois de l'abdomen ou même dans le péritoine. Cette opération est d'ailleurs aussi utile que facile.

Observation I. — Il y a quelque temps se présente à moi un typographe de vingt-sept ans, d'une assez bonne constitution, mais souffrant d'un rétrécissement étroit que j'essaie en vain de franchir. A la suite de ces tentatives de cathétérisme, les difficultés de la miction ayant augmenté, le malade m'arrive, le surlendemain, à sept heures du matin, n'ayant pas rendu une goutte d'urine depuis la veille. La vessie s'élève très haut dans l'abdomen et donne lieu, en se contractant, à d'atroces douleurs. Un trocart n° 1, poussé immédiatement dans la tumeur, laisse écouler près d'un litre d'urine et les tentatives de cathétérisme, aussitôt renouvelées, permettent l'introduction d'une bougie filiforme, armée d'un pas de vis, au moyen de laquelle l'urétrotomie fut pratiquée dans la journée.

Obs. II. — A quelques jours de là, je fus consulté par un ecclésiastique âgé de soixante-onze ans, tourmenté nuit et jour par d'incessants et douloureux besoins d'uriner, presque impossibles à satisfaire. La prostate, exclusivement dure, était très grosse. J'essayai en vain de le sonder, et mes tentatives, loin de le soulager, furent suivies d'une rétention complète d'urine. C'était le 4 avril ; le lendemain je dus pratiquer une fois la ponction aspiratrice ; le 6, deux ponctions furent nécessaires ; le 7 et le 8, il en fallait trois. Enfin, le 9, je pus, après avoir ponctionné le matin, conduire très facilement, jusque dans la vessie, une sonde à bout coupé, sur un conducteur filiforme.

Ici, comme dans le cas précédent, la ponction fut donc très utile, puisque, tout en vidant la vessie, elle permit de placer une sonde à demeure. Est-il permis d'en conclure, comme les auteurs qui ont écrit sur la ponction capillaire aspiratrice de la vessie, que cette opération peut être indéfiniment renouvelée, parce qu'elle est non seulement exempte de douleurs, mais de dangers ? On va voir qu'il n'en est rien.

J'avais remarqué qu'à la suite des dix ponctions pratiquées avec le trocart n° 1 (voir Obs. II), la paroi abdominale était ecchymosée par place, ce qui concordait parfaitement avec les descriptions que j'avais lues de ponctions capillaires aspiratrices. Mais, malheureusement, les choses n'en restèrent point là ; la paroi abdominale s'empâta et il devint évident qu'un phlegmon, en voie de formation, en était la cause. En effet, la suppuration s'établit et on dut donner issue, par une large incision, à une quantité considérable de pus.

La ponction capillaire aspiratrice, souvent répétée, peut donc ne pas être aussi inoffensive qu'on l'a soutenu. Pour prévenir cet accident, il faut revenir à la ponction recto-vésicale, complètement abandonnée aujourd'hui.

Un homme est atteint d'un rétrécissement que vous ne pouvez franchir et qui laisse à peine passer l'urine : irez-vous répéter deux ou trois fois par jour, pendant quinze jours, par exemple, la ponction capillaire hypogastrique ? Certainement, non. Le trocart, malgré sa finesse, produirait des accidents. Mais quoi de plus simple que de varier les points de la ponction et, puisque la paroi recto-vésicale est si facile à trouver et à traverser, pourquoi ne pas la ponctionner à la base de la prostate, de manière à laisser reposer la paroi hypogastrique ?

Plutôt que ces ponctions successives et répétées dans la même région, mieux vaudrait encore agir comme MM. Lannelongue et Gosselin et se servir de l'ancien trocart. C'était chez un malade atteint de rétention consécutive à un rétrécissement. Les tentatives de cathétérisme ayant été vaines, ces deux habiles chirurgiens eurent recours aux ponctions capillaires hypogastriques répétées ; mais, au bout de quelques jours, un empâtement de la paroi abdominale leur ayant fait voir qu'un phlegmon allait se former, ils n'hésitèrent pas à plonger dans la vessie et à y laisser à demeure un gros trocart. Grâce à lui, les tissus se dégorgèrent et le cathétérisme, impossible jusque-là, put être enfin pratiqué.

En résumé, la ponction recto-vésicale peut être utile et doit être pratiquée dans certains cas. Quelquefois même on devra, malgré ses inconvénients, avoir recours au gros trocart, car, entre un phlegmon qui peut avoir une extrême gravité et ces inconvénients, il n'y a pas à hésiter.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Sur les effets de la respiration d'un air chargé de vapeurs de pétrole (1).

Par M. le professeur Poincarré.

J'ai fait vivre des animaux de diverses espèces (chiens, lapins, cobayes) dans des atmosphères analogues à celles que respirent les personnes appelées à manier fréquemment le pétrole.

(1) Académie des sciences. — Séance du 29 janvier 1883.

J'ai observé chez ces animaux une plus grande fréquence et une plus grande amplitude des mouvements respiratoires, un ralentissement des révolutions cardiaques, avec une plus grande intensité du choc du cœur; démangeaisons cutanées, parfois assez vives; une tendance au sommeil et de l'inappétence. Les cobayes seuls ont succombé, après un séjour d'un à deux ans dans le milieu. Les autres ont paru devoir résister indéfiniment.

Les lésions constatées à l'autopsie ont été : une congestion plus ou moins intense et plus ou moins générale des poumons, des méninges, de la substance grise et des reins; des raptus sanguins miliaires dans les poumons, les méninges et même entre les faisceaux musculaires du cœur; une hyperplasie considérable des cellules épithéliales des vésicules pulmonaires.

Quoique les ouvriers employés à la distillation du pétrole se plaignent uniquement d'éprouver de la pesanteur de tête et une vive irritation de la muqueuse des fosses nasales, il y a néanmoins lieu de tenir un certain compte de ce faible facteur parmi les causes de trouble de la santé publique, et de recommander aux personnes qui emploient le pétrole comme moyen de chauffage ou d'éclairage, d'en restreindre les émanations en se servant de récipients bien clos, et aux industriels, d'établir des cheminées d'évacuation dans les entrepôts, et d'exécuter sous des hottes les opérations de distillation et d'épuration.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 février 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Cadet de Gassicourt, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale ;

2° Une lettre de M. Paul Helot, chirurgien des hôpitaux de Rouen, qui adresse un pli cacheté. (Accepté.)

LECTURE

Plaie du coude par arrachement; septicémie aiguë à forme gangreneuse; désarticulation de l'épaule; guérison. — M. PAQUET, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille, rapporte cette observation, qui est la troisième de succès obtenu dans des circonstances pareilles. Il s'agit d'un jeune homme de seize ans, entré le 6 juin 1882, à l'hôpital Sainte-Eugénie, opéré le surlendemain, et sorti guéri le 13 juillet. « Cette observation, dit M. Paquet, prêterait à des considérations nombreuses et dignes d'intérêt, toutefois je me contenterai d'insister sur deux points : 1° la présence de petits caillots dans l'artère et la veine axillaire, fait que je ne trouve mentionné dans aucune observation de septicémie aiguë à forme gangreneuse ; 2° la modification heureuse qui s'est produite dans la partie interne des lambeaux, là où l'incision avait porté sur des tissus déjà malades ; nous retrouvons la même particularité dans l'observation de M. Le Dentu ; lui aussi s'était vu obligé d'empiéter de 2 ou 3 centimètres sur la zone bronzée.

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. COLIN, à propos du procès-verbal et pour rendre, dit-il, justice à M. Glénard, lit la lettre que ce médecin adressait à l'Académie dans la séance précédente. Ce qui avait été contesté dans le rapport, ce ne sont pas les chiffres donnés par M. Glénard; ces chiffres sont officiels, certainement exacts; M. Colin les a admis et les admet encore. Mais s'il est permis d'en déduire, comme le faisait M. Colin dans les publications citées, la proportion croissante ou décroissante de la mortalité relative au nombre des soldats sous les drapeaux; si, dans le chiffre élevé des deux causes par la fièvre typhoïde dans l'armée française, on peut voir un effet direct de la nouvelle organisation de cette armée et du grand nombre de sujets très jeunes qui en font partie, il n'est pas possible d'y chercher des arguments sérieux pour ou contre un traitement quelconque. Comment, par exemple, se servir, à ce point de vue, de statistiques où, dans un même hôpital notamment, la fièvre typhoïde figurera pour *douze morts* et seulement pour *dix entrées !* On y avait oublié de rectifier le diagnostic sur la feuille d'entrée au moment de la mort. Il est donc tout à fait indispensable de tenir compte de causes d'erreur de ce genre.

M. Colin reconnaît qu'il pourrait être utile de consacrer une colonne spéciale au pronostic, c'est-à-dire au rapport réel des chiffres de mortalité avec les chiffres d'invasion. Il promet, pour sa part, de le faire désormais aussi exactement que possible, quand il étudiera de nouveau la mortalité des soldats due à cette cause. Mais ce ne sera pas chose facile, et on ne pourra utiliser dans ce but, avec avantage, que des tableaux dressés avec soin, particulièrement dans les grands hôpitaux militaires, où on ne néglige pas ces questions de diagnostic comme on est trop souvent obligé de le faire dans les petits hôpitaux civils ouverts aux soldats.

C'est déjà, du reste, en écartant les chiffres fournis par ces derniers que M. Colin en était venu à fixer la mortalité moyenne par fièvre typhoïde à 23 pour 100 environ pour l'armée française, y compris les hôpitaux militaires de l'Algérie et des villes du Midi, où cette mortalité est bien plus élevée que dans le reste de la France.

Mais si l'on s'en tenait aux hôpitaux de Paris, il faudrait encore considérablement abaisser ce chiffre.

Du reste, M. Colin est complètement d'accord avec M. Jules Guérin sur l'existence de formes ébauchées et fort mal accusées de fièvres typhoïdes, qui sont bien certainement des fièvres typhoïdes se rattachant aux mêmes causes que les plus complètes de celles-ci.

Si l'on ne tient pas compte de cette cause d'erreur, on arrive à des chiffres formidables, qui donnent beau jeu à tous ceux qui préconisent un traitement quel qu'il soit.

Mieux vaut donc éviter ces exagérations, dans l'intérêt même de la méthode de Brand, dont M. Colin n'est pas l'adversaire, tant s'en faut, car il l'a employée lui-même au Val-de-Grâce et en a obtenu de très bons résultats.

M. JACCOUD déclare que, depuis seize ans, il soumet les malades atteints de fièvre typhoïde à un traitement uniforme, basé sur deux caractères constants de cette maladie : 1° l'adynamie ; 2° la calorification anomale.

De ces deux caractères en effet résultent deux grandes indications thérapeutiques : 1° épargner et soutenir dès le début les forces du malade ; 2° soustraire une partie de la chaleur produite et restreindre la production de chaleur. Ces indications, M. Jaccoud les remplit dès qu'il est certain du diagnostic, sans attendre, en se croisant les bras, que se produisent les accidents inévitables auxquels il veut pouvoir parer dans la limite du possible.

Il obéit donc à ces indications fondamentales par un traitement non seulement fixe, mais institué d'emblée.

Ce traitement comprend deux parties : l'une constante, qui comprend d'abord l'alimentation avec des bouillons, du vin et surtout du lait dans la proportion de un ou deux litres par jour. Indépendamment de ses propriétés alimentaires, le lait a pour effet d'augmenter la diurèse et de prévenir ainsi les accidents spéciaux résultant du défaut d'excrétion rénale. Outre l'alimentation, le traitement comprend en second lieu l'emploi de l'alcool, qui est administré à la dose de 30 à 80 grammes par jour dans une potion à prendre par cuillerées.

A cette potion alcoolique, M. Jaccoud ajoute 3 ou 4 grammes d'extrait de quinquina ; et cet ensemble est maintenu invariable pendant toute la durée de la fièvre. Il compte aussi satisfaire à l'indication première basée de l'adynamie, et, aussi, par l'alcool, diminuer un peu la combustion des tissus et la production de chaleur.

Mais M. Jaccoud n'a garde de s'en tenir là ; dès le début, il s'efforce de remplir également l'indication tirée de la température anomale en prescrivant des lotions froides avec le vinaigre aromatique. Ces lotions se font au nombre de quatre par jour si la

température ne dépasse pas 38°, six par jour si elle monte à 39°, huit par jour si elle atteint ou dépasse 40° ; l'effet de ces lotions est à peu près constant. Il en résulte une réfrigération temporaire, une accalmie, artificielle, il est vrai, mais qui exerce également son action sur le processus calorigène lui-même, si bien qu'au bout de deux ou trois jours les indications de la courbe montrent qu'il s'est produit, non seulement une action antithermique momentanée, mais encore une action antifébrile permanente. Une portion de la chaleur existante a été soustraite et la calorification a été amoindrie.

Voilà pour le traitement constant. A ce traitement M. Jaccoud joint un traitement éventuel et passager quand la fièvre s'annonce comme très grave. Par exemple, dans les fièvres typhoïdes, qu'on peut considérer comme normales, il est de règle d'observer le matin un abaissement de température de 8/10 de degré ou 1 degré par rapport au soir. Si cette rémission ne se produit pas ou se produit incomplètement, le pronostic devient sérieux. Il le devient également si la température reste, durant plusieurs jours de suite, supérieure à 90°, si elle ne descend pas après trois ou quatre jours de lotions froides, si l'on constate les symptômes d'un affaiblissement du cœur. Dans tous ces cas, M. Jaccoud se propose d'employer une thérapeutique antifébrile avec le maximum d'effet sous le minimum du volume possible. Les médicaments qu'il emploie sont le bromhydrate de quinine et l'acide salicylique. Qu'il choisisse l'un ou plutôt l'autre, les doses sont toujours les mêmes, ainsi que le mode d'administration. Le premier jour il ne dépasse pas 2 gr. au plus, pris en une seule fois, soit de 10 heures à 10 heures 1/2 du matin, s'il veut agir sur le redoublement du soir, soit de 9 heures 1/2 à 10 heures du soir, s'il cherche à influencer la rémission du matin. Le lendemain il diminue la dose de 50 centigrammes, et le surlendemain encore de 50 centigrammes s'il continue l'emploi du remède jusque-là. En effet, il laisse toujours reposer le malade au moins quarante-huit heures après la deuxième ou la troisième dose ; puis il recommence. L'action de l'acide salicylique et celle de la quinine sont égales, en ce qui touche du moins la température.

En procédant comme le fait M. Jaccoud, on voit celle-ci s'abaisser de 1 à 2 degrés par rapport à la veille, 12 heures après l'administration des doses indiquées, et cet effet se maintient souvent les jours suivants. Mais comme l'acide salicylique possède en outre des propriétés antiseptiques incontestables, M. Jaccoud lui donne la préférence toutes les fois qu'il n'y a pas une des contre-indications suivantes : 1° alcoolisme ; 2° accidents cérébraux violents ; 3° faiblesse du cœur ; 4° manifestations inquiétantes du côté des reins. Ces contre-indications ne s'appliquent nullement aux sels de quinine et n'en empêchent pas l'emploi. Quand il existe de la stase pulmonaire, M. Jaccoud la combat au moyen de ventouses sèches, qu'il fait appliquer sur la poitrine au nombre de 30 à 40 par jour.

Tel est le traitement employé depuis seize ans par M. Jaccoud. Maintenant en voici les résultats. Dans ces seize ans, M. Jaccoud a eu à soigner 655 fièvres typhoïdes. Il a eu 71 décès, ce qui fait 10,83 pour 100. Or quelle est la mortalité moyenne et pour ainsi dire naturelle de cette maladie ? Pour la connaître, M. Jaccoud a rassemblé diverses statistiques provenant de divers pays et s'appliquant toutes à des cas qui n'avaient pas été traités par une médication énergique et perturbatrice. Le nombre des morts s'est élevé à 19,23 pour 100. Cette proportion doit être très rapprochée de la vérité, car M. Jaccoud l'a trouvée en trois reprises en opérant sur des groupes différents de chiffres. D'après cela, son traitement aurait un effet favorable, puisqu'il diminuerait dans une grande proportion la mortalité naturelle de la maladie abandonnée à elle-même.

M. Jaccoud s'élève avec force contre les médications excessives qui ont été mises en œuvre dans ces dernières années. A ce point de vue, on peut distinguer deux périodes : celles de la théorie antifébrile. On voulait abattre la fièvre à tout prix, et, dans ce but, on donnait la quinine à des doses très exagérées. Puis est venu la théorie parasitaire. On a considéré la fièvre typhoïde comme causée par un microbe qu'il fallait tuer pour la guérir, et on a fait un abus immense d'acide salicylique, d'acide phénique, etc., sans s'inquiéter de la tolérance des malades qui, n'était pas assez considérable, pour permettre d'atteindre sans danger de pareilles doses. Qu'arrive-t-il donc ? On vise le microbe et on abat le patient. Quand même il serait démontré que la fièvre est causée par une bactéridie, le médecin ne doit jamais perdre de vue l'être humain qu'il soigne, il lui faut tenir compte de sa constitution individuelle, de sa force de résistance, de l'effet que produiront sur lui les moyens employés, sinon c'est lui] qui est la victime. On ne saurait trop se prémunir contre les dangers de ces bourrasques, de ces ouragans thérapeutiques.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 février 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Calorimètre. — M. D'ARSONVAL donne la description d'un calorimètre de son invention à l'aide duquel il peut obtenir la calorimétrie des réactions chimiques d'ordre organique. Dans cet appareil, la quantité de chaleur produite par la réaction est donnée par la volatilisation d'un liquide.

Action du champ magnétique sur les réactions d'ordre chimique. — M. D'ARSONVAL fait une communication sur ce sujet. Il résulte de ses nombreuses expériences que le champ magnétique exerce une action incontestable sur les réactions chimiques, surtout d'ordre organique. Par exemple, le champ magnétique a une très grande influence sur le liquide en écoulement ; celui-ci se trouve ralenti proportionnellement à la conductibilité électrique du liquide. Le sang défibriné est le liquide dont l'écoulement est le plus considérablement retardé sous cette influence. Le champ magnétique exerce également une très grande influence sur les fermentations qui sont ainsi notablement retardées.

M. REGNARD rappelle les expériences de Schiff (de Genève) sur le même sujet. Schiff prétendait ainsi empêcher la putréfaction.

M. DASTRES rappelle les expériences de Pouchet de Rabuteau sur le sang ou même sur les animaux placés dans le champ magnétique d'un aimant, ainsi que les expériences qu'il a faites lui-même, sous la direction de M. Bert, et qui consistaient à y placer différents tissus, des muscles, des nerfs. Pour ces derniers, par exemple, on obtient ainsi des modifications dans le courant nerveux.

M. BROWN-SÉQUARD a fait des expériences analogues sur des grenouilles placées entre les deux extrémités d'un aimant en fer à cheval et il n'a obtenu aucun résultat.

M. D'ARSONVAL pense que les faits qu'il vient de signaler peuvent s'expliquer par l'action des aimants sur l'orientation des molécules. Or on comprend l'influence que peut avoir cette orientation des molécules sur les réactions chimiques.

Modifications des fibromes utérins pendant la grossesse. — M. DELÉRIS a étudié les modifications que subissent les fibromes utérins sous l'influence de la grossesse. Il a constaté qu'il s'opérait une notable accentuation de la lobulation des myomes utérins pendant la grossesse.

La mort sans agonie ou par inhibition cérébrale. — M. BROWN-SÉQUARD fait une communication sur ce qu'il a appelé en 1858 la mort sans agonie, sur ce qu'il appelle aujourd'hui la mort par inhibition cérébrale et par arrêt des échanges Cette mort est facilement produite, chez les animaux, par une simple piqûre du bec du calamus. Aussitôt après cette piqûre, l'animal tombe sans mouvement. Toute activité cérébrale volontaire, toute sensibilité, disparaissent chez lui subitement. La perte de connaissance est complète, il ne se fait plus aucune réaction spon-

tanée. Le cœur continue de battre, la respiration est arrêtée. Le pouvoir réflexe de la moelle est augmenté, ainsi que celui des nerfs moteurs et que la puissance contractile des muscles de la vie animale. Quelle est, dans ces cas, la cause de la perte de toute activité cérébrale? Ce n'est pas un changement dans l'état des vaisseaux du cerveau; ce n'est pas l'asphyxie, puisqu'il n'y a pas d'asphyxie dans ces cas; c'est un arrêt des échanges, c'est un effet inhibitoire au premier chef.

M. Brown-Séquard avait dit déjà que la perte de connaissance dans les affections cérébrales était un fait d'inhibition.

Il y a donc sous l'influence de la piqûre du bec du calamus une inhibition d'une part du côté du cerveau, et une dynamogénie d'autre part du côté des muscles et des nerfs. Un chien sur lequel avait été pratiquée cette piqûre, a présenté une rigidité cadavérique qui a duré 47 jours. Ce n'est, en effet, que le quarante-septième jour, que sont survenus les signes de putréfaction.

M. Paul Bert a déterminé la mort foudroyante en galvanisant les nerfs vagues chez les oiseaux. Ce sont là des phénomènes du même ordre, mais moins marqués.

PRÉSENTATION

M. REGNARD présente une brochure de M. le docteur Larrivé, ayant pour titre : « L'eau oxygénée, son emploi en chirurgie. » Dans ce travail, M. Larrivé, après avoir fait connaître, dans tous leurs détails, les expériences de MM. Bert et Regnard, expose, en s'appuyant sur un assez grand nombre de faits, les bons résultats obtenus, dans le service de M. Péan à l'hôpital Saint-Louis, par l'emploi de l'eau oxygénée. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1882, p. 588.)

La Société se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

1. M. Sadrain. De l'orchite dans la fièvre typhoïde. — 2. M. Mathieu. Purpuras hémorragiques (essai de nosographie générale). — 3. M. Jouin. De la dilatation immédiate progressive. — 4. M. Jousset. Essai sur les hématocèles utérines intra-péritonéales. — 5. M. Madet. Fréquence du pouls et élévation thermique dans la fièvre typhoïde. — 6. M. Mabit. De la manie chronique à forme rémittente. — 7. M. Jannin. Contribution à l'étude du traitement des affections chirurgicales. — 8. M. Lecoisne. Contribution à l'étude du traitement des abcès froids. — 9. M. Durand. De l'alimentation pendant le cours et la période du déclin de la fièvre typhoïde. — 10. M. Hay-Margiraudière (T.-H.). Contribution à l'étude de quelques troubles trophiques de l'ataxie locomotrice (chute spontanée des dents et des ongles). — 11. M. Halbout. Étude sur la chloroformisation chez les individus atteints d'une affection des organes respiratoires. — 12. M. Merner. De la terminaison par gangrène des corps fibreux intra-utérins. — 13. M. Matienzo. Des antipyrétiques dans la fièvre typhoïde. — 14. M. Lévy. Auscultation de l'épigastre. — 15. M. Dat. Des formes bénignes de l'ictère infectieux. — 16. M. Bagnol. De l'ictère alcoolique aigu. — 17. M. Chambellan. Étude anatomique et anthropologique sur les os wormiens. — 18. M. Angot. Contribution à l'étude des luxations congénitales de la hanche. — 19. M. Pluyette. Aperçu historique sur les insertions vicieuses du placenta. — 20. M. Laversin. Considérations sur quelques accidents traumatiques dans le diabète et en particulier de la gangrène. — 21. M. Larrivé. De l'eau oxygénée, son emploi en chirurgie. — 22. M. Carret. Du traitement des fistules vésico-vaginales par l'occlusion vaginale. — 23. M. Brunet. Étude clinique physiologique de l'état d'opportunité de contracture. — 24. M. Didion. De la fièvre typhoïde à forme rénale. — 25. M. Liandier. Essai sur la gangrène pulmonaire dans le cours de quelques affections chroniques du poumon et des bronches. — 26. M. Delas. De la laryngite catarrhale aiguë dans la première enfance. — 27. M. Genty. Des symptômes laryngés d'origine nerveuse dans le cancer de l'œsophage. — 28. M. Coulon. Essai sur le cancer du corps thyroïde. — 29. M. Miquel. Des organismes vivants de l'atmosphère. — 30. M. Papadakis. Contribution à l'étude de l'intoxication arsenicale aiguë. — 31. M. Bucquet. Du traitement de la variole par la médication éthérée. — 32. M. d'Albuquerque. De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle en date du 30 janvier, M. Munier (Marie-Joseph-Henri), médecin-major de deuxième classe, maintenu temporairement au bataillon du 47e régiment d'infanterie, récemment rentré de la division de Constantine, a été désigné pour occuper provisoirement un emploi de son grade au 129e régiment d'infanterie.

M. Douart (Henri), médecin aide-major de première classe au 37e régiment d'artillerie à Bourges, a été désigné pour occuper un emploi de son grade au service de la place de Paris, et être affecté au bataillon du 47e régiment d'infanterie stationné dans ladite place.

— Par arrêté préfectoral, en date du 25 janvier 1883, la démission de M. le docteur d'Heilly (Eugène-Théophile,) médecin de l'état civil du deuxième arrondissement (troisième circonscription) de la ville de Paris, est acceptée. — Le service de la constatation des naissances et des décès, dans le deuxième arrondissement, sera divisé en deux circonscriptions. — La première circonscription comprendra les quartiers Gaillon, Vivienne et du Mail. — La deuxième sera formée du quartier Bonne-Nouvelle. — M. le docteur Villette (Alfred-François) sera chargé du service dans la première circonscription; M. le docteur Voelker (Georges-Frédéric), chargé du service dans la deuxième circonscription. — L'effet du présent arrêté remontera au 1er décembre 1882.

— Un examen pour les emplois de chimiste et d'expert-inspecteur au laboratoire municipal de chimie établi près la Préfecture de police aura lieu le mardi 6 mars prochain, à dix heures du matin.

Les candidats devront, en conséquence, adresser une demande à la Préfecture de police (secrétariat général, service du personnel), en y joignant :

1° Leur acte de naissance; 2° un extrait de leur casier judiciaire; 3° leur livret militaire; 4° un certificat de bonne vie et mœurs; 5° une notice faisant connaître leurs antécédents et leurs études. Cette notice devra être accompagnée des diplômes, certificats, etc., à l'appui.

Cette demande devra parvenir à la Préfecture, le 28 février au plus tard.

Ne seront admis à concourir que les candidats réunissant les conditions suivantes :

1° Être Français ; 2° avoir satisfait à la loi sur le recrutement militaire; 3° être âgé de plus de vingt-un ans et de moins de trente ans; 4° avoir été examiné par l'un des médecins de la Préfecture de police et reconnu physiquement apte à remplir les fonctions dont il s'agit.

Aussitôt leur demande parvenue, les candidats recevront à domicile un exemplaire du programme de l'examen.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Le concours pour le prosectorat vient de se terminer par la nomination de M. Maubrac.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Moniez, docteur en médecine et docteur ès sciences naturelles, maître de conférences, est chargé du cours d'histoire naturelle, en remplacement de M. Giard.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Lachaize (Jacques), né à Latour (Puy-de-Dôme), le 26 février 1855, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Rennes.* — Par arrêté, en date du 31 janvier 1883, un concours pour un emploi de chef des travaux anato-

miques, sera ouvert le 6 août prochain. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *Collège de France.* — M. Suchard (Eugène), répétiteur près le laboratoire d'histologie de l'École pratique des Hautes Études, est délégué, à titre temporaire, dans les fonctions de préparateur de la chaire d'anatomie générale, pendant l'absence de M. Weber, titulaire de l'emploi, en congé pour raisons de santé.

— M. le docteur Vallin, professeur au Val-de-Grâce, est nommé membre de la Commission des bibliothèques populaires pour l'année 1883.

— M. le docteur Lesguillon est nommé médecin du collège de Compiègne, en remplacement de M. le docteur Canivet, démissionnaire.

— Le mardi 17 juillet 1883, à neuf heures du matin, il sera ouvert, à la Faculté de médecine de Lyon, un concours public pour la place de directeur du laboratoire municipal de Lyon. Le traitement du directeur du laboratoire municipal est fixé à 5,000 francs. Pour les conditions d'admission au concours et le programme des épreuves, s'adresser à la mairie de Lyon.

— Les dernières nouvelles du Sénégal sont tout à fait satisfaisantes. La fièvre jaune y a complètement cessé. — Dakar est en libre pratique depuis le 25 janvier. — L'état sanitaire de la *Pallas* est excellent. — La mort de l'amiral Grivel est un fait isolé; il a succombé à la fièvre rémittente qui règne en tout temps à la côte d'Afrique et qui n'a rien de commun avec la fièvre jaune.

— M. le docteur Th. David vient d'ouvrir un cours, avec exercices pratiques, sur les maladies des dents. Les leçons ont lieu les mardis et samedis à cinq heures, 99, boulevard Saint-Germain.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14050.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Paralysie générale syphilitique. — Deux cas d'atrophie musculaire. — Varices consécutives à une névralgie sciatique. — Réduction des hernies étranglées par les injections sous-cutanées de morphine. — REVUE DE LA PRESSE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — VARIÉTÉS. Le service de santé de l'armée allemande. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Nouvelles. — Bibliographie.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysie générale syphilitique.

Dans une de ses dernières leçons cliniques, M. le professeur Ball a entretenu son auditoire d'un cas de paralysie générale d'origine syphilitique. On sait quel rôle on attribue depuis quelque temps à la syphilis dans la manifestation des affections cérébrales et cérébro-spinales chroniques. On n'a pas oublié les réserves que nous avons faites à cet égard, non pas sur la réalité des faits invoqués, mais sur la généralisation du fait lui-même. L'étude de ce sujet est trop intéressante, au double point de vue étiologique et pratique pour que nous ne devions pas saisir toutes les occasions de réunir les documents qui se présentent.

Le malade dont M. Ball a fait l'histoire et qui a été présenté à l'assistance, est un homme de quarante-un ans, d'une taille et d'un développement moyens, ayant généralement joui d'une bonne santé jusqu'à l'époque où il a contracté un chancre. Il a non seulement complètement négligé de le soigner, mais il en a si peu tenu compte, qu'il s'est marié en pleine évolution syphilitique. Les conséquences de cette négligence n'ont pas tardé à se montrer. Trois enfants issus de ce mariage sont morts, l'un en venant au monde, les deux autres peu de temps après leur naissance. Après avoir été frappé dans ses enfants, cet homme n'a pas tardé à être frappé dans sa propre personne. La perte d'une personne qu'il aimait beaucoup fut l'occasion et le point de départ de la série de phénomènes morbides dont l'histoire va se dérouler. Ce traumatisme moral a eu pour premier effet de le faire entrer d'emblée dans l'aliénation mentale ; il a été de suite en proie à un accès de délire ambitieux, achetant à tort et à travers, pour des sommes considérables, des objets dont il n'avait nul besoin. Bientôt il fut pris de strabisme avec chute de la paupière de l'œil gauche, embarras de la parole. On l'a mis à l'usage de l'iodure de potassium, mais on a dû y renoncer au bout de quelque temps, parce qu'il ne pouvait plus le supporter. Un jour il est pris d'une crise très violente, avec hallucination de la vue et de l'ouïe. C'est à la suite de cette crise qu'il a été dirigé sur Sainte-Anne, où il est entré le 28 janvier de l'année dernière.

Il présentait alors les symptômes suivants : 1° comme symptômes physiques, les troubles oculaires indiqués plus haut et de la paraplégie (ces symptômes toutefois avaient été un peu atténués par l'effet de la médication iodique ; l'inégalité pupillaire que l'on avait constatée dans le principe, avait disparu) ; 2° comme symptômes intellectuels, le délire ambitieux le mieux caractérisé, il avait 100 millions, il était Gambetta, il était Dieu. Enfin, il y avait une tendance manifeste à l'affaiblissement croissant et à l'état cachectique.

Ainsi, pendant que quelques-uns des phénomènes cérébraux paraissaient avoir été un peu amendés par le traitement spécifique, tout incomplet qu'il avait été, l'état de l'intelligence et l'état cachectique général n'en persistaient pas moins et semblaient même s'accroître graduellement ; si bien que le pronostic est toujours des plus graves et que tout tend à faire craindre une mauvaise fin.

A l'occasion de ce fait, M. Ball s'est posé les questions suivantes : La syphilis donne-t-elle lieu à la paralysie générale ? Les uns disent jamais, les autres toujours, d'autres quelquefois. Ceux qui disent jamais, ne voient entre ces deux faits qu'une coïncidence, la syphilis n'étant point par elle-même une garantie contre la paralysie générale. Ceux qui disent toujours, seraient certainement fort embarrassés de prouver leur dire. M. Ball est de ceux qui disent : quelquefois. Pour lui, la paralysie générale ou pseudo-paralysie générale, est une des formes que peut revêtir la syphilis. Ce ne sont pas, en général, les cas les plus graves de la syphilis qui empruntent cette forme, ce sont, au contraire, le plus souvent des syphilis bénignes qui, à cause même de leur bénignité, ont été négligées. C'est le cas du malade en question.

Parmi les propositions générales que M. Ball a énoncées au sujet de ce malade, nous avons retenu les suivantes :

La paralysie générale syphilitique peut quelquefois éclater d'emblée, sans prodromes ; d'autres fois, au contraire, elle est précédée de divers troubles prodromiques tels que l'amblyopie amaurotique, des congestions, des troubles sensoriels, parfois des accès épileptiformes.

Le malade dont il vient d'être question, est entré d'emblée dans la paralysie générale, à l'occasion d'une émotion vive. La forme du délire dans la syphilis cérébrale n'a point de caractères spéciaux ni de signes absolus. Il y a, à cet égard, de grandes différences suivant les sujets. Celui-ci a présenté le caractère très net du délire ambitieux. Il est

souvent beaucoup plus accentué que cela et plus effacé que dans la paralysie générale commune. Il y a aussi une certaine différence dans les troubles de la parole. Chez les sujets atteints de la paralysie générale commune, le trouble de la parole est une sorte de chorée, un état convulsif, tandis que chez les syphilitiques paralysés, c'est un véritable affaiblissement de la contractilité des muscles linguaux, une glossoplégie. Enfin les syphilitiques deviennent promptement paraplégiques.

Il existe encore une distinction importante à faire au point de vue du traitement. Dans la paralysie générale commune, l'iodure de potassium seul peut être utile. Pour la paralysie générale des syphilitiques, il est nécessaire d'associer le mercure à l'iodure potassique. Or cette association est très mauvaise dans la paralysie générale simple.

Deux cas d'atrophie musculaire.

Deux malades, l'un atteint d'une atrophie musculaire consécutive à une arthrite, l'autre d'une paralysie atrophique localisée survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, ont fait le sujet de l'une des dernières conférences de M. Vulpian, à l'Hôtel-Dieu.

L'histoire du premier sera très courte, il ne s'agit que de faire ressortir quelques-uns des traits seulement de l'affection dont il est atteint. C'est un malade qui a eu une arthrite du genou. A la suite de l'irritation intense dont cette articulation a été le siège, les muscles de la région immédiatement supérieure au siège primitif de la maladie, les muscles de la cuisse se sont atrophiés. L'atrophie musculaire n'a pas été simple ici, elle s'est compliquée d'autres phénomènes d'ordre trophique, tels qu'un accroissement notable des poils, la coloration cyanosée de la peau. Rien ici du côté de la sensibilité. Ajoutons qu'avec l'atrophie musculaire, la contractilité est conservée, non pas sans doute dans toute sa puissance et dans son intégrité, mais elle n'est affaiblie qu'au prorata de la disparition des fibres musculaires. Toutes celles qui sont restées intactes jusqu'à présent, ont conservé leur propriété contractile ; ce qui paraîtrait indiquer que dans la portion des faisceaux antérieurs de la moelle qui est atteinte, il n'y a encore jusqu'à présent qu'un petit nombre de cellules nerveuses détruites ; toutes les autres ont conservé leur intégrité. C'est là un fait constant, — et c'est ce qui en fait l'intérêt, — dans les atrophies musculaires consécutives soit à une arthrite spontanée ou à une arthrite traumatique. Le fait a pu être reproduit d'ailleurs expérimentalement chez les animaux.

Le deuxième malade sur lequel M. Vulpian a appelé l'attention de son auditoire, est un jeune homme qui a eu récemment une fièvre typhoïde d'une intensité légère, mais qui se trouvait dans des conditions morales assez mauvaises. Sa fièvre, arrivée à son terme et le malade étant entré en convalescence dans les premiers jours de janvier, il fut pris de douleurs au bras, douleurs mal délimitées et qui ne paraissaient pas suivre un trajet nerveux très net. Quelques jours après il se plaignit d'une grande faiblesse dans le bras, il lui était impossible de l'élever. Lorsqu'il était couché sur le dos, le bras ne pouvait conserver l'attitude verticale qu'on lui imprimait, il retombait aussitôt. Il y avait atrophie et paralysie du deltoïde, du biceps, du long supinateur, des radiaux externes, et grand affaiblissement du triceps. Aucune altération, d'ailleurs, de la sensibilité, pas de modification dans la coloration et l'aspect de la peau, aucun trouble vaso-moteur. Les muscles étaient mous, leur contractilité était très diminuée mais non complètement perdue. Les muscles des avant-bras et de la main sont à l'état normal.

L'électrisation est sans effet sur le deltoïde, elle ne détermine que des contractions très faibles dans le biceps et le triceps. Quant aux muscles de l'avant-bras, ils conservent tous leur contractilité électrique, comme la contractilité volontaire.

Ce dernier cas est très intéressant en ce que les accidents de ce genre ne sont pas communs dans la convalescence de la fièvre typhoïde. L'atrophie musculaire, à la suite de la fièvre typhoïde, peut se produire de deux manières : par une altération directe du tissu musculaire sous l'influence du poison typhoïdique, auquel cas l'atrophie se montre, d'une manière générale, disséminée dans tout le système musculaire, ou bien par le fait d'une lésion médullaire partielle plus ou moins circonscrite. C'était le cas de ce malade. Il a dû se développer chez lui un petit foyer de myélite dans la région cervicale, avec destruction de quelques cellules qui, ayant perdu leur pouvoir d'innervation, ont entraîné la perte de la contractilité et l'altération de nutrition des muscles correspondants. L'état de ce jeune malade s'approche beaucoup de l'atrophie musculaire de l'enfance. Tout porte à présumer et à craindre que l'atrophie va devenir progressive, quoi qu'on fasse. Ce ne sera sans doute que dans un temps très éloigné s'il n'y a qu'un petit nombre de cellules détruites. Dans ce cas même, une régénération serait, à la rigueur, possible ; mais il se peut aussi que le mal soit irrémédiable. On a soumis ce malade à des séances répétées d'électrisation qui, jusqu'à présent, ne paraissent avoir produit aucun résultat. On les continuera néanmoins avec persévérance, comme le seul moyen possible de guérison.

Varices consécutives à une névralgie sciatique.

Le malade à la rétraction palmaire et à la névralgie sciatique gauche classique, dont il a été question dans la Revue clinique du 20 janvier 1883, a présenté depuis un phénomène morbide consécutif des plus curieux et des plus intéressants. Disons d'abord que sa rétraction palmaire double (des deux mains) est guérie. La main gauche, sauf la persistance d'une petite nodosité dans le centre de la région palmaire, est complètement guérie. A la main droite il ne reste plus qu'un peu de rétraction du médius. Quant à la sciatique qui a été traitée, comme on s'en souvient, par le salicylate de soude, l'iodure de potassium et les courants électriques continus, elle a également presque complètement disparu. Mais il est survenu, sur tout le membre inférieur gauche qui en avait été le siège, un très grand nombre de varices dont le volume s'est accru très rapidement depuis le premier jour où l'on s'en est aperçu. Le malade éprouve, en outre, dès qu'il est dans son lit, une chaleur vive avec rougeur et douleur dans tout le membre, au point qu'il ne peut même pas se coucher.

La relation ou tout au moins la coïncidence des varices avec des altérations nerveuses n'avait point complètement échappé à l'attention des observateurs. M. Terrier, dans un travail inséré dans la *Revue chirurgicale* (que, par parenthèse, nous regrettons de n'avoir pu retrouver), a signalé, paraît-il, la coïncidence des ulcères variqueux avec des signes d'altération nerveuse. Le même fait est consigné dans une thèse de 1877, de M. Séjournet, qui a constaté, chez des sujets atteints d'ulcères variqueux, des troubles

divers de sensibilité thermique, soit un retard de la perception de la chaleur ou du froid, soit l'abolition même de cette perception ou toute autre perversion : d'où il a été amené à conclure que l'ulcère variqueux est sous la dépendance de troubles trophiques.

C'est la première fois que M. Vulpian est témoin d'un pareil fait. Il se demande par quel mode d'influence une névralgie a pu devenir le point de départ d'un pareil développement de varices.

L'une des hypothèses que l'on pourrait mettre en avant pour expliquer ce fait, serait celle d'une influence nerveuse vaso-dilatatrice. Le nerf sciatique, comme on le sait, renferme des fibres nerveuses de toute sorte, des fibres motrices, des fibres sensitives, des fibres vaso-dilatatrices. Le fait s'expliquerait donc assez naturellement par une influence soit directe, soit réflexe sur les veines du membre, des troubles fonctionnels survenus dans le sciatique : influence qui aurait eu pour résultat la diminution du tonus vasculaire, et par suite la dilatation des veines. Quelque séduisante que puisse paraître cette théorie, M. Vulpian ne l'accepte pas pour l'interprétation du fait actuel. Les effets de la diminution du tonus vasculaire ne seraient que passagers et ne survivraient pas à la cause qui les a fait naître. Ce n'est pas le cas ici, puisque les effets continuent à s'accroître alors que la cause a cessé. D'ailleurs les varices ne sont pas une simple dilatation des parois veineuses, elles constituent une véritable maladie des veines, consistant en une altération, une lésion sub-inflammatoire de leur tunique moyenne, une véritable lésion trophique. Il faut donc qu'il y ait autre chose qu'une simple influence vaso-dilatatrice. C'est ce qu'il reste à chercher.

Réduction des hernies étranglées par les injections sous-cutanées de morphine.

M. le docteur Lombard (de Terrasson) nous transmet, sur ce sujet, la communication suivante :

« J'ai essayé le procédé du docteur Philippe pour la réduction des hernies étranglées : injections sous-cutanées de morphine au niveau de l'étranglement. Sur huit cas, j'ai obtenu six réussites. Le taxis et tous les moyens ordinaires avaient été employés sans succès et la kélotomie semblait la seule ressource. Deux fois la réduction a été impossible et les malades ont succombé n'ayant pas voulu tenter les chances de l'opération. Ce moyen est précieux, à la campagne surtout, où l'opération de la hernie étranglée est souvent repoussée par le malade et par la famille, où les aides font souvent défaut. L'injection, si elle échoue, n'est pas un obstacle à une intervention plus active et n'enlève aucune chance de réussite.

Appelé par un de mes confrères pour pratiquer l'opération à laquelle le malade était parfaitement décidé et pour laquelle tout était préparé, je proposai une injection de morphine ; j'en employai 2 centigrammes, et un quart d'heure après je réduisais facilement la tumeur ; elle était récente et de petit volume.

J'ai été quelquefois forcé d'attendre un peu plus longtemps et d'employer un taxis, non pas forcé, mais plus énergique.

Une autre fois, — et c'est le seul cas où l'efficacité de la méthode puisse paraître contestable, — l'injection de morphine suspendit les vomissements et le taxis ne put faire rentrer la hernie, l'opération ne pouvait être pratiquée que le lendemain. Avant d'y procéder, dix-huit heures après l'injection, un taxis vigoureux réduisit la tumeur. J'attribue à la morphine une certaine part dans cette heureuse terminaison ; d'autres pourront la contester, mais c'est le seul cas qui puisse servir de base à une discussion.

En résumé, j'ai employé huit fois la méthode du docteur Philippe ; j'ai réussi six fois, cinq au moins. Ces chiffres me paraissent avoir leur éloquence. »

REVUE DE LA PRESSE

Douleurs osseuses. — MM. Charrin et L. Guignard résument ainsi une étude sur la pathogénie de quelques douleurs osseuses :

Dans la tuberculose, dans le diabète et dans l'ostéomalacie surtout, on observe, au point de vue clinique, des douleurs osseuses ; souvent on voit coexister la phosphaturie. D'autre part l'étiologie, la chimie, l'expérimentation, nous montrent une tendance à l'accumulation des acides dans ces maladies. Il est permis de supposer que, dans ces états morbides différents, ce sont les acides qui attaquent le tissu osseux, ses nerfs et tous ses éléments, mettent les sels calcaires en dissolution et causent ainsi les douleurs et la phosphaturie. (*Arch. de méd.*)

Métrorragies névralgiques. — Les métrorragies survenant comme épiphénomènes de la névralgie lombo-abdominale sont admises aujourd'hui et comprises par la plupart des médecins. Il suffit d'établir nettement la relation entre les exacerbations de la névralgie et les retours hémorragiques, pour qu'il y ait indication à l'emploi de la teinture d'aconit, quelles que soient les lésions de l'utérus. Si on n'obtient pas un résultat durable lorsqu'il existe une lésion, on n'obtient pas moins une rémission fort avantageuse.

Pour arriver rapidement à supprimer l'hémorragie, il faut fractionner l'emploi de la teinture d'aconit de la façon suivante :

Tous les quarts d'heure, on prend une goutte de teinture dans une cuillerée à café d'eau pure, et cela pendant six heures consécutives, sans se préoccuper des repas. Le lendemain, si l'hémorragie utérine s'est modifiée très notablement, on prend la teinture de la même manière et aux mêmes doses. Si, au contraire, il n'y a eu aucune diminution, au lieu d'une goutte on en prend deux à la fois. Le maximum de la dose quotidienne habituellement nécessaire à l'arrêt de l'hémorragie ne dépasse jamais 45 à 50 gouttes. (*Revue méd. chir. des maladies des femmes.*)

Du paludisme congénital. — D'un mémoire sur cette question, M. le docteur Charles Leroux tire les conclusions suivantes :

1° Il est aujourd'hui impossible encore d'affirmer nettement l'existence d'un paludisme congénital et de fixer le rôle que peut jouer l'hérédité dans l'étiologie du paludisme infantile. Les observations ne sont encore ni assez nombreuses ni assez probantes.

2° Certains faits d'hypertrophie congénitale de la rate, trouvée chez des enfants nés de mères impaludées, alors que cette hypertrophie ne pouvait être rapportée à aucune autre cause et coïncidait même avec certaines lésions caractéristiques de la cachexie paludéenne, permettent de croire à l'existence probable d'un paludisme congénital et héréditaire.

3° Certains enfants paraissent apporter, en naissant, une prédisposition héréditaire telle qu'en dehors de tout empoisonnement venant du milieu, ils peuvent être pris, dans un temps très rapproché du moment de la naissance, d'accès fébriles intermittents, qui reproduisent quelquefois le type observé chez la mère.

L'hérédité suffit-elle à expliquer ces cas ? Nous avons justifié nos réserves sur ce point, et nous avons montré dans quel sens les nouvelles recherches doivent être entreprises ; l'observateur devra, autant que possible, élucider sur place quelle est l'influence exercée par la mère ou par le milieu.

4° En l'absence de tout empoisonnement paludéen acquis, bien évident, l'hypothèse de l'hérédité peut-elle expliquer le caractère intermittent de certaines affections et la puissance de la médica-

tion anti-périodique? C'est sur ce point que devront porter les investigations nouvelles. (*Revue de Médecine.*)

Balano-posthite des diabétiques. — M. le docteur Oscar Simon, attribuant la balano-posthite des diabétiques au développement de champignons microscopiques entre le gland et le prépuce, conseille aux sujets diabétiques comme mesure prophylactique, de faire après chaque miction des lotions avec de l'eau simple ou additionnée d'un peu d'acide phénique et de saupoudrer ensuite l'intérieur du sac préputial avec une poudre désinfectante composée de :

Oxyde de zinc.	25 grammes.
Amidon.	25 —
Acide salicylique.	1 —

Quant au traitement, il consistera surtout en soins de propreté, qui entraînent en même temps le parasite et le terrain dans lequel il prend racine, c'est-à-dire un mélange de glucose déposé par les urines et de matière sébacée accumulée en plus ou moins grande quantité entre le gland et le prépuce. (*Lyon médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 février 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Élongation des nerfs. — M. **POLAILLON** fait un rapport sur une observation communiquée par M. Mouchet (de Sens) et qui est relative à un cas de névralgie rebelle du trijumeau, avec tic douloureux, très sensiblement améliorée par l'élongation du nerf dentaire inférieur, faite par le procédé de la trépanation du maxillaire inférieur. Immédiatement après l'opération, on a constaté la cessation du tic et des douleurs. Mais celles-ci sont revenues quelque temps après, beaucoup moins intenses et dès lors très facilement calmées par les injections de morphine, ce qui n'avait pas lieu auparavant.

M. le rapporteur fait remarquer que c'est là un fait heureux, puisque l'élongation du nerf dentaire inférieur seul a suffi pour calmer des douleurs occupant toutes les branches du trijumeau. Il est vrai qu'il n'y a que quatre mois que l'opération a été pratiquée. Le malade a, pendant quelque temps, conservé une gêne de la déglutition et surtout de la mastication.

Expulsion spontanée d'un calcul vésical à travers la paroi urétro-vésicale. — M. **POLAILLON** fait un rapport sur une autre observation de M. Mouchet. Il s'agit d'une femme de soixante-douze ans, chez laquelle un médecin avait diagnostiqué un cancer du vagin et annoncé une mort prochaine. Cette femme souffrait beaucoup, surtout pendant l'urination; un jour elle perdit un peu de sang et, dans un violent effort d'expulsion, sentit, selon sa propre expression, « un os qui lui sortait du corps ». C'était un calcul pesant 140 grammes, mesurant 7 centimètres de long sur 5 de large, qui était sorti spontanément, en perforant la paroi de l'urètre et en laissant une fistule urètro-vaginale pour laquelle cette malade vint trouver M. Mouchet.

M. **VERNEUIL** fait observer qu'il serait intéressant de savoir ce qu'est devenue cette malade. Il a eu l'occasion d'observer deux cas de fistules urinaires causées par des calculs. Le premier se rapporte à une malade qu'il a opérée et guérie d'une fistule vésico-vaginale, il y a dix ans, à Lariboisière. Six ans après, elle se présenta de nouveau à lui, en lui disant que sa fistule était revenue. En l'examinant, M. Verneuil constata sur la paroi antérieure du vagin l'existence d'un corps dur. Au même niveau existait une fistule urétro-vaginale. M. Verneuil se proposait d'inciser l'urètre, quand le calcul fut expulsé spontanément, en laissant une fistule urétrale qu'il sutura à plusieurs reprises sans succès. Plusieurs opérations à lambeaux restèrent également sans résultat. Toute tentative ayant été reconnue inutile, cette femme repartit, n'ayant plus d'urètre.

Dans le second cas, il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale creusée par une aspérité d'un calcul; M. Verneuil agrandit la fistule, extrait un calcul gros comme un œuf de pigeon et cherche à faire, séance tenante, la suture. La vessie était tellement enflammée, revenue sur elle-même et inextensible, que deux tentatives opératoires échouèrent.

M. **BERGER** a également observé une perforation de la paroi vésico-vaginale par un calcul ayant pour centre un corps étranger, une épingle. C'était une malade chez laquelle Broca avait fait une taille urétrale avec un lithotome double; il retira un calcul qui s'était formé autour d'une épingle. Celle-ci, par son extrémité piquante, vint perforer le bas-fond de la vessie. Plusieurs années après, cette malade se présenta à M. Berger, en se plaignant d'une incontinence d'urine. Il constata, en effet, une fistule vésico-vaginale qu'il fut assez heureux pour guérir par une seule opération. Il attribue ce succès à ce qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une perforation accidentelle, c'est-à-dire déterminée par l'instrument tranchant et non d'une perforation spontanée, comme dans les cas que vient de communiquer M. Verneuil.

Maladie kystique du testicule. — M. **CHAUVEL** lit un rapport sur une observation de M. le docteur Richon, médecin militaire à Belfort, relative à un cas de myxome kystique du testicule droit chez un jeune soldat de vingt-deux ans. Existence préalable d'une tumeur, transformation kystique sous l'influence d'un traumatisme, castration. Examen macroscopique : néoplasme limité au testicule et à l'épididyme, compliquée de kystes multiples. Examen histologique : tumeur formée par du tissu myxomateux avec kystes ou maladie kystique (de Cooper).

Bien que l'opération date de deux ans, M. le rapporteur émet quelques doutes sur la bénignité de cette affection.

M. **RICHELOT** s'associe d'autant plus à ces réserves que, depuis Curling, on a perdu la trace de la maladie kystique bénigne du testicule. M. Terrier a communiqué un fait analogue qui semblait être un exemple de cette maladie kystique bénigne; M. Malassez a examiné la pièce et a déclaré qu'il s'agissait d'un épithélioma myxoïde. Le malade est mort de généralisation viscérale. Il faut donc faire de fortes réserves sur la prétendue bénignité de cette maladie kystique du testicule.

M. **DESPRÈS**, qui a récemment fait des recherches sur ce sujet pour l'ouvrage de Nélaton, a pu constater que presque tous les cas de maladie kystique du testicule qui ont pu être suivis se sont comportés comme du cancer. Qu'il y eût du cartilage, du myxome ou de l'épithéliome, il y avait toujours récidive. Toutefois il y a aussi des exemples dans lesquels il n'y a pas eu de récidive. C'est pourquoi M. Desprès admet deux variétés de maladie kystique : l'une, celle dont il vient de parler, qu'il place dans le cancer; l'autre, dans laquelle on ne trouve, avec les kystes, qu'un stroma purement fibreux, et qu'il appelle tumeur adénoïde du testicule, que d'autres ont appelée tumeur hypertrophique, etc. Il n'a trouvé que quatre cas de ce genre, dont l'un appartient à Velpeau, un autre à Trélat, etc.

M. **TILLAUX** rappelle avoir communiqué un fait de ce genre il y a vingt ans. L'aspect extérieur de la tumeur et l'examen microscopique pratiqué par M. Sappey avaient fait croire à l'existence d'une maladie kystique bénigne du testicule. Le malade est mort de généralisation à l'Hôtel-Dieu. Maurice Raynaud, qui en a fait l'autopsie, a trouvé une généralisation cancéreuse dans la plèvre.

M. **PONCET** (de Cluny) n'admet pas la classification de M. Desprès. On ne saurait, en effet, prendre ici pour point de départ d'une classification le kyste, qui n'est qu'un accident, qu'un épiphénomène venant se greffer sur un enchondrome, un sarcome, un épithéliome ou un myxome. Il en est de même pour toutes les glandes.

M. **RICHELOT** fait observer que, dans le cas de MM. Terrier et Malassez, il n'y avait en réalité que des kystes, ce qui n'a pas empêché que la tumeur a récidivé et qu'il s'agissait d'un épithélioma kystique.

M. TRÉLAT, depuis trente ans, n'a rencontré que deux fois des tumeurs kystiques du testicule. Il accepte la division de M. Poncet. Dans presque tous les cas, en effet, les kystes ne sont qu'un épiphénomène. Dans son premier cas, il s'agissait d'un enchondrome avec kystes; dans son second, d'un épithélioma également avec kystes. Il est maintenant des cas, comme celui auquel vient de faire allusion M. Richelot, dans lesquels le stroma de la tumeur est, pour ainsi dire, insignifiant, et où l'on ne voit que des kystes contenant de petites masses perlées épithéliales; ce sont ces masses mêmes qui constituent la nature maligne de la tumeur.

M. DESPRÈS fait remarquer que dans un travail dogmatique on est tenu de tenir compte des dénominations qui existent depuis un certain temps dans la science. C'est pourquoi il croit devoir conserver le nom des maladies kystiques du testicule et maintenir la division qu'il a donnée, car il existe quelques rares exemples de cette maladie sans récidive. Il faut aussi, dans ces quelques cas exceptionnels, tenir compte de la marche qui a été extrêmement lente.

Relation de la syphilis et du rachitisme. — M. LANNELONGUE fait une communication sur ce sujet, à l'occasion de l'observation suivante :

Il y a dix jours, il reçoit, dans son service, un enfant de trois ans et demi, manifestement rachitique et présentant un état aigu auquel il a succombé dans l'espace de trois jours. Pendant ce temps, il avait pu se procurer les renseignements suivants sur les parents : la mère, étant jeune fille, avait été victime de violences de la part d'un de ses parents, qui lui avait communiqué la syphilis. Elle se maria à vingt ans et eut ce premier enfant deux ans après son mariage. Le père n'a jamais eu la syphilis. Pendant sa grossesse, la mère n'a pas eu d'accidents. Quelques jours après sa naissance, l'enfant eut une éruption non traitée, qui persista quelque temps, puis disparut. Ensuite il eut un coryza nasal qui dura cinq à six mois. A quatorze mois, sa mère reconnut l'existence de nouures sur ses membres et particulièrement sur le bras droit. Au moment où M. Lannelongue l'examina, cet enfant présentait un rachitisme très intense. Il succomba à une pneumonie partielle.

A l'autopsie, les poumons présentaient des noyaux d'hépatisation grise disséminée; les ganglions bronchiques étaient le siège de matières caséeuses jaunâtres caractéristiques. Le foie était atrophié, offrait un état scléreux ; la capsule de Glisson était épaissie. Du côté du squelette, toutes les lésions du rachitisme le plus accentué.

En résumé, enfant de mère syphilitique, présentant à la naissance des accidents syphilitiques et plus tard du rachitisme. Quelle relation y a-t-il entre les deux affections?

A l'occasion de ce fait, M. Lannelongue résume en quelques mots l'histoire de la syphilis infantile; il rappelle les faits de Valleix, de Ranvier, de Guéniot, de Wagner, de Parrot, etc. Il insiste particulièrement sur l'opinion émise par M. Parrot, relativement aux relations de la syphilis et du rachitisme. Il fait observer qu'il existe déjà un assez grand nombre d'observations qui semblent démontrer l'existence de cette relation et qui font que l'opinion de M. Parrot prend chaque jour plus de corps. Le fait que vient de communiquer M. Lannelongue en est un de plus à l'appui de cette opinion.

La question de la relation du rachitisme avec la syphilis mérite donc d'être posée. C'est aux faits qu'il appartient de la résoudre.

Kyste hydatique de la prostate. — M. TILLAUX a récemment observé un fait rare : Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, qui entre dans son service pour une rétention complète d'urine compliquée de douleurs très vives dans le sacrum, les reins et la partie inférieure de la colonne vertébrale, si bien qu'il pensa un instant avoir affaire à une affection de la moelle. Le toucher rectal lui fit constater une prostate extrêmement volumineuse, formant une tumeur régulière, lisse, résistante, fluctuante. Il s'agissait donc d'une collection liquide de la prostate. En raison de l'état général du malade et d'une cicatrice d'abcès froid dans le flanc droit, M. Tillaux pensa qu'il pouvait être question d'un abcès froid de la prostate. Après quelques jours d'observation, il crut devoir intervenir et ouvrit largement la tumeur. Il sortit un liquide teinté par le sang. Trois jours après, le malade rendit une hydatide et, les jours suivants, environ une trentaine de poches hydatiques. Il s'agissait donc d'un kyste hydatique de la prostate. Le malade eut une très légère poussée de péritonite, mais il fut aussitôt débarrassé de ses douleurs, de la rétention d'urine et sortit peu de temps après complètement guéri.

M. NICAISE communiquera prochainement, de la part de M. le docteur Millet, un cas de kyste hydatique de la région prostatique. Ayant vu le malade, M. Nicaise pensa à une tumeur kystique de la région prostatique, et conseilla à M. Millet de pratiquer une ponction. Celle-ci fut faite et donna issue à 700 grammes d'un liquide clair, dans lequel M. Millet put constater la présence de crochets.

MM. MARCHAND, LANNELONGUE et **PÉRIER** émettent quelques doutes sur le siège précis de la tumeur observée par M. Tillaux. Était-ce bien la prostate elle-même ou un point du plancher du bassin, voisin à la fois de la prostate et du rectum?

M. TILLAUX n'a jamais mis en doute que c'était le lobe droit de la prostate qui était le siège de la tumeur.

M. MARC SÉE demande à M. Tillaux s'il a pris, après l'opération, quelques précautions pour empêcher la pénétration des matières fécales dans cette poche qu'il avait largement ouverte.

M. TILLAUX n'a intentionnellement pris aucune précaution et a laissé les tissus se réunir d'eux-mêmes.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Le service de santé de l'armée allemande (1).

Ce service est dirigé, en Prusse et en Bavière, par un médecin-major général, ayant rang de général de brigade (2); en Saxe et en Wurtemberg, par un médecin général de première classe (rang de colonel). Chacun de ces médecins généraux est en même temps le chef de la direction du service de santé, qui fait partie intégrante du ministère de la guerre en Prusse, en Bavière et en Wurtemberg, et relève de ce ministère en Saxe, mais sans y être englobée.

Médecins militaires.

Chaque corps d'armée est pourvu d'un médecin général, chef du service de santé. Le plus ancien des médecins-majors supérieurs en garnison au quartier général de la division, remplit les fonctions de médecin de division. Le service des hôpitaux est fait par les médecins des corps de troupe.

L'effectif budgétaire du corps de santé en 1882-1883 comprend, pour toute l'Allemagne, 1,698 médecins, savoir :

2 médecins-majors généraux (généraux majors);

9 médecins généraux de première classe (colonels);

12 médecins généraux de deuxième classe (lieutenants-colonels);

167 médecins-majors supérieurs de première classe (majors);

166 médecins-majors supérieurs de deuxième classe (capitaines de première classe);

479 médecins-majors, classe unique (capitaines de deuxième classe);

332 médecins aides-majors de première classe (premiers lieutenants);

531 médecins aides-majors de deuxième classe (seconds lieutenants).

On assimile aux enseignes porte-épée : 1° les médecins sous-aides qui peuvent remplir les emplois vacants d'aides-majors;

(1) Extrait de la *Revue militaire de l'étranger*. — État-major général du ministre de la guerre.

(2) Le médecin-major général prussien actuellement en fonction, a, à titre personnel, le rang de général-lieutenant.

2° les médecins volontaires d'un an qui ont servi six mois dans le rang.

Pharmaciens militaires.

En temps de paix, l'Allemagne entretient un pharmacien par corps d'armée et un pharmacien supérieur au ministère de la guerre de Berlin, soit, en tout, 19 pharmaciens classés comme employés militaires et non assimilés. Mentionnons encore l'existence, dans les hôpitaux bavarois, de 4 pharmaciens dont l'emploi est appelé à disparaître par suite de réorganisation. Le service pharmaceutique est exécuté dans les hôpitaux, sous la surveillance du médecin en chef, par des médecins aides-majors, des volontaires d'un an pharmaciens et, au besoin, par des aides de Lazaret.

Personnel sanitaire inférieur.

Ce personnel comprend : 1° les aides de Lazaret (Lazaret Gehülfe); 2° les infirmiers militaires (Krankenvoerter); 3° les infirmiers civils.

Les aides de Lazaret sont répartis généralement dans les corps de troupe à raison d'un par compagnie, escadron et batterie ; ils sont choisis parmi les soldats ayant au moins six mois de service, et ne sont nommés qu'après avoir fait un stage plus ou moins long dans l'hôpital de leur garnison. Ils sont divisés en trois classes correspondant aux grades de *gefreits,* de sous-officier et de sergent; ils peuvent se rengager et font leur service auprès de leur corps de troupe ou bien dans l'hôpital de la garnison.

La Bavière entretient deux compagnies sanitaires, dont les 430 soldats font le service d'infirmiers de visite et d'exploitation dans les hôpitaux. Le nombre total des aides de Lazaret allemands, y compris les compagnies sanitaires bavaroises, est de 3,532.

Le chiffre des infirmiers civils des hôpitaux militaires est fixé à 458 par le budget de 1882-1883, qui prévoit aussi l'entretien d'auxiliaires civils, hommes ou femmes, de cuisinières, etc.

Les infirmiers militaires (Krankenvoerter), puisés dans le contingent à raison de 20 par an et par corps d'armée, coopèrent à l'exploitation des établissements du temps de paix, et fournissent une réserve d'infirmiers pour le temps de guerre ; ils ne font, en général, qu'une année de service, deux au maximum. Les régiments d'infanterie détachent aussi dans les hôpitaux quelques élèves infirmiers, qui bénéficient du renvoi anticipé dans les foyers.

Personnel administratif des hôpitaux.

Les grands hôpitaux seuls ont un personnel administratif spécial, recruté parmi les sous-officiers ayant au moins huit années de service. Ce personnel comprend 191 employés militaires, savoir :

47 inspecteurs supérieurs de Lazaret ; — 32 inspecteurs d'administration de Lazaret; — 112 inspecteurs de Lazaret.

La comptabilité des petits hôpitaux est tenue par des sous-officiers détachés des corps de troupe.

Le personnel administratif des hôpitaux relève des intendants de corps d'armée, mais est placé sous la direction des médecins en chef de chacun des établissements.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Circulaire.

LE MINISTRE DE LA GUERRE

A MM. les Gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, les généraux commandant les corps d'armée.

Paris, le 29 janvier 1883.

AU SUJET DES PROPOSITIONS POUR LES EAUX THERMALES.

MON CHER GÉNÉRAL,

Des doutes s'étant élevés sur l'interprétation à donner à l'article 11 de l'instruction du 7 novembre 1882, en ce qui concerne l'envoi des militaires malades dans les hôpitaux thermaux, j'ai arrêté les dispositions suivantes :

Le directeur du service de santé provoque chaque année, du général commandant le corps d'armée, des ordres pour que les militaires susceptibles de faire usage des eaux thermales soient visités aux époques du 1er mars et du 1er mai pour les saisons d'été des différents établissements, et du 1er octobre et 1er décembre pour les saisons d'hiver d'Amélie-les-Bains.

Les certificats individuels établis dans chaque corps de troupes dans chaque hôpital militaire et dans chaque hospice civil sont transmis au général commandant la subdivision, qui fait établir un état récapitulatif des propositions.

Les généraux commandant les subdivisions adressent ces états récapitulatifs au médecin-directeur, qui, de son côté, établit un état général numérique des places demandées dans la région, et les soumet à l'approbation du ministre par l'intermédiaire du général commandant le corps d'armée.

Aussitôt qu'il a reçu notification de la décision ministérielle, le médecin-directeur procède à la répartition des places accordées et notifie cette répartition aux généraux commandant la subdivision.

En ce qui concerne les saisons militaires d'Amélie-les-Bains, chaque médecin-directeur adresse l'état général numérique, par l'intermédiaire du général commandant le corps d'armée, au directeur du service de santé du 16e corps, qui est chargé de la répartition des places entre les corps d'armée.

Dans chaque corps d'armée, la sous-répartition des places se fait d'après les règles posées ci-dessus.

Les anciens militaires et marins, auxquels la loi du 12 juillet 1873 accorde l'autorisation de faire usage des eaux thermales dans les établissements militaires et autres, après constatation de leurs blessures ou infirmités, doivent faire parvenir, avant le 15 février, pour les premières saisons, et avant le 15 avril pour les dernières, au général commandant la subdivision territoriale dans la circonscription de laquelle ils sont domiciliés, leurs demandes accompagnées des pièces visées par l'instruction ministérielle du 28 janvier 1874.

Ces anciens militaires, après avoir été visités et contre-visités devant la Commission spéciale de réforme, qui, dans le cas où un homme ne pourrait être remplacé sans inconvénients, est autorisée à se prononcer sur le vu des pièces, sont compris par les généraux commandant les subdivisions sur un état récapitulatif spécial appuyé de tous les dossiers individuels, qu'ils adressent au directeur du service de santé du corps d'armée pour m'être transmis dans les conditions réglementaires, par l'intermédiaire du général commandant.

Je vous prie de vouloir bien prescrire les mesures nécessaires ponr assurer l'exécution de ces dispositions.

Le ministre de la guerre,
BILLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 janvier 1883, MM. les docteurs Caron, Labat, Parrade, Longevial, Berguien, Lévêque, Boyé, Coudrin, Muselli et Bontems ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve. (Emplois vacants par organisation.)

— Par décret, en date du 29 janvier 1883, M. Lecohier, vétérinaire en deuxième au 1er escadron du train des équipages militaires, est promu au grade de vétérinaire en premier, en remplacement de M. Monceaux, retraité, et est affecté au 5e d'artillerie.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Cuvellier est nommé préparateur de chimie, de pharmacie et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Gâte, dont le temps d'exercice est expiré.

— Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. le professeur Brouardel

a rendu compte du décès d'un ouvrier des Halles centrales par suite d'une infection analogue à celle qui succède aux piqûres anatomiques. Cet homme avait à la main droite une plaie qui a été en contact avec une plaie putréfiée. Le Conseil d'hygiène a rédigé, il y a six mois, une instruction recommandant aux ouvriers qui manipulent les viandes, les peaux, etc., « de donner la plus grande attention aux enflures, démangeaisons persistantes et œdèmes, etc., de se rendre sans retard chez un médecin qu'ils informeront de la nature de leur profession ». Cet avis affiché aux Halles centrales et dans une foule d'ateliers devrait être plus suivi.

Tout récemment, un inspecteur de la boucherie de Paris, atteint de la même intoxication, a dû son salut à une prompte et énergique médication (traitement Davaine).

Dans la même séance, le Conseil a décidé le renvoi à une commission composée de MM. Brouardel, Léon Colin, baron Larrey, Lagneau et Dujardin-Beaumetz, de tous les documents recueillis pendant l'enquête sur l'épidémie typhoïde.

— La douzième séance publique de la Société protectrice de l'enfance aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue Sorbonne, 15, le 11 février 1883, à deux heures précises.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel pratique des maladies de l'oreille, par le docteur GUERDER. 1 vol. in-18°, cartonné diamant, de 320 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches sur l'épithéliome calcifié des glandes sébacées, contribution à l'étude des tumeurs ossiformes de la peau; par le docteur A. MALHERBE, professeur à l'école de médecine de Nantes. In-8° de 125 pages, avec 5 planches hors texte contenant 24 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Leçons sur les maladies mentales, par le professeur B. BALL. 3e fascicule : *Des causes de la folie*. In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Bulletins de la Société anatomique de Nantes, recueillis par le docteur A. MALHERBE. Quatrième année, 1880. In-8° de 118 pages, avec une planche hors texte contenant 5 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Pars. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14050.

13

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorragies* (*hémoptysies*) *métrorragies*, *ménorragies*, *etc.*), des *flux muqueux*, tel que les *leucorrhées*, *les diarrhées imples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.

Phie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, Paris.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÉVRES, CHLOROSE, ANÉMIE, et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

721

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

11

Liqueur des Dames

A BASE D'ANÉMONINE

Retirée de l'Anémone Puls, vulgairement appelée « Fleur des Dames ».

(*Off. de Dorvault*, xe édit., p. 252.)

Très efficace dans les cas d'AMÉNORRH et de DYSMÉNORRHÉE.

FACILITE L'ACCOUCHEMENT

MM. les docteurs qui voudraient bien faire l'essai de cette Préparation et constater ses excellents résultats, sont priés d'écrire au préparateur, M. Enjolras, pharmacien, 16, cours de Brosses, à Lyon, *qui se fera un plaisir de leur en envoyer gratis un ou deux flacons à titre d'expérimentation.*

75

Préparations iodo-créosotées

et créosotées de B. Bain : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

123

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

70

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs*, *aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte. Blancard

40, *rue Bonaparte.*

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

28

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge. Rigollot

73

Quassine Frémint

Pilules contenant chacune 2 centigrammes de **quassine amorphe**.

TONIQUE AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF.

A donné d'excellents résultats contre *anorexie*, *dyspepsie atonique*, *débilité générale*, *vomissements spasmodiques*, *irrégularité des fonctions digestives*, *constipation*, etc.

Doses : de 1 à 3 pilules avant les deux principaux repas.

Le flacon, 3f. — 18, r. d'Assas, Paris, et les phies.

8

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

80

Darbo 86, PASSAGE CHOISEUL, PARIS.

MEDECINE, *chirurgie* (appareils en ts genres).
CAOUTCHOUC (Emploi général du).
CEINTURES, *corsets* sans baleines, pr dames.
ALLAITEMENT artificiel et tous articles pour dames en couches, les nourrices, les bébés.

65

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

134

Goutte, Gravelle

RHUMATISMES CHRONIQUES.

(Diathèse urique)

PILULES H. ROYER

au tartrate de potasse et de lithine.

Le plus soluble des sels de lithine.

Une pilule contenant 10 centigr. de sel pur sature plus de 40 centigr. d'acide urique.

Vente par flacon de 100 dans toutes les phies.

Gros : phie Royer, cours Morand, 40, Lyon.

139

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissemen du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : Lebeault, Mayet et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

17

Quina Anti Diabétique **Rocher**

Préparation spéciale contre le DIABÈTE

A base de GLYCÉRINE

redistillée et chimiquement pure.

Les expériences faites sur des Malades ont donné de très-beaux résultats.

M. Rocher met à la disposition de MM. les Médecins des Flacons d'échantillons qu'il envoie *gratis*, à titre d'expérimentation, sur demande adressée à la Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée, à Paris. — Flacon : **3 fr. 50.**

76

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. Fournier.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — Prix : 3 francs.

133

Quina-Laroche phosphaté

Les propriétés des phosphates associées à celles du quinquina, sont remarquables pour *développer l'appétit* et augmenter la *nutrition* du *système osseux et musculaire*, pendant la grossesse des femmes délicates et l'allaitement des enfants. J. Laroche

Paris, 22, rue Drouot.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: QUATRE francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

120

Eau Minérale de Bussang

Gazeuse Naturelle

Souveraine contre la CHLOROSE, l'ANÉMIE et les maladies de l'ESTOMAC, des REINS et de la VESSIE. — RECONSTITUANTE.

Indiquée dans toutes les convalescences

On l'emploie à jeun ou aux repas, coupée avec le vin, ou mélangée à des sirops rafraîchissants.

Chez les Mds d'*Eaux minérales* et bonnes Phies.

102

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique ; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très utile « pour empêcher le retour des fièvres intermit- « tentes sujettes à récidive. — Bouchardat. »

Paris, Pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

10

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

Sirop MINERAL SULFUREUX **Crosnier**

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

117

Maladies de poitrine, GUÉRISON

par les **Sirops d'Hypophosphite de Soude ou de Chaux**, du Dr Churchill.

Nombreuses attestations médicales.

Prix : 4 fr. le flacon, avec instruction.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

97

Pelletiérine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Paris, phie Tanret, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 18. — MARDI 13 FÉVRIER 1883. 56e ANNÉE. MARDI 13 FÉVRIER 1883. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Pitié. Épithélioma du rectum. — Hôtel-Dieu d'Orléans. Traitement de la fièvre typhoïde. — Clinique des Départements. Troubles nerveux consécutifs à une fracture du crâne. — Société de Biologie. — Société médicale des Hôpitaux. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Épithélioma du rectum.

Nous allons pratiquer aujourd'hui une opération longue, laborieuse et assez grave; il s'agit de faire à un de nos malades l'extirpation complète de l'extrémité inférieure du rectum.

Cet homme est entré dans nos salles avec une ulcération suspecte, facilement appréciable par le toucher. Le doigt introduit dans le rectum sent, en effet, non pas une tumeur, mais une induration inégale qui occupe toute la région anale, sur une longueur de 5 centimètres environ entre l'anneau et l'ampoule rectale. Au-dessous et au-dessus la muqueuse est saine. Ce n'est pas ainsi que se présente ordinairement l'épithélioma du rectum, et c'est la première fois que je vois cette disposition en nappe remplacer la tumeur habituelle. Aussi m'étais-je demandé si je n'étais pas en présence de quelque affection syphilitique du rectum. Mais le traitement antisyphilitique institué dès son arrivée dans les salles, suppositoires et médication interne, n'ayant absolument rien produit, je vais avoir recours, dans quelques instants, à l'ablation, comme dans le cas d'épithélioma ordinaire. Du reste, afin que le diagnostic ne puisse nous laisser aucun doute sur la nature du mal, nous avons fait faire une étude histologique d'un fragment de la néoplasie. Cet examen a pleinement confirmé notre diagnostic.

L'opération est donc absolument indiquée; mais à quel procédé aurons-nous recours? L'exérèse non sanglante a fait faire à la médecine opératoire du rectum des progrès considérables. Autrefois on opérait avec le bistouri, et Lisfranc, qui procédait à cet égard avec une très grande habileté, reconnaissait, tout le premier, que cette opération entraînait avec elle une perte de sang considérable. Un peu plus tard Maisonneuve, pour éviter toute hémorragie, imagina d'employer la ligature multiple, au moyen d'une aiguille assez semblable à celle de Reverdin, en passant une dizaine de fils doubles qui constituaient une série d'anses. Là, nouveaux dangers et surtout des douleurs atroces. Mais, grâce à l'écraseur linéaire de Chassaignac, l'extirpation du rectum entra bientôt dans une phase nouvelle. Chassaignac procédait ainsi : s'il s'agissait, par exemple, d'une tumeur latérale du rectum, il faisait passer un premier trait de la chaîne sur la ligne médiane en arrière, puis un second trait sur la ligne médiane également, mais en avant; un troisième était dirigé horizontalement pour séparer l'insertion supérieure de la tumeur de l'intestin; enfin, par un quatrième et dernier trait de chaîne, il isolait la tumeur des parties molles de la fosse ischio-rectale. Un peu plus tard, faisant subir quelques modifications à son procédé, il allait décoller, avec un instrument tranchant, l'extrémité du rectum, et l'attirait en bas en le détachant des insertions latérales; après quoi, reprenant l'écraseur, il coupait transversalement d'un trait pour finir l'opération.

Denonvilliers a modifié aussi la méthode de Chassaignac; il faisait une incision sur la ligne médiane, c'est-à-dire là où l'on a généralement très peu de sang; il disséquait ensuite à droite et à gauche, ce qui facilitait la manœuvre. Mais comme, tout en étant un excellent opérateur, il n'aimait pas les instruments nouveaux, il repoussait la chaîne à écrasement pour le bistouri; de là aussi des pertes de sang encore considérables.

Enfin, dans une période relativement récente, est apparu le galvano-cautère, remplacé ensuite par le thermo-cautère. C'est alors que j'ai combiné, pour l'extirpation du rectum qui nous occupe, l'emploi de l'écraseur avec celui du galvano ou mieux du thermo-cautère.

Et, comme il est assez difficile de décoller les tissus avec l'écraseur, je me sers, à cet effet, du thermo-cautère avec lequel je dissèque et décolle beaucoup mieux. Toutefois, autant j'ai grande confiance dans cet instrument pour faire mes dissections latérales, autant j'en ai peu pour aller sectionner le rectum là où les vaisseaux ont un volume considérable, surtout en cas de néoplasme. Toute lésion d'un de ces vaisseaux donnerait lieu inévitablement à une hémorragie intense; or ce qu'il faut à tout prix, et je ne saurais trop insister là-dessus, c'est surtout de faire une section exsangue dans la profondeur. Voilà pourquoi j'emploie alternativement les deux instruments.

Je taille donc un lambeau courbe dans la région coccygienne, comprenant la peau, le tissu graisseux, etc., jusqu'au rectum, ce qui me donne à la fois jour et aisance; puis, je dissèque la circonférence du rectum avec le thermo-cautère et je pénètre, sans trop raser les parois du rectum, pour éviter de toucher les artères; le rectum étant ainsi décollé, détaché, j'en pratique la section en haut. Autrefois je faisais, avec la chaîne de l'écraseur, cette section en deux fois; mais je n'en étais pas très satisfait : aussi ai-je

recours, depuis un certain temps déjà, à un autre procédé, à un vieux moyen d'exérèse, c'est-à-dire la ligature multiple, non pas celle de Maisonneuve, dont je parlais tout à l'heure, mais une ligature portant exclusivement sur la paroi rectale et pratiquée avec les aiguilles de Deschamps et un fil surtout très solide.

Une fois donc le rectum décollé, je le fends sur la ligne médiane pour bien voir jusqu'où s'étend le néoplasme, puis je l'attire à moi avec une aiguille de Deschamps; j'en prends 2 centimètres, je fais une ligature aussi solide que possible, et je sectionne avec le thermo-cautère; je prends un autre segment sur lequel j'agis de la même façon, et ainsi de suite, en suivant avec soin les sinuosités du mal de façon à être certain de n'en laisser aucune trace.

Ces ligatures, appliquées ainsi dans la profondeur, ne sont nullement douloureuses; ce n'est pas du tout comme celles de Maisonneuve qui, comprimant la peau, donnaient lieu à des douleurs réellement intolérables.

Le procédé auquel je me rattache a donc pour effet de permettre de faire une extirpation complète de la portion malade du rectum et de pratiquer une opération presque exsangue. C'est à la fois un procédé très efficace et bénin, puisque l'on n'a pas d'hémorragie à redouter, et de plus qui se trouve pour ainsi dire réglé à l'avance, sans qu'il donne généralement lieu à aucun incident; enfin, qui est accessible à tous les chirurgiens.

Comme traitement consécutif, il n'y en a pas; je ne place aucun corps étranger dans la plaie, j'emploie seulement les pulvérisations antiseptiques qui me donnent d'excellents résultats. Je dis qu'il n'y a pas de traitement consécutif, car si vous voulez que votre opération soit suivie plus tard de rétrécissement, vous n'avez qu'à placer dans la plaie un corps étranger et vous êtes certain de voir la plaie s'enflammer, du tissu inodulaire se produire, d'où rétractions intenses et rétrécissement, sans compter tous les accidents que ladite inflammation peut déterminer et la mort qui peut s'ensuivre.

Mais, direz-vous, l'extirpation d'une partie du rectum n'entraînera-t-elle pas toujours un certain degré de rétrécissement? Oui, cela est vrai, et c'est même pour cela que j'ai la précaution de tailler dans la région coccygienne le lambeau dont je vous parlais tout à l'heure, lambeau grâce auquel j'arrive à prévenir, tout au moins en partie, le rétrécissement, lambeau enfin dont la concavité saignante se soudera à la paroi postérieure du rectum, établissant ainsi une sorte de commissure préventive.

HOTEL-DIEU D'ORLÉANS. — M. VERDUREAU.

Traitement de la fièvre typhoïde.

La discussion récente, qui s'est engagée à l'Académie de médecine sur l'efficacité des différentes méthodes de traitement de la fièvre typhoïde, a jeté quelque trouble dans le monde médical. Pour mon compte, j'ai été étonné, en consultant la statistique de notre honorable confrère M. le docteur Glénard, statistique si rassurante en Allemagne et à Lyon, si effrayante partout ailleurs, d'apprendre qu'il n'y avait de salut pour nos malades typhoïdiques que dans l'application de la méthode allemande. J'ai pensé que, pour éclairer l'enquête scientifique qui va nécessairement s'ouvrir, il était du devoir de chaque médecin hospitalier de publier les résultats de sa pratique nosocomiale.

Je vous adresse cet exposé, copié sur les états dressés et imprimés, chaque année, par les soins de la Commission administrative de nos hospices, sur le relevé des bulletins fournis par les chefs de service.

MILITAIRES TRAITÉS A L'HÔTEL-DIEU D'ORLÉANS PAR LES MÉDECINS CIVILS.

ANNÉES.	MALADIES.		GUÉRISONS.	DÉCÈS.
1875.	Fièvre continue	45 cas.	44	1
	Fièvre typhoïde	26 —	19	7
1876.	Fièvre continue	14 —	13	1
1877.	Fièvre continue	12 —	12	»
	Fièvre typhoïde	17 —	15	2
1878.	Fièvre continue	13 —	13	»
	Fièvre typhoïde	21 —	15	6
1879.	Fièvre continue	23 —	23	»
	Fièvre typhoïde	31 —	25	6
1880.	Fièvre continue	21 —	21	»
	Fièvre typhoïde	23 —	17	6
1881.	Fièvre continue	10 —	10	»
	Fièvre typhoïde	45 —	39	6
	TOTAUX.	301 cas.	266	35

Mortalité : 11,62 p. 100.

CIVILS (HOMMES).

ANNÉES.	MALADIES.		GUÉRISONS.	DÉCÈS.
1875.	Fièvre continue	2 cas.	2	»
	Fièvre typhoïde	15 —	13	2
1876.	Fièvre continue	11 —	11	»
	Fièvre typhoïde	16 —	12	4
1877.	Fièvre continue	6 —	6	»
	Fièvre typhoïde	20 —	16	4
1878.	Fièvre continue	13 —	13	»
	Fièvre typhoïde	23 —	21	2
1879.	Fièvre continue	» —	»	»
	Fièvre typhoïde	44 —	37	7
1880.	Fièvre continue	16 —	16	»
	Fièvre typhoïde	18 —	17	1
1881.	Fièvre continue	12 —	12	»
	Fièvre typhoïde	21 —	21	»
1882.	Fièvre continue	4 —	4	»
	Fièvre typhoïde	26 —	22	4
	TOTAUX.	247 cas.	223	24

Mortalité : 9,71 p. 100.

Je dois d'abord donner l'explication du mot : *fièvre continue,* consigné dans nos bulletins, expression conventionnelle, adoptée le plus souvent par nos confrères civils et militaires qui nous adressent leurs typhoïdiques. Ils évitent d'effrayer le porteur du bulletin. C'est obéissant au même sentiment d'humanité qu'ils nous envoient, sous le nom de *bronchite chronique,* des jeunes sujets atteints de tuberculose pulmonaire. C'est là un langage compris de part et d'autre, et qui évite des angoisses aux malades et à leurs familles. J'ai suivi tous les malades compris dans la statistique ci-dessus, en qualité de médecin adjoint en 1875, et de chef de service, les années consécutives. J'ai conservé le diagnostic de fièvre continue pour tous les malades qui ont eu une fièvre typhoïde bénigne, mais dont l'évolution a duré

de vingt-cinq à trente jours. J'ai rejeté dans la catégorie des embarras gastriques ou fièvre inflammatoire tous les cas qui n'ont pas évolué et n'ont été qu'ébauchés. Je m'étonne que M. le docteur Glénard ait refusé à M. le professeur Colin le droit de réunir dans un même groupe les fièvres typhoïdes et les fièvres continues ayant duré de vingt à trente jours. Il s'agit bien d'une seule et même maladie, ne variant que par la gravité des symptômes et des lésions anatomiques. La statistique ci-dessus indique deux décès survenus chez des militaires atteints de fièvre typhoïde bénigne désignée au tableau sous le nom de fièvre continue. Ces deux hommes ont succombé, le premier à la suite d'une pneumonie simple, et le second à la suite d'une pneumonie tuberculeuse; dans les deux cas, vers le vingtième jour, au seuil de la convalescence. Chez les deux, la nécropsie a montré des plaques de Peyer et des follicules rouges, tuméfiés et quelques-uns légèrement ulcérés.

Je crois donc présenter un tableau de 548 cas de fièvre typhoïde authentique, auxquels j'ai appliqué le traitement suivant : Purgatifs salins au début; sulfate de quinine à la dose quotidienne de 75 centigrammes à 1 gramme dans les cas graves, de 50 à 60 centigrammes dans les cas légers. J'associe au sulfate de quinine l'extrait alcoolique de quinquina à la dose de 3 à 4 grammes par jour dans une potion gommeuse. De plus, je fais, matin et soir, des affusions d'eau froide ou tiède légèrement alcoolisée ou acidulée avec le vinaigre ordinaire. Je continue les affusions et l'emploi du sulfate de quinine jusqu'à ce que j'obtienne une diminution notable de l'hyperthermie. Je combats les symptômes thoraciques et cérébraux par les moyens appropriés. J'ajoute aux lavements de l'eau de chaux dans le but de combattre le météorisme par l'absorption des gaz sulfhydrique et carbonique.

Ce traitement, dont j'expose les bases principales, m'a donné une mortalité de 11,62 p. 100 chez les militaires, et de 9,71 p. 100 chez les civils. Je n'ai pas osé appliquer la méthode Brand, tout en reconnaissant les avantages qu'elle peut avoir pour calmer la fièvre et l'hyperthermie. Car je n'ai pas pu me dissimuler que, dans certains cas, les affusions froides avaient aggravé les symptômes thoraciques. Puis, il faut bien reconnaître que l'application de cette méthode, possible dans les hôpitaux et les familles riches, devient irréalisable dans la classe ouvrière, faute de matériel et d'auxiliaires expérimentés.

En exposant ma méthode de traitement que je suis depuis trente ans, méthode du reste employée par la plupart des médecins français, qui donne des résultats satisfaisants, mais bien inférieurs à ceux annoncés par la statistique allemande et lyonnaise, je n'ai d'autre but que de provoquer la publication de statistiques particulières émanant de médecins, exposant des faits observés directement dans leur service.

Ces grandes statistiques comprenant de vastes territoires, quoique présentées par des hommes placés très haut dans la science et imposant la confiance, sont établies sur des éléments très divers qu'ils n'ont pas pu contrôler et qui, malgré nous, nous laissent en défiance. De plus, comme l'a dit fort justement M. le professeur Jaccoud, les résultats obtenus dépendent peut-être moins de nos médications que de l'intensité du virus typhique. Quoi qu'il en soit, je veux espérer que des renseignements précis confirmeront les espérances que nous a données M. le docteur Glénard sur l'efficacité de la médication Brand. Et alors faisant taire nos craintes, nous saisirons l'arme qui nous est présentée pour combattre l'affreux Minotaure qui se repaît du sang le plus jeune, le plus pur de nos populations.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Troubles nerveux consécutifs à une fracture du crâne (1).

Par M. le docteur F. Guermonprez (de Lille).

Le 20 janvier 1881, à sept heures et demie du soir, survient un coup de tampon à la gare de Choques (ligne de Béthune à Hazebrouck).

Le chauffeur C..., Henri, âgé de trente-deux ans, né à Flines-les-Raches, demeurant à Fives, était sur la machine qui entrait en gare, dans une courbe et sur une pente de 5 millimètres par mètre. Son mécanicien a été indemne. Le graisseur du milieu du train en stationnement a été tué du coup. Quant au chauffeur C..., il est retrouvé sans connaissance, étendu sur le dos dans le tender, et recouvert par toute une masse de pains de sucre, de machines à coudre, colis divers et débris de wagon du train en stationnement.

Transporté aussitôt dans la buvette la plus voisine de la gare de Choques, il reçoit les premiers soins de M. le docteur Leroy, médecin de la Compagnie, à Béthune.

Après avoir recouvré connaissance, le blessé se plaint de très vives douleurs au côté gauche de la tête; il a des nausées incessantes, souvent des vomissements bilieux que le moindre mouvement ramène. Le pouls est presque imperceptible, et malgré de nombreuses couvertures, des briques chauffées et des bouteilles d'eau chaude placées aux pieds et contre le corps, il reste très longtemps froid. Le blessé supplie qu'on le laisse en repos et surtout qu'on attende au lendemain pour le transporter à Béthune. La plaie principale située sur le côté gauche de la tête est largement ouverte, longue de près de 6 centimètres, répondant verticalement à tout le bord externe de l'orbite et à la partie voisine du front. Le doigt aussi bien que la vue permet de constater une fracture des os du crâne et de ceux de la face dans la même étendue de 6 centimètres environ d'après la relation de M. le docteur Leroy lui-même. On trouve en effet la cicatrice adhérente au squelette dans presque toute son étendue. Cette plaie fut réunie par première intention, et c'est la seule qui fut reconnue tout d'abord. Conformément au désir du blessé, son transport à l'hôpital de Béthune n'a pas lieu immédiatement.

Le lendemain, 21 janvier, une réaction de médiocre intensité s'est opérée; les douleurs de tête et les vomissements bilieux continuent; mais, comme la veille, l'intelligence est parfaitement nette.

Installé sur un des brancards de secours de la Compagnie du Nord, le blessé est placé dans le fourgon à bagages du train de voyageurs passant à Choques à une heure quarante du soir, pour être transporté à l'hôpital de Béthune. Il n'est pas sans intérêt de signaler que ce transport a été effectué alors que la température était de 12 à 15 degrés au-dessous du zéro. Grâce au soin avec lequel le lit fut arrangé, et surtout à un appareil pour réchauffer les blessés par le rayonnement de la flamme, placé dans ce lit, le blessé arriva à l'hôpital sans avoir souffert de la rigueur de la température, et fut placé dans le service du docteur Dansou. Dans l'après-midi, la situation est la même. Le soir, les vomissements ont cessé et une amélioration générale s'en est suivie.

Le 22 janvier, le repos de la nuit a donné au blessé un réel soulagement. Son état est si satisfaisant qu'il supporte, sans être fatigué, les mouvements nécessaires pour pratiquer la réunion d'une longue plaie, qui est alors reconnue sur le côté droit de la tête. On reconnaît aisément la cicatrice qui en résulte et dont

---

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1882, p. 1181.

l'étendue dépasse 12 centimètres. Cette cicatrice est modérément adhérente au squelette dans sa partie antérieure ; elle est manifestement superficielle dans toute sa partie postérieure.

A partir de ce moment, la marche de la réparation est des plus heureuses relativement à sa gravité. L'œil gauche même, siège d'un épanchement qui en a produit la perte (docteur Leroy), est toujours peu douloureux.

Pendant les trois premières semaines, le blessé se plaint moins de céphalalgie et d'autres douleurs que vers l'époque de son départ de Béthune, le 20 mars (c'est-à-dire deux mois après l'accident).

Rentré alors à Fives, le chauffeur C... se plaint de céphalalgie, surtout à la racine du nez, et en même temps d'une douleur lombaire tenace.

On reconnaît alors sur la tête les diverses cicatrices décrites plus haut et quelques autres de moindre importance et qui n'ont pas été relatées.

Il ne paraît pas y avoir d'altération notable des fonctions psychiques.

A l'examen de l'œil gauche on reconnaît, outre la déformation du bord externe de l'orbite et un léger prolapsus de la paupière supérieure, une paresse notable de l'iris, paresse qui est très évidente quand on fait l'épreuve par comparaison. A l'ophtalmoscope, une atrophie de la pupille, qui est surtout incontestable dans l'examen comparatif, atrophie avec amincissement très net de l'artère centrale et même avec un petit commencement d'excavation atrophique. Cet œil ne voit absolument plus : il est perdu.

L'oreille gauche perçoit les sons plus difficilement que la droite. Les diverses explorations par le diapason et par la montre indiquent une surdité de la caisse labyrinthique.

Enfin le blessé accuse diverses sensations douloureuses dans tout le corps, sensations qui sont surtout bien marquées dans la région lombaire et dans les membres inférieurs. L'état général est cependant assez satisfaisant.

Telle était la situation du blessé en mars.

En mai (quatre mois après l'accident), l'administration ayant demandé une appréciation sur l'état actuel du chauffeur, je crus devoir répondre comme conclusions :

1° La situation actuelle se résume par la perte complète de l'œil gauche, la perte d'une oreille et une très grande diminution des forces. Il y a en outre des douleurs en divers points du corps.

2° La situation actuelle ne peut pas être considérée comme définitive. Il y a des possibilités d'amélioration ; mais il y a des probabilités opposées. Depuis que je l'ai vu le 22 mars (pour la première fois après son retour), il y a bien eu quelques phases d'amélioration passagère, mais pour bien des particularités, la situation du chauffeur C... est aggravée. En effet, à cette époque et encore depuis lors, la perte de l'œil gauche s'est confirmée et complétée.

L'acuité auditive a diminué : c'est ce qui résulte des diverses explorations faites de temps en temps à l'aide d'une même montre. C'est aussi ce qu'indique l'application du diapason, dont le son n'est perçue de la même manière par les deux oreilles qu'à cette condition que l'instrument soit placé sur un point de plus en plus voisin de l'oreille gauche. Ce résultat est à peu près le même, soit que les conduits auditifs externes demeurent libres, soit qu'on les ait obturés.

A l'otoscope, on peut voir une ligne blanche peut-être cicatricielle, partant de la partie inférieure du manche du marteau et se dirigeant à peu près horizontalement dans une étendue de 2 millimètres.

A cette même époque (mai), le chauffeur C... se plaint en outre de douleurs de tête tellement intenses, que le sommeil en est depuis environ deux mois rendu impossible. Outre la sensation presque continuelle de pesanteur, ce sont des douleurs lancinantes, tantôt au niveau des deux bosses pariétales, tantôt au niveau de la grande cicatrice du côté droit et le plus souvent près du bord externe de l'orbite gauche. Immédiatement après cette douleur lancinante de la tête, le chauffeur éprouve une sensation de pesanteur à l'épigastre et une douleur véritable vers la partie inférieure du dos et les lombes. Cette dernière douleur est elle-même suivie d'une sensation de chaleur.

A de plus longs intervalles surviennent diverses autres douleurs dans les membres, surtout dans les membres inférieurs, et plus spécialement dans le gauche jusqu'au niveau du gros orteil sans qu'aucun traumatisme puisse justifier la localisation de la douleur en ce point particulier.

En même temps l'anorexie est de plus en plus marquée : il s'ajoute une soif parfois très intense, des nausées, du hoquet, des bâillements et pandiculations, des éructations et des régurgitations acides.

Cet homme est pâle, amaigri, à chairs molles, flasques, marchant lentement, parfois un peu anhélant. Il survient des lipothymies dès qu'il reste un peu trop longtemps debout ou dès que la marche le fatigue. Pendant certains jours, sa faiblesse et ses douleurs sont telles qu'il ne peut quitter la chambre.

Les alcalins, le bromure de potassium, le quinquina, les amers, les révulsifs employés successivement ou simultanément n'ont donné aucun résultat appréciable. C'est alors que, sur la demande de M. le docteur Jules Worms, médecin en chef de la Compagnie du Nord, l'administration attribua au blessé un subside qui fut renouvelé plus tard et lui permit une alimentation variée, tantôt plus apéritive, tantôt plus toniquée, plus reconstituante, alimentation qui était nécessaire pour recourir aux émissions sanguines.

C'est ce qui fut fait à l'aide de la ventouse Heurteloup, appliquée à la tempe gauche. Ces applications n'ont rien présenté de régulier, ni comme date, ni comme quantité de sang extrait. Elles étaient renouvelées tantôt tous les jours, tantôt à huit ou vingt jours d'intervalle, selon les indications. La quantité de sang variait de même depuis un tiers jusqu'à la totalité de la capacité de l'instrument.

Chaque application a été immédiatement suivie de la disparition de la pesanteur de tête et de la douleur lombaire. Il y avait même un peu d'amélioration de la vue et de l'ouïe du côté gauche. La durée de l'amélioration a été variable depuis un jusqu'à dix jours.

Aucun accident nouveau n'a forcé à interrompre ce traitement. Une fois seulement une sangsue a été substituée à l'instrument. Le blessé affirme en avoir été moins soulagé que par la ventouse Heurteloup. A plusieurs reprises, le bromure de potassium, le chloral et les préparations opiacées ont été essayées sans résultat appréciable.

Les pédiluves et manuluves simples ou sinapisés, les grands bains ont paru plus efficaces.

Les purgatifs résineux, renouvelés à petites doses chaque matin, ont paru avantageux, mais seulement pendant peu de temps.

Une diarrhée a imposé d'en interrompre l'emploi.

Actuellement, cet homme, sans être valide, se trouve dans un état aussi satisfaisant que possible.

A côté de ce fait, on pourrait rapporter celui d'un autre agent de la Compagnie du Nord qui, lancé dans un champ à quelques mètres de distance lors du déraillement de Beuvry, le 24 janvier 1877, est encore actuellement incapable d'un travail soutenu. Il a d'ailleurs été pendant plus de deux ans totalement incapable du moindre travail en raison des poussées congestives dans les centres nerveux.

Cet autre agent est donc moins rétabli que le premier dont nous venons de retracer l'histoire. Il n'est pas sans intérêt d'ajouter qu'il n'a pas été possible de recourir aux émissions, ainsi que cela a été fait pour le chauffeur C...

Sans vouloir porter de conclusions, je demande la permission de faire remarquer :

1° Que, pour les altérations tardives dues aux graves accidents de chemin de fer, il en est pour lesquelles la guérison n'est pas impossible ;

2° Que les émissions sanguines paraissent plus particulièrement indiquées et peuvent être renouvelées un grand nombre de fois, malgré l'affaiblissement apparent du blessé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 février 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Influence de la fièvre typhoïde sur la syphilis et la blennorragie. — M. DE SINÉTY a fait une série de recherches sur les modifications éprouvées, dans leur marche, par la syphilis et la blennorragie, chez la femme, dans le cours de la fièvre typhoïde. Il résulte de ces recherches que les manifestations syphilitiques disparaissent pendant l'évolution d'une fièvre typhoïde et que la blennorragie, au contraire, présente une sorte d'exacerbation et se montre beaucoup plus rebelle au traitement. Il semble que les liquides produits par les typhoïdiques soient un bon milieu de culture pour le ferment blennorragique.

Relativement au traitement de la blennorragie, envisagé d'une façon générale, M. de Sinéty déclare avoir retiré d'excellents résultats de l'emploi de l'eau oxygénée. De tous les moyens qu'il a essayés, tels par exemple que le permanganate de potasse, l'acide borique, le coaltar, le sulfate de quinine, etc., l'eau oxygénée est incontestablement celui qui lui a donné les meilleurs résultats.

Excitabilité directe du faisceau antérieur de la moelle épinière. — M. MENDELSSOHN a entrepris des expériences à l'aide desquelles il est arrivé à démontrer l'excitabilité directe du faisceau antérieur de la moelle, en s'appuyant sur la faible différence qui existe entre la durée de réaction du signe de l'excitabilité du faisceau antérieur et la durée de réaction du signe de l'excitabilité du faisceau postérieur.

Effets de l'ablation de certaines parties de l'encéphale chez les oiseaux. — M. CHARLES RICHET a étudié les résultats de l'ablation de certaines parties de l'encéphale chez les oiseaux. Au lieu, comme Flourens, d'enlever toutes les parties de la masse cérébrale qui sont au-dessus de la protubérance et de la couche optique, M. Richet s'est borné à enlever, chez des canards et chez des poules, la substance grise corticale ou la couche la plus superficielle du cerveau. Dans ces cas, on ne voit pas survenir les phénomènes observés par Flourens. On voit persister les phénomènes psychiques.

Effets du refroidissement brusque. — M. PAUL BERT, après les recherches de M. Dumontpallier sur le refroidissement lent des malades atteints de fièvre typhoïde, a été conduit à rechercher chez les animaux les effets du refroidissement brusque. Un chien attaché sur une planche est plongé dans un cylindre de zinc contenant de l'eau constamment renouvelée ; un thermomètre coudé est introduit dans l'œsophage de ce chien, jusqu'à l'entrée de l'estomac ; l'animal est rasé. Telles sont les conditions de l'expérience. En pareil cas, la courbe thermométrique a constamment le même aspect. La chute, très brusque au début, va en se ralentissant. Il n'y a pas de proportionnalité par rapport au temps. L'intensité du refroidissement varie aussi avec la rapidité de la respiration. Les courbes ayant été établies chez un animal placé dans ces conditions de refroidissement, M. Bert a réchauffé cet animal et l'a ensuite saigné d'une main large, en lui faisant perdre environ un cinquantième de son poids. On pouvait penser, de prime abord, que le chien ainsi saigné se refroidirait plus vite. Il n'en est rien. L'animal saigné s'est toujours refroidi plus lentement que l'animal ayant toute sa quantité de sang. Quelle peut être l'explication de ce fait?

Chez un animal saigné le cœur bat moins vite, la pression du sang est moindre, la vitesse du sang est très notablement diminuée. L'animal envoie donc à la périphérie une moindre quantité de sang chercher le froid.

En agissant en sens inverse de la saignée, c'est-à-dire en coupant l'un des pneumo-gastriques, on doit alors obtenir un refroidissement plus rapide. C'est, en effet, ce qui est arrivé. Après la section du pneumo-gastrique, l'animal se refroidit plus vite.

Si la section du pneumo-gastrique détermine une chute plus rapide de la courbe thermométrique, l'excitation de ce même nerf doit amener une chute plus lente ; c'est, en effet, ce qui a lieu. Enfin l'animal mort se refroidit moins vite que l'animal vivant, d'où cette singulière conclusion qu'un foyer éteint se refroidit moins vite qu'un foyer allumé.

M. BROWN-SÉQUARD croit que l'arrêt des échanges entre pour une certaine part dans les phénomènes observés par M. Bert. Il y aurait donc intérêt à examiner l'état du sang dans les veines chez les animaux en expérience.

M. FRANCK rappelle les expériences qu'il a faites sur le refroidissement des animaux et, en particulier, le soin qu'il avait eu de prendre à la fois la température périphérique et la température profonde des animaux en expérience.

M. LABORDE rappelle également avoir étudié les températures intra-musculaires comparativement aux températures centrales.

Recherches expérimentales sur le mode d'action de quelques liquides organiques neutres sur la substance organisée. — M. DUBOIS fait sur ce sujet une communication. (Sera publié.)

ÉLECTION

M. LARCHER est élu membre titulaire de la Société de biologie.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 février 1883. — Présidence de M. Millard.

COMMUNICATIONS

Macroglossie. — M. CONSTANTIN PAUL montre une petite fille de trois ans et demi qui, dès sa naissance, présentait une langue volumineuse, sortant hors de la bouche. Elle a tété pendant un mois, puis a pris le biberon. Elle n'a marché qu'à vingt-cinq mois. Aujourd'hui, elle présente des traces manifestes de rachitisme. Depuis deux ans, la langue s'est considérablement développée ; elle est devenue énorme, œdémateuse. On y aperçoit les glandules qui sécrètent un liquide séreux ou séro-purulent. M. Constantin Paul n'a jamais rien rencontré de semblable dans la scrofule.

Urémie d'origine hépatique. — M. DEBOVE lit un travail ayant pour titre : « Recherches sur l'urémie d'origine hépatique. »

Grâce aux travaux de M. Brouardel, il est admis aujourd'hui que la quantité d'urée de l'urine diminue dans la plupart des affections du foie. M. Debove a observé un grand nombre de faits qui confirment cette assertion. Cette diminution étant établie, on peut, dit-il, l'expliquer par deux théories : s'agit-il d'un trouble de l'excrétion ou d'un trouble de la formation de ce produit? La dernière théorie a été soutenue par M. Brouardel. L'urée urinaire ayant baissé, on en a conclu que ce corps se formait en moindre proportion, qu'il se produisait surtout dans le parenchyme hépatique.

Les résultats des expériences entreprises par M. Debove ne concordent pas avec cette hypothèse. Elles ont eu pour but de doser l'urée du sang. Si celle-ci est diminuée, on pourra en conclure qu'elle est formée en moindre quantité ; si au contraire elle est augmentée, il faudra admettre qu'il s'agit surtout d'un trouble de l'excrétion urinaire.

Ces recherches ont été entreprises avec le concours de M. Yvon. Le chiffre normal de l'urée sanguine, obtenu avec les procédés employés par M. Debove, est de 18 à 20 centigrammes. Le sang,

qui a servi aux analyses, fut toujours extrait à l'aide de ventouses appliquées sur la région hépatique. Voici quelques-unes des observations recueillies par M. Debove.

Obs. I. — Ictère chronique dû à un cancer de la tête du pancréas. Un mois avant la mort, excrétion de 948 centimètres cubes d'urine contenant 19gr,50 d'urée; le sang en contenait 0gr,307 par litre.

Obs. II. — Cirrhose hypertrophique avec ictère datant de trois ans. Excrétion de 1100 centimètres cubes d'urine contenant 16 grammes d'urée. Le sang en contenait 0gr,424 par litre. Donc l'urée urinaire était au-dessous de la normale, tandis que l'urée sanguine était deux fois plus considérable qu'à l'état physiologique.

Obs. III. — Péritonite cancéreuse, nodus cancéreux comprimant le canal cholédoque, ictère chronique : 1600 centimètres cubes d'urine contenant 20 grammes d'urée. Le sang en contient 0gr,727 par litre.

Il résulte des diverses analyses faites par M. Debove que, chez les ictériques, l'urée urinaire est diminuée et l'urée sanguine augmentée, autrement dit, que si l'urée a diminué dans l'urine, ce n'est point parce qu'elle se produit en moindre quantité, mais parce qu'elle n'est plus excrétée aussi facilement.

Les mêmes phénomènes peuvent-ils être observés chez les sujets atteints d'affections chroniques du foie, de cirrhose, par exemple, et qui cependant ne sont pas ictériques? M. Debove cite plusieurs faits qui permettent de le penser. Par exemple, un malade atteint de cirrhose atrophique excrétait peu d'urine et peu d'urée, mais l'analyse du sang démontrait la présence d'une grande quantité d'urée par litre (698 milligrammes). A l'autopsie on en trouve 1gr,75.

Chez un autre malade atteint de cirrhose atrophique, également diminution d'urine et d'urée et augmentation d'urée dans le sang.

Il paraît donc ressortir de ces faits la conclusion suivante : Dans nombre de maladies du foie, l'urine contient moins d'urée qu'à l'état normal, le sang en contient une plus forte quantité. L'abaissement du taux de l'urée ordinaire est donc dû à un défaut d'excrétion de ce produit des combustions organiques. On peut dire conséquemment qu'il y a une urémie d'origine hépatique.

Cherchant par une théorie à expliquer le mécanisme de cette urémie, M. Debove est amené à conclure que les matériaux biliaires agissent sur le rein et limitent sa sécrétion. Mais, quoique la quantité d'urée sanguine soit double ou triple de la quantité normale, on peut se demander comment elle n'est pas encore plus considérable, si la sécrétion rénale est limitée. Pour répondre à cette objection, M. Debove admet que la présence de l'urée dans le sang empêche ou ralentit les combustions qui donnent naissance à ce corps.

Cette théorie, dira-t-on, est soutenable pour les affections du foie avec ictère, parce qu'alors les matériaux de la bile sont retenus dans le sang, mais elle cesse de l'être pour les maladies du foie qui ne s'accompagnent pas d'ictère. Il est vraisemblable qu'ici encore, il y a rétention des matières de la bile autres que la matière colorante. Les auteurs n'expliquent pas autrement les phénomènes graves qui surviennent chez les cirrhotiques, en les attribuant à l'acholie, autrement dit en admettant des ictères graves sans ictère. D'ailleurs cette théorie sert à comprendre une série d'accidents observés par les pathologistes, tels que la gravité de l'ictère chez les malades atteints d'affections rénales, etc.

Pour Frerichs, pour M. Vulpian et pour d'autres auteurs, l'ictère grave paraît dû à une altération du sang, à la non-élimination de produits excrémentiels. Pour M. Debove, les altérations du sang de l'ictère grave ne sont qu'une exagération de celles qui existent dans l'ictère simple, et il paraît rationnel de soutenir que l'ictère simple est à l'ictère grave ce que le mal de Bright est à l'urémie.

Au point de vue du traitement, il est dès lors indiqué d'amener une sécrétion abondante d'urine dans l'ictère grave, afin d'éliminer les produits excrémentiels accumulés dans le sang. On devra chercher à produire une polyurie chez tous les ictériques, alors même qu'il n'y a aucun signe d'ictère grave, de même que nous n'attendons pas chez un brightique qu'il se produise des accidents d'urémie pour faciliter par divers moyens, surtout par le régime lacté, l'élimination des matières de l'urine accumulées dans le sang.

ÉLECTION

M. Moreau (de Tours) est élu membre honoraire et M. Dionis des Carrières membre correspondant.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences vient de décerner, à l'unanimité et sans discussion, le prix Montyon (médecine et chirurgie), à M. le docteur Maillot, ancien président du Conseil de santé des armées, pour ses remarquables travaux sur les fièvres continues des pays chauds et marécageux.

Tous les amis de notre belle colonie algérienne applaudiront à ce grand acte de justice, qui couronne si dignement la carrière de notre éminent confrère.

— Par décret, en date du 10 février 1883, M. Lenoir (Ferdinand-Charles-Marie), médecin aide-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Oran, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décision ministérielle, en date du 9 février 1883, M. Boulian (Jules-Marie), médecin aide-major de première classe au 32e régiment d'artillerie, a été désigné pour occuper un emploi de son grade au service de la place de Paris et être affecté au bataillon du 118e régiment d'infanterie, stationné dans ladite place.

— Par arrêté préfectoral, en date du 22 janvier 1883, M. Bleirad (Adolphe) a été nommé pharmacien de Sainte-Pélagie en remplacement de M. Viron, pharmacien en chef de la Salpêtrière.

— *Concours de l'agrégation.* — La soutenance des thèses a eu lieu dans l'ordre suivant :

Jeudi 8 février. — 1° M. Artigalas : Asphyxies toxiques ; argumenté par MM. Leroy et Schmitt. — 2° M. Blaise : État actuel de la science sur l'hérédité syphilitique ; argumenté par MM. Dreyfus et Bar.

Vendredi 9. — 1° M. Dreyfus-Brisac : De l'asphyxie non toxique ; argumenté par MM. Hanot et Baumel. — 2° M. Letulle : Troubles fonctionnels du pneumogastrique ; argumenté par MM. Du Castel et Clément.

Samedi 10. — 1° M. Robin : Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif ; argumenté par MM. Quinquaud et Argalas. — 2° M. Hutinel : Étude sur la convalescence et les recherches de la fièvre typhoïde ; argumenté par MM. Blaise et Leroy.

Lundi 12. — 1° M. Clément : De la médication purgative ; argumenté par MM. Hutinel et Robin. — 2° M. Schmitt : De la tuberculose expérimentale ; argumenté par MM. Dreyfus-Brisac et Letulle.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un concours pour huit places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 9 avril 1883, à midi et demie. Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 5 mars au jeudi 5 avril inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1883 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1886.

— Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le vendredi 16 mars 1883, à midi et demi. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du jeudi 15 février au jeudi 8 mars

1883. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1883 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1887.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Lenossier (Jules-Georges), licencié ès sciences physiques, docteur en médecine, est nommé, jusqu'à la fin de l'année 1882-1883, chef des travaux pratiques du laboratoire de chimie en remplacement de M. Péter, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Battle (Marie-Joseph-Étienne) est nommé, pour deux ans, aide de physiologie en remplacement de M. Arnaud, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Griveaux, agrégé des sciences physiques, professeur au lycée de Lyon, est chargé, en outre, du 1er février au 1er novembre 1883, de faire des conférences de physique à la Faculté des sciences de cette ville.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Sézary, docteur en médecine, chargé du cours d'hygiène et de médecine légale, est nommé titulaire de ladite chaire.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle s'ouvrira à l'École de médecine d'Alger le 1er juin 1883. Les candidats devront s'inscrire avant le 1er mai prochain, *délai de rigueur*, au secrétariat des Écoles d'enseignement supérieur à Alger. La durée des fonctions sera de six ans ; le traitement annuel est de 2,000 francs, plus le quart colonial, soit en tout 2,500 francs.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Edmond Marx (de Bordeaux).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14038.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. La diarrhée chez les enfants. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Cure radicale d'une hernie inguinale étranglée. — PHYSIOLOGIE. Recherches expérimentales sur le mode d'action de quelques liquides organiques neutres sur la substance organisée. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Thèses. — Loi ayant pour objet de modifier la loi du 14 juillet 1856 sur les établissements d'eaux minérales naturelles. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'emploi de la méthode numérique dans les questions de thérapeutique offre de singuliers imprévus.

L'art de se servir habilement des chiffres constitue toute une dialectique, toute une rhétorique oratoire aussi compliquée que celle des Grecs, ayant ses arguments captieux, ses narrations insidieuses, ses lieux communs toujours topiques, ses groupements victorieux, ses parallèles écrasants, ses péroraisons irrésistibles : ce sont les faits qui seuls ont parlé avec leur brutale éloquence.

Puis, quand la cause paraît gagnée, il se trouve que les mêmes faits deviennent aussi convaincants en sens contraire dans une autre bouche.

On se rappelle les statistiques lyonnaises de M. Glénard et les conclusions qu'il en déduisait. La mortalité, par la fièvre typhoïde, se trouvait réduite, dans les hôpitaux civils de Lyon, grâce la méthode de Brand, au quart ou au cinquième de la moyenne de mortalité dans les hôpitaux militaires, où cette méthode n'était pas en usage. Or voilà que M. Bondet, se servant uniquement de chiffres officiels, vient de montrer, pièces en main, que dans cette ville de Lyon, dans un même milieu, par conséquent dans des conditions absolument comparables, les hôpitaux civils, depuis neuf ans, c'est-à-dire depuis qu'on y traite la fièvre typhoïde par les bains froids, au lieu de présenter une mortalité de 13,39 p. 100 comme les hôpitaux militaires voisins, avaient atteint et même dépassé un chiffre moyen de 15 p. 100 ; et encore M. Bondet a-t-il soin de faire remarquer que dans les hôpitaux militaires le chiffre réel des entrées pour fièvres typhoïdes est notablement diminué au profit du groupe « fièvres continues », ce qui accroît en apparence la mortalité relative. (Voir, dans le dernier numéro, l'article de M. Verdureau, d'Orléans.)

M. Teissier écrit dans le même sens ; lui aussi, observant à Lyon, il n'a pas vu que la mortalité fût diminuée le moins du monde par la méthode systématique et obligatoire des bains froids.

Dès lors, la cause de cette méthode parut tellement compromise que M. Peter, l'un de ses adversaires les plus déclarés, la prit en pitié, a-t-il dit.

Il a promis qu'il montrerait dans une séance prochaine que les bains froids pouvaient être utiles dans certains cas déterminés. Mais, en attendant qu'il apportât les secours promis aux partisans de la méthode de Brand, il a voulu d'abord compléter leur défaite en renversant la théorie de l'hyperthermie qui leur avait servi de base d'opération.

Nous nous sommes attaché à reproduire le plus fidèlement possible la physionomie de ce discours improvisé de M. Peter.

Nous recevons de M. le docteur Armand Desprès, chirurgien de l'hôpital de la Charité, la lettre suivante :

Paris, 14 février 1883.

MON CHER DIRECTEUR,

Le Conseil municipal de Paris a voté le budget de l'Assistance publique, à la condition que le directeur de cette administration laïciserait, en 1883, trois hôpitaux, c'est-à-dire que l'on en chasserait les sœurs hospitalières. Ce vote est sans valeur. La subvention que la Ville accorde aux hôpitaux et qui est destinée à équilibrer leur budget, est *obligatoire* sans condition ; c'est l'équivalent de l'ancien droit sur l'octroi que la loi de 1801 avait rendu aux hôpitaux et qui était également obligatoire.

Néanmoins, trois hôpitaux ont été condamnés, je ne dirai pas par le Conseil, il n'en avait pas le droit, mais par le directeur de l'Assistance publique, qui s'est fait l'exécuteur fidèle des volontés d'une partie du Conseil municipal, et a, de plus, égaré l'autorité, qui était disposée à examiner la question à fond, ainsi qu'un certain nombre de journaux républicains, qui ne savent plus où est la vérité.

Je fais ici appel à tous mes collègues des hôpitaux, et je déclare, sans crainte d'être démenti par eux, que, contrairement à l'assertion de M. Quentin, les religieuses, dans nos salles, font autre chose que de surveiller les infirmiers, c'est-à-dire les serviteurs, et que c'est là un des avantages qu'elles présentent. Ce sont les surveillantes laïques qui jouent ce rôle. Ces femmes, mercenaires à 600 francs par an, qui ont le gage de nos domestiques, font, en réalité, ce qu'elles peuvent faire : le moins de travail et le plus de profits possible. Les religieuses, au contraire, distribuent la nourriture aux malades, elles leur administrent les prescriptions dangereuses, elles nettoient et changent les grands malades et les pansent quelquefois ; enfin elles ensevelis-

sent les morts et empêchent ainsi les mauvais infirmiers de dépouiller les moribonds.

Je demande pardon au public de prendre toujours la parole; mais il m'excusera quand il songera qu'en dehors de l'intérêt que je porte à nos malades, je suis un républicain et un libre penseur qui dit la vérité à son parti et voudrait à tout prix l'empêcher de faire du mal aux pauvres, sans profit aucun pour la République, et de sacrifier les graves intérêts du malheureux à des intérêts privés ou à la réclame électorale des politiciens du jour.

J'ajouterai qu'à mon sens, un gouvernement travaille à se ruiner lorsque, sur des questions en apparence aussi petites et aussi spéciales que celle des hôpitaux, il laisse violer la loi, le bon sens et la vérité.

Veuillez agréer, etc.

A. Desprès,

Chirurgien à l'hôpital de la Charité.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

La diarrhée chez les enfants.

I

Je vais aujourd'hui commencer l'étude d'un état symptomatique des plus communs et que vous rencontrerez chaque jour dans la pratique infantile. Je veux parler de la diarrhée.

Celle-ci, en effet, est extrêmement fréquente chez l'enfant, qui le plus souvent est surmené du côté des voies digestives. Mais tout d'abord, qu'est-ce que la diarrhée chez les petits enfants? Une selle liquide? Non, cela ne suffit pas pour caractériser la diarrhée ; toute selle liquide n'est pas forcément de la diarrhée, et vous savez que l'enfant en bas âge, l'enfant au-dessous d'un an, a trois selles fluides par jour. Mais il y a diarrhée quand la fluidité et le nombre des selles sont sensiblement augmentées et dépassent notablement la normale; en un mot, lorsque les selles sont plus fréquentes que d'habitude ou lorsqu'elles sont altérées dans leurs qualités physiques et chimiques.

La diarrhée peut être primitive ; elle peut être consécutive ou mieux secondaire, apparaissant par exemple pendant le cours ou à la fin d'une maladie, telle par exemple qu'une pneumonie, une rougeole, etc. Elle est légère, intense ou grave; je n'ai pas besoin d'insister là-dessus ; sa gravité dépend de la résistance des forces du petit malade.

Quant aux différentes formes qu'elle peut revêtir, je dirai que :

1° Elle peut être cholériforme, c'est-à-dire simulant le véritable choléra, lequel est rare chez l'enfant, tandis que la maladie, connue sous le nom de choléra infantile ou diarrhée cholériforme, est, au contraire, très fréquente en été.

2° Elle peut être dysentériforme et non dysentérique, — il ne faut pas confondre les deux termes, — dysentériforme, c'est-à-dire que la diarrhée s'accompagne d'un petit flux de sang sans qu'il existe aucune ulcération du gros intestin. Il se fait là du côté de l'intestin une de ces fluxions sanguines analogues à l'épistaxis, fluxions qui n'en ont pas moins le don de semer l'effroi dans la famille; aussi les parents d'accourir pour vous dire : Mon enfant a la dysenterie, il rend du sang depuis plusieurs jours en allant à la selle. — Non, ce n'est pas de la dysenterie, cette affection est très rare chez les petits enfants, tandis que la diarrhée dysentériforme, au contraire, est très fréquente.

3° Diarrhée cérébrale. — La diarrhée peut affecter la forme cérébrale, c'est-à-dire qu'elle peut s'accompagner de certains phénomènes cérébraux, de convulsions éclamptiques, chez certains enfants, alors même que la diarrhée est légère. Elle peut être comateuse à la suite d'un flux abondant. Elle peut être méningée, simuler la méningite par l'intensité des phénomènes cérébraux. Mais ce n'est point là la méningite qui ne guérit pas ou qui peut au moins laisser des traces après elle ; c'est la diarrhée méningitique, sorte de pseudo-méningite qui guérit très bien. Beaucoup de ces méningites ont guéri qui n'étaient autres que des pseudo-méningites, des diarrhées cérébrales simulant la méningite. Le diagnostic, dans cette forme, est des plus importants pour le pronostic à émettre et le traitement à instituer. On peut donc rencontrer, dans ce que j'appelle la diarrhée cérébrale, trois formes : *a.* la forme convulsive, éclamptique ; *b.* la forme comateuse ; *c.* la forme méningée ou fausse méningite.

Quant au choléra asiatique, je l'ai déjà dit tout à l'heure, il est extrêmement rare chez l'enfant : aussi n'ai-je pas à y insister ici.

Voilà pour les diverses formes sous lesquelles la diarrhée peut se présenter chez les enfants.

Si maintenant on veut étudier la diarrhée au point de vue de son origine, on peut établir la division suivante :

1° Diarrhée *sine materia*, sans lésion, c'est-à-dire la diarrhée lientérique ou catarrhale. On l'observe notamment chez l'enfant à la mamelle comme résultant soit de l'altération du lait, que l'allaitement ait lieu par la mère ou par une nourrice étrangère, ou qu'il soit artificiel, c'est-à-dire par le biberon ; soit d'un sevrage prématuré, soit encore de la présence de corps étrangers dans le tube digestif, tels par exemple que des vers intestinaux. Elle peut encore résulter de l'abus des purgatifs ou de certains médicaments, de l'huile de foie de morue, etc., etc. En dehors de ces causes, la diarrhée lientérique ou catarrhale peut encore être produite par l'impression du froid de même que par les chaleurs excessives qui règnent dans la saison d'été. Des troubles nerveux, une émotion un peu vive, peuvent encore en être la cause, de même que des douleurs vives, une brûlure intense. Enfin cette diarrhée se rencontre parfois aussi, à la fin d'une maladie, comme un phénomène critique. A ce propos, je puis vous citer le fait qui s'est passé il y a quelques années à l'École militaire, où je fus appelé pour un jeune enfant pris tout à coup, à la fin d'une pneumonie, de tels accidents diarrhéiques qu'il était plongé dans un état de faiblesse extrême et que les parents le regardaient comme perdu. Et de fait, au premier abord, la situation paraissait des plus graves pour quiconque n'était pas prévenu de l'apparition possible de semblables phénomènes. Mais jugeant ce flux intestinal comme une diarrhée critique, une de ces diarrhées terminales que l'on rencontre parfois à la fin de certaines maladies, je rassurai bien vite la famille. Peu de jours après, l'enfant était complètement guéri.

Cette diarrhée sans lésion du tube digestif, *sine materia*, comme je le disais tout à l'heure, s'observe encore dans le cours de la dentition, non pas que celle-ci en soit la cause directe, mais parce que le travail de l'éruption des dents amène un peu de prurit, une salivation exagérée, de la dyspepsie et des troubles digestifs complexes, d'où la diarrhée.

Enfin une éruption exanthématique peut produire également les mêmes accidents lientériques.

Tel est en quelques grandes lignes le tableau résumé de la diarrhée chez les petits enfants, diarrhée au sujet de laquelle nous entrerons dans des détails circonstanciés dans notre prochaine leçon.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Cure radicale d'une hernie inguinale étranglée.

Par M. le docteur Garrigue (du Saint-Paterne).

Le 1er juin 1882, je fus mandé dans un village pour visiter un sieur M..., âgé de cinquante-quatre ans, porteur depuis quinze ans d'une hernie inguinale droite descendue peu à peu dans la bourse ; elle était maintenue d'ordinaire par un bandage, et lorsqu'elle descendait, le malade la rentrait lui-même facilement.

Le 1er juin, en se levant, il essaya vainement de faire rentrer sa hernie pour placer son bandage; il alla quand même aux champs, mais bientôt des douleurs avec vomissements le firent rentrer au logis et il se coucha. Vers quatre heures du soir je visite cet homme. L'examen des parties me montre une bourse volumineuse, dure au palper comme une hydrocèle, mais, à côté et plus bas, je trouve le testicule libre dans sa bourse ; cette tumeur avait le volume d'un œuf de dinde.

Habitué à rentrer sa hernie, le malade avait fait plusieurs tentatives infructueuses, et moi-même essayant le taxis, je vis que mes efforts étaient inutiles.

Je prescris trois bains chauds dans la nuit et, après chaque bain, couvrir la région inguinale avec l'onguent napolitain belladoné.

Le 2 juin, à dix heures du matin, je revois le malade, qui a beaucoup souffert : coliques, vomissements bilieux, insomnie ; il est très affecté.

Un nouvelle séance de taxis prolongé ne produit rien et je vois que le sac distendu par une sérosité abondante ne me permet pas d'agir directement sur l'anse intestinale herniée ou bien sur la portion de péritoine engagée.

Dans la *Gazette des hôpitaux* (25 mars et 27 mai 1882), le docteur Philippe (de Saint-Mandé), ayant préconisé les injections de chlorhydrate de morphine dans des cas analogues, je résolus d'essayer sa méthode. J'injectai donc un centigramme de morphine dans la région inguinale, et au bout de quinze à vingt minutes je fis de nouveau le taxis sans le moindre succès.

Ni la belladone ni la morphine n'ayant pu me permettre de réduire cette hernie, j'enfonce un trocart explorateur dans le sac et, retirant le mandrin, je vois sortir quelques gouttes de sérosité qui coule plus abondante en comprimant la tumeur, laquelle disparaît sous mes doigts peu à peu, et alors je trouve une petite masse dure et irrégulière que je crois être une masse épiploïque : je la refoule avec mon pouce dans le canal inguinal et je retire ma canule désormais inutile.

Puis je place le bandage herniaire solidement et bien serré.

Pendant cette opération, le malade a un peu souffert, mais enfin la hernie est réduite et il se sent bien soulagé ; il reste au lit avec ordre de prendre 10 pilules d'Anderson dans les douze heures.

Le 3 juin, il me raconte qu'après mon départ il s'est endormi tranquillement, mais le soir il a eu une selle abondante ; la nuit est bonne. En inspectant la région inguinale, je ne vois ni rougeur ni gonflement autour de la pelote du bandage toujours bien serré. Je donne un second purgatif et, le 4 juin, le malade se lève sans la moindre douleur.

Aujourd'hui M. M... ne porte plus de bandage, car sa hernie ne sort plus, et depuis plus de huit mois il n'a pas éprouvé la moindre colique ; il y a eu cure radicale.

Pour expliquer cette cure radicale, il faut comprendre que la sérosité sortie par ma ponction était due à un état inflammatoire du sac herniaire, inflammation déterminée par une nouvelle portion d'épiploon engagée dans le collet du sac ; or, après la réduction de l'épiplocèle, j'ai appliqué un bandage fortement serré sur la région inguinale et cette pression a déterminé une réunion immédiate des surfaces internes du sac herniaire qui, étant oblitéré, ne permet plus à la hernie de descendre. L'orifice externe du canal inguinal a été également le siège de certaines adhérences, car on ne sent pas même dans les efforts de toux la moindre hernie dans le conduit inguinal.

Cette opération me paraît intéressante par les résultats acquis, puisque la hernie se trouve radicalement guérie ; en même temps elle montre un manuel opératoire facile à suivre dans les cas où le sac est distendu par la sérosité, et le praticien isolé au fond des campagnes peut ainsi résoudre à lui seul un des plus urgents problèmes de la chirurgie.

PHYSIOLOGIE

Recherches expérimentales sur le mode d'action de quelques liquides organiques neutres sur la substance organisée.

Par M. le docteur Dubois.

Dans une précédente communication relative à l'action des liquides neutres sur la substance organisée, j'ai établi que les fruits placés dans les vapeurs d'éther, de chloroforme, d'alcool, perdaient une certaine quantité de suc aqueux et que leur couleur était modifiée. On n'observe pas seulement une perte de poids, il y a également augmentation de la densité, c'est-à-dire contraction du parenchyme des fruits ; de telle sorte que, si l'on plonge dans un vase plein d'eau les fruits qui ont séjourné dans l'air humide et ceux qui ont été modifiés par les vapeurs organiques, les premiers surnageront, tandis que les autres tomberont au fond du vase.

Ce changement dans les propriétés physiques du fruit s'explique facilement quand, après avoir fait une loupe de son tissu, on l'examine au microscope ; on remarque alors que les méats intercellulaires, jadis remplis de gaz qui donnaient au tissu une teinte d'un blanc mat, se sont gorgés de liquide évidemment sorti par exosmose des cellules, car celles-ci paraissent n'avoir subi d'autre modification qu'une légère rétraction. Il résulte de cette altération que les fruits chloroformés, éthérisés ou alcoolisés prennent l'apparence de fruits gelés ou cuits; ils deviennent transparents tandis que ceux qui séjournent dans l'air humide prennent une teinte blanc mat qui va en s'accentuant de plus en plus.

A cette disparition des gaz qui détermine la transparence du tissu correspond l'apparition d'une coloration brunâtre, caramelisée, due à une substance d'apparence ulmique, en partie soluble, en partie insoluble dans l'eau bouillante. Cette matière brune paraît n'avoir rien de commun avec la chlorophylle contenue dans l'épiderme qui, elle aussi, prend la couleur brunâtre de la phylloxanthine.

Enfin, malgré la perte d'une certaine proportion de liquide sucré, les fruits alcoolisés, éthérisés, possédaient une saveur sucrée plus accentuée qui rappelait celle des fruits cuits. Le décocté, obtenu en faisant bouillir pendant longtemps leur tissu dans l'eau, réduisait une plus grande quantité de liqueur cupro-potassique que le liquide obtenu en opérant de la même manière sur le parenchyme des fruits conservés dans l'air humide qui, d'ailleurs, avait un goût fade, un aspect farineux.

Nous avons recherché la présence des acides galliques et pyrogalliques sans pouvoir la mettre en évidence. La présence de l'un de ces acides eût permis de s'expliquer plus aisément la production simultanée de matières ulmiques et de glucose s'accompagnant d'une perte notable d'eau.

Chez les animaux comme chez les végétaux, l'action de ces vapeurs organiques ne paraît pas bornée à une simple déshydratation : celle-ci s'accompagne de dédoublements évidents. Les animaux conservés dans les vapeurs prennent une odeur de vieille graisse très manifeste et, de plus, j'ai trouvé dans le péritoine d'un cobaye, qui avait séjourné pendant deux mois dans ces vapeurs, une quantité considérable de cristaux très réfringents, solubles dans l'éther, le chloroforme et l'alcool, présentant enfin les principaux caractères des corps gras.

J'ai dit, dans la précédente communication, que les animaux placés dans ces atmosphères particulières perdaient, par les muqueuses, une assez forte proportion de liquide fortement coloré par l'hémoglobine, sans que les éléments anatomiques fussent dissociés ou détruits. Il s'agit donc bien là d'un phénomène exosmotique.

Le fait devient bien évident quand on fait agir les vapeurs directement sur le sang; l'hémoglobine sort du globule pour aller cristalliser dans le sérum, comme cela se produit dans le sang refroidi, et le globule conserve à peu près sa forme et son volume en se décolorant complètement. Ainsi, de même que les vapeurs avaient la propriété d'attirer au dehors le sucre des fruits, on les voit ici produire le même effet sur le principal élément cristalloïde du globule sanguin sur l'hémoglobine. Mais ce qu'il y a de plus surprenant, c'est que ce sont précisément les principes immédiats insolubles dans le chloroforme, l'éther, l'alcool, qui sont chassés par les vapeurs de ces liquides de l'élément anatomique. On peut s'en assurer par une expérience bien simple : il suffit de suspendre un morceau de muscle, au moyen d'un fil, dans un flacon contenant une couche de l'un des liquides que j'ai étudiés ; on verra bientôt tomber goutte à goutte un liquide chargé de divers principes non déterminés encore, mais qui ne se dissoudront ni ne se mélangeront au liquide qui aura fourni la vapeur qui les a fait sortir de l'élément anatomique.

Il y a donc, sous l'influence de ces vapeurs, mouvement, transport de certains cristalloïdes, mais surtout de l'eau. Ce mouvement ne paraît pas être indifférent ; si l'on place sous une cloche un cobaye sur le côté au-dessus d'un vase contenant de l'éther ou du chloroforme, on verra bientôt l'épiderme, qui est en contact direct avec les vapeurs, se soulever, se déchirer, et une assez notable quantité de sérosité s'écouler de ce côté.

Si, au contraire, le cobaye est pendu par les pieds, outre le liquide qui s'écoule par les muqueuses, on voit s'accumuler sous l'épiderme de toute la peau une légère couche de sérum qui fait que lorsqu'on exerce une légère traction sur les poils, on enlève en même temps l'épiderme ; cette altération disparaît par la dessiccation à l'air libre.

Mais lorsqu'au lieu de faire agir ces vapeurs de dehors en dedans, on introduit dans l'estomac une petite proportion de ces liquides neutres de façon à exercer une action de dedans en dehors, alors on n'observe plus une accumulation de sérum à la partie extérieure et l'épiderme reste solidement appliqué sur le derme.

A côté de ces phénomènes de transport qui n'ont été en quelque sorte qu'entrevus, il en est d'autres qui les accompagnent et qui n'ont pas un moindre intérêt.

Les substances albuminoïdes soumises à l'action de ces vapeurs, puis abandonnées à elles-mêmes, perdent l'eau qu'elles contiennent encore avec une si grande facilité, qu'il a été possible de dessécher à l'air libre, dans un laboratoire humide, les petits animaux.

L'influence de ces vapeurs s'exerce de proche en proche avec une telle intensité et leur pouvoir desséchant est si grand que deux petits cobayes qui étaient contenus dans l'utérus de la mère se sont complètement momifiés à l'air libre après en avoir été extraits.

On peut déjà mettre à profit dans la pratique l'application des observations que nous avons pu faire, bien qu'elles soient encore très incomplètes. Nous avons pu conserver, pendant des semaines, des chiens dans l'estomac desquels on avait simplement introduit, au moyen d'une sonde œsophagienne, une quantité relativement faible de chloroforme et d'éther. Ce procédé de conservation, qui n'exige ni un manuel opératoire difficile ni une instrumentation spéciale, a, en outre, l'avantage de supprimer les mutilations que nécessitent les injections.

Cette mesure devrait toujours être adoptée lorsqu'on se propose de conserver des corps que l'on doit exposer ou garder soit avec l'intention de leur appliquer plus tard un procédé d'embaumement différent, soit pour des recherches médico-légales ; elle trouverait son application notamment à la Morgue et dans les amphithéâtres de dissection. Elle pourrait ainsi, en prévenant les altérations cadavériques, empêcher les experts légistes d'augmenter le nombre déjà si considérable des erreurs du passé.

Ajoutons que la dessiccation facile des corps ainsi conservés pourait peut-être conduire à un procédé de momification rapide dans lequel les partisans de la crémation pourraient trouver un puissant auxiliaire pour le triomphe de leur entreprise.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 février 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

M. le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts demande à l'Académie, au nom du gouvernement belge, de vouloir bien se faire représenter au Congrès international de médecine vétérinaire qui doit s'ouvrir à Bruxelles, au mois de septembre prochain.

Sur la demande de M. le président, M. Bouley accepte d'être le délégué de l'Académie.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Paquet, professeur à la Faculté de médecine de Lille, qui sollicite le titre de correspondant dans la section de chirurgie ;

2° Une note manuscrite intitulée : *Recherches expérimentales sur le premier bruit du cœur*, par M. le docteur Spiridion Kanellis (d'Athènes);

3° Une note *sur les causes probables de la fièvre typhoïde* à Gondreville, par MM. Husson et Barret.

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. Vulpian, à propos du procès-verbal, lit un extrait d'une lettre de M. le professeur Teissier (de Lyon), qui, dit-il, éclectique par nature, n'aime pas les formules absolues surtout dans les questions de thérapeutique. Il a combattu la fièvre typhoïde suivant les diverses méthodes en usage, depuis 1844; et sans statistique régulière, il peut affirmer qu'aucune de ces méthodes ne lui a jamais donné les moyennes de mortalité de 25 p. 100 et plus dont parlent les partisans de la méthode de Brand. Les bains froids peuvent être utilisés avantageusement pour combattre l'excès de température. Mais ils ne sont pas toujours sans inconvénients et peuvent produire des pleurésies, des pneumonies, des péricardites, de l'entérorhagie, etc.

M. Teissier vient de recueillir le tableau des fièvres typhoïdes traitées par lui depuis cinq ans. Elles se montent au chiffre de 70, sur lesquelles 6 seulement se sont terminées par la mort (9,65 p. 100), et encore M. Teissier a-t-il eu soin d'écarter de cette statistique les formes abortives de la maladie, dont le nombre a diminué notablement le chiffre de la mortalité. Sur ces 6 décès, il en est 2 qui sont survenus chez des malades traités par la méthode de Brand, appliquée dans toute son rigueur. Comme M. Teissier n'a traité ainsi que dix malades, cela ferait une mortalité de 20 p. 100 par les bains froids.

M. Bouley lit quelques passages de trois lettres qu'il a reçues :

1° De tous les signataires de la protestation qu'a lue M. Glénard; 2° de M. le professeur Joseph Renaut ; 3° de M. Chauveau. Ces trois lettres sont favorables à la méthode de Brand.

M. Bondet, membre correspondant de l'Académie et professeur à la Faculté de Lyon, développe les motifs pour lesquels il s'est refusé à signer la protestation des médecins de Lyon à propos des

bains froids. La méthode de Brand a été employée d'une façon générale dans les hôpitaux civils de Lyon à partir de l'année 1874, tandis qu'elle n'était à peu près pas en usage dans les hôpitaux militaires de la même ville.

Or voici quels sont les chiffres officiels qui représentent la mortalité de part et d'autre. Dans les hôpitaux civils, sur un total de 2,609 malades, il y a eu 396 décès durant ces neuf ans, soit 15,17 p. 100. Dans les hôpitaux militaires (où, bien entendu, la fièvre continue figure à côté de la fièvre typhoïde, de manière à accroître la mortalité relative apparente), sur 3,471 cas il y a eu 465 décès, soit 13,39 p. 100.

Ainsi, s'il fallait attribuer une valeur quelconque aux statistiques en matière de thérapeutique, il faudrait en conclure que la méthode de Brand a augmenté la mortalité dans les services où on l'applique d'une manière systématique et obligatoire.

Dans son service, M. Bondet ne rejette pas d'une manière absolue la méthode des bains froids; mais il les réserve pour certaines indications, parmi lesquelles il faut placer en première ligne l'ataxie, l'hyperthermie constante, l'état comateux habituel, les sueurs profuses, le catarrhe bronchique généralisé. Dans ce dernier cas, on peut craindre de voir le malade périr d'asphyxie, comme il est arrivé dernièrement à M. Bondet. Mais il se garde bien d'employer cette méthode toutes les fois que la température dépasse 38 degrés, comme le veulent les partisans de Brand; il se garde surtout d'y recourir avant que le diagnostic puisse être posé.

Comme contre-indications, M. Bondet signale une tendance plus ou moins marquée aux syncopes, l'état polysarcique, le fait de toute fluxion active du côté des organes de la respiration, un abaissement trop brusque et trop prolongé de la température, une difficulté excessive ou même une répulsion instinctive pour entrer dans le bain.

Réservée pour les cas où elle est spécialement indiquée, la méthode de Brand fournit un moyen très puissant et très énergique contre certaines formes graves et certaines complications. Mais il ne faut y avoir recours qu'à bon escient.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ explique qu'il a choisi le mot expectation armée pour caractériser sa méthode de traitement de la fièvre typhoïde, non pour indiquer qu'elle consistait à attendre, arme au bras, inactif, ce qui serait inexact, mais pour l'opposer aux médications systématiques. Ces médications peuvent présenter chacune des indications déterminées dans certains cas, mais elles ne doivent pas être appliquées à tort et à travers.

L'orateur critique la méthode des bains froids. Il croit que si l'alcool entrave les combustions, c'est parce qu'il subit lui-même une combustion dans l'organisme; il considère le sulfate de quinine comme abaissant généralement la température dans les formes légères ou moyennes, mais non dans les formes graves, à moins d'être donné à doses dangereuses. D'ailleurs il est impossible d'employer utilement le même remède aux mêmes doses dans tous les cas d'une maladie qui présente des formes essentiellement diverses.

M. Dujardin-Beaumetz déclare être parfaitement d'accord avec M. Guérin sur l'existence des formes ébauchées ou abortives de la fièvre typhoïde. Il ne faut pas oublier d'ailleurs qu'il peut se produire du côté des reins ou du foie des complications ayant pour effet d'amener l'accumulation des remèdes par défaut d'assimilation et de les transformer ainsi en poisons violents.

M. SÉE expose de nouveau ses opinions sur l'alcool et sur le sulfate de quinine. Il reconnaît, comme M. Beaumetz, que les maladies des reins et du foie peuvent contre-indiquer l'emploi des remèdes trop énergiques.

M. PETER se déclare l'ennemi de toutes les médications systématiques et des théories thermophobes qui ont cours actuellement.

La fièvre typhoïde revêt, suivant les circonstances, suivant certaines conditions à déterminer, des aspects si différents les uns des autres, que l'on comprend à peine comment on a pu songer à lui opposer une médication unique.

Elle n'est pas la même chez le banquier qui vient d'être accablé de revers de fortune, et chez le robuste paysan, calme, tranquille et pléthorique. Chez l'un on observe plutôt la forme ataxique, chez l'autre la fièvre congestive, et le traitement devra varier suivant ces données.

La femme des villes, épuisée par les plaisirs et les nuits de bal, présentera la forme adynamique; la fille du peuple, la pauvre ouvrière dont depuis longtemps l'alimentation était insuffisante et qui a commencé l'autophagie avant l'invasion de la fièvre, sera prédisposée à la forme putride.

Voilà donc déjà quatre formes, et il en est bien d'autres. M. Peter ne croit pas qu'aucune des médications systématiques ait eu une influence sensible sur les moyennes de mortalité.

Il s'est prononcé contre les bains froids, il y a plusieurs années déjà; mais en écoutant ceux qui se sont fait l'écho de ses propres idées, il s'est senti le désir de réagir contre certaines exagérations qu'ils y ont ajoutées. Il plaidera donc, dans une séance prochaine, les circonstances atténuantes pour les bains froids. Mais en attendant il va profiter des quelques minutes qui lui restent, avant le comité secret, pour parler de l'hyperthermie.

Il y eut une époque où régnait ce qu'on nommait *la folie de la croix*.

On peut dire que nous sommes au temps de la folie de l'hyperthermie. Une expérience de Claude Bernard est devenue le point de départ de cette folie, qui s'est étendue à presque tous les médecins.

Claude Bernard prenait un moineau. Il le mettait dans une étuve chauffée à 65 degrés, et au bout de quatre ou cinq minutes, il voyait l'animal succombe après avoir fait de grands efforts comme pour respirer. A ce moment, la température, prise dans le rectum de l'oiseau, s'élevait à 49 *degrés*. A l'autopsie, on trouvait les muscles coagulés. Mais cela n'avait rien d'étonnant, car en réalité le moineau était cuit. La température s'était élevée d'au moins 10 degrés dans le rectum; elle avait sans doute atteint au cœur 49 degrés et demi ou 50 degrés. Or l'expérience est facile à faire : qu'on trempe pendant cinq minutes un petit morceau de viande dans de l'eau chauffée à 50 degrés, et on la retirera cuite. La coagulation du tissu musculaire se sera effectuée comme chez le moineau.

Mais, dans les fièvres, l'hyperthermie ne s'élève jamais, chez l'homme, jusqu'au 49e ou 50e degré. Elle ne dépasse guère 4 degrés par rapport à la température normale (qui est chez l'homme de 37° et demi); elle atteint 5 degrés au plus, et encore rarement. D'ailleurs elle se produit d'elle-même et non par l'influence d'un milieu surchauffé. Le rayonnement, la transpiration, la respiration, tendent à l'abaisser. Lui attribuer les dégénérescences qui se produisent dans les muscles, dans le cours de la fièvre typhoïde, c'est une grave erreur, car ces dégénérescences se sont présentées chez des malades chez lesquels le typhus avait été presque athermique.

Mais c'est surtout dans les mémoires de Brand qu'il faut voir cette théorie de l'hyperthermie poussée jusqu'à l'absurde, jusqu'à la folie.

Brand enchaîne des propositions qui sont toutes des postulats.

Il déclare que les symptômes de la fièvre typhoïde sont dus à l'excès de température;

Qu'ils sont produits par un mécanisme analogue à celui de la fermentation;

Que le corps s'échauffe sous l'influence de ce ferment typhoïdique comme l'infusion d'orge germé en présence de la levûre de bière;

Que l'on peut arrêter le processus morbide par l'abaissement de la température, comme on arrête, en abaissant la température jusqu'à 16 degrés, la fermentation de l'infusion d'orge, etc.

Mais si toutes ces suppositions étaient fondées, encore faudrait-il pouvoir refroidir jusqu'à 16 degrés le corps humain pour y arrêter le processus typhoïde comme on arrête la fermentation de la bière.

D'ailleurs non seulement tout ceci est hypothétique, mais la clinique fournit la preuve du contraire.

Brodie avait, le premier, observé que chez un malade qui avait

une fracture de la colonne vertébrale à la région cervicale, la température s'était élevée, en quelques minutes, au point de dépasser 42 degrés.

La même remarque a été faite, depuis lors, dans des circonstances semblables.

Il existe donc, dans une certaine région de la moelle épinière, des centres nerveux dont l'irritation ou la blessure peut élever la température générale du corps.

Ce sont ces centres qui produisent l'hyperthermie, quand ils se trouvent affectés, congestionnés dans le cours d'une fièvre typhoïde; l'hyperthermie est donc un phénomène pleinement comparable au délire qui se produit dans la même maladie par la congestion ou l'irritation d'autres parties des centres nerveux.

L'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

33. M. JARJAVAY. Contribution à l'étude du système veineux. Des canaux de sûreté. — 34. M. BEAUDÈRE. Contribution à l'étude des sueurs locales. — 35. M. KAHN. De la résection partielle de l'estomac dans le cas d'affection organique du pylore. — 36. M. BRUNSCHWIG. Contribution à l'étude du pneumatocèle du crâne. — 37. M. RAMONÈDE. Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée. — 38. M. SABATERIE. De l'amputation du segment antérieur de l'œil comme traitement des accidents sympathiques oculaires. — 39. M. BOUIS. De la dactylite unguéale scrofuleuse chez les enfants. — 40. M. BOITEUX. Étude générale sur le traitement de la fièvre typhoïde. — 41. M. BRUNET. Du traitement de la chute de la matrice par le cloisonnement du vagin. — 42. M. MAYOLLE. Réflexions sur une épidémie de choléra en Cochinchine en 1882. — 43. M. JAMIN. Étude sur l'urétrite chronique blennorragique. — 44. M. JOURNET. Étude sur le cancer de la terminaison de l'intestin grêle. — 45. M. MEUNIER. Étude sur la fièvre typhoïde à rechutes. — 46. M. LARETON-DUMONTET. Contribution à l'étude de la guérison spontanée des plaies de l'intestin. — 47. M. DARIER. Recherches cliniques et expérimentales sur les variations de l'urée. — 48. M. LEMANSKI. Du traitement du mal sous-occipital à l'aide d'un appareil plâtré.

LOI

AYANT POUR OBJET DE MODIFIER LA LOI DU 14 JUILLET 1856 SUR LES ÉTABLISSEMENTS D'EAUX MINÉRALES NATURELLES.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

ARTICLE PREMIER. — L'emploi de médecin-inspecteur des établissements d'eaux minérales naturelles ne donne droit à aucune rétribution, soit de la part de l'État, soit de la part des propriétaires de ces établissements.

ART. 2. — Sont abrogées toutes les dispositions législatives contraires à la présente loi, et notamment l'article 18, titre III de la loi du 14 juillet 1856, et les articles 22 à 33 inclusivement du décret du 28 janvier 1860, rendu pour l'exécution de ladite loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 12 février 1883.

JULES GRÉVY.

Par le Président de la République :
Le Ministre du commerce,
PIERRE LEGRAND.

Le Ministre des finances,
P. TIRARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 février 1883, ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire :

Au grade de médecin-major de première classe. — (Choix) : M. Bonnefoy (Charles-Joseph-Armand), médecin-major de deuxième classe au 2e régiment de zouaves, en remplacement de M. Luc, retraité. — Est affecté au 15e régiment d'artillerie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — 1er tour (ancienneté) : M. Georges (Marie-Émile), médecin aide-major de première classe au 2e régiment de spahis, en remplacement de M. Bonnefoy, promu. — Est affecté au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

— Par décret, en date du 8 février 1883, M. Termonia (Léon-Joseph-Théodore), médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

— Par arrêté préfectoral, en date du 7 février, M. Mène (Joseph), directeur de sixième classe, chargé de la direction de l'hôpital de la Clinique d'accouchement, est nommé directeur de l'hôpital Tenon, en remplacement de M. Joret, décédé.

M. Girard (Charles), économe de cinquième classe, chargé de l'économat de l'Hôtel-Dieu, est nommé directeur de l'hôpital de la Clinique d'accouchement, en remplacement de M. Mène.

M. Joret (Louis-Marie-Antoine), commis-rédacteur de deuxième classe, est nommé économe de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Girard.

— Par décision ministérielle, en date du 8 février, M. Scovazzo (Scipion-Barthélemy), médecin-major de 1re classe au 15e régiment d'artillerie, a été désigné pour le 17e régiment d'infanterie. — M. Mulot (Désiré-Albert-Léopold), médecin-major de 2e classe au 6e régiment de cuirassiers, a été désigné pour le dépôt du 32e régiment d'infanterie. — M. Bayard (Louis-Paul-Émile), médecin-major de 2e classe au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, a été désigné pour le 8e régiment d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Par arrêté, en date du 10 février 1883, M. Gley est nommé préparateur des travaux pratiques de physiologie, et MM. Pignol et Martin sont nommés moniteurs des travaux pratiques de physiologie.

— *Concours de l'agrégation, section de médecine.* — La soutenance des thèses s'est continuée et se continuera dans l'ordre suivant :

Mardi 13 février. — 1° M. Bard : Accidents pernicieux d'origine palustre ; argumenté par MM. Blaise et Dreyfous. — 2° M. du Castel : Des diverses espèces de purpura; argumenté par MM. Baumel et Quinquaud.

Mercredi 14. — 1° M. Baumel : Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets ; argumenté par MM. Schmitt et Clément. — 2° M. Leroy : La sclérodermie; argumenté par MM. Dreyfus-Brisac et Hanot.

Jeudi 15. — M. Quinquaud : De la scrofule dans ses rapports avec la phtisie pulmonaire ; argumenté par MM. Bard et Hutinel. — 2° M. Hanot : Des rapports de l'inflammation avec la tuberculose ; argumenté par M. Du Castel et Robin.

Vendredi 16. — M. Dreyfous : Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré; argumenté par MM. Letulle et Artigalas.

— M. Paul Hariot, pharmacien, préparateur au Muséum d'histoire naturelle, est adjoint, en qualité de naturaliste, à la mission scientifique du cap Horn.

— Par délibération, en date du 2 février, le Conseil municipal de Paris a rejeté la demande de M. Taillebois, tendant à l'organisation d'un service dentaire dans les écoles communales.

L'administration est invitée à étudier l'organisation de visites sanitaires périodiques, qui seraient faites par les médecins-inspecteurs annuels, spécialement au point de vue des dents, des yeux et des oreilles.

M. le directeur de l'Assistance publique est invité à continuer l'étude de la création de services dentaires gratuits dans les hôpitaux de Paris. Les médecins dentistes des hôpitaux seront nommés au concours.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14094.

N° 20. — SAMEDI 17 FÉVRIER 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 17 FÉVRIER 1883. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Lésions cardiaques et aortiques, saturnine et arthritique. — Anasarque unilatérale, suite de contusion du rein. — Phénomènes réflexes consécutifs aux déviations utérines, leur traitement par l'anneau-pessaire. — HYGIÈNE ALIMENTAIRE. La farine de moutarde ; ses propriétés diétiques et hygiéniques. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Lésions cardiaques et aortiques, saturnine et arthritique.

Deux malades du service de la clinique de l'hôpital Necker présentent une affection semblable, mais due, chez chacun d'eux, à une condition générale ou diathésique différente. Il s'agit chez ces deux malades d'une double affection cardio-aortique, dépendant chez l'un d'une intoxication saturnine, liée chez l'autre à une diathèse arthritique.

Le rapport pathogénique existant entre l'intoxication saturnine chronique et les altérations organiques du cœur, qui aurait déjà été aperçu par Andral, a été établi et signalé pour la première fois par M. Duroziez dans un travail inséré dans la *Gazette des hôpitaux* en 1867. Depuis, M. Leudet a observé assez souvent les altérations de l'appareil de la circulation chez les saturnins, pour les considérer comme fréquentes. Sur vingt-quatre faits de saturnisme terminés par la mort, qu'il a eu l'occasion d'observer, dix-sept présentaient une altération organique du cœur. La variété d'affection du cœur la plus fréquente lui a paru être l'hypertrophie des cavités gauches, avec augmentation de leur capacité. A côté de cette hypertrophie, il a constaté une variété de lésion tout opposée, l'atrophie, déjà signalée d'ailleurs par Kussmaul et Maier. Enfin M. Leudet a rencontré une dilatation de l'aorte avec développement de plaques calcaires chez un saturnin qu'il a pu suivre pendant cinq années.

C'est un cas de ce dernier genre qu'a présenté l'un des deux malades du service de M. Potain.

Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, qui, après plusieurs atteintes successives de coliques de plomb, a commencé à être pris, l'année dernière, de paralysie des extenseurs des avant-bras ; il a eu, en outre, plusieurs fois des pertes de connaissance ; depuis quelque temps, il tousse et expectore. Il est actuellement très affaibli ; son pouls est petit et fréquent, sans fièvre toutefois. Il existe une matité précordiale beaucoup plus considérable qu'à l'état normal, s'étendant surtout du côté gauche, dépassant à droite le sternum et s'élevant jusqu'à la région sous-clavière ; la pointe du cœur est, en outre, notablement abaissée. A l'auscultation du cœur, on entend le premier bruit sourd, le second est, au contraire, sonore à l'excès, éclatant, clangoreux, pour employer l'expression de M. Gueneau de Mussy; on entend par moments d'une manière manifeste le bruit de galop. A la pointe, il y a un souffle présystolique, léger, superficiel, extracardiaque. En résumé, on constate chez cet homme les signes d'une double lésion cardiaque et aortique, une hypertrophie du cœur, portant spécialement sur les cavités gauches et une dilatation de l'origine de l'aorte.

Bien qu'il soit souvent difficile, dans les cas de ce genre, de déterminer quel est le rapport exact de ces deux lésions, si c'est l'hypertrophie cardiaque qui est primitive et qui aurait entraîné consécutivement la dilatation aortique, ou si c'est, au contraire, la lésion aortique qui est primitive et qui a provoqué à son tour l'hypertrophie du cœur, M. Potain incline à penser qu'ici c'est l'affection aortique qui est primitive et l'hypertrophie cardiaque qui est secondaire.

Ce qui fait pencher M. Potain vers cette opinion, c'est la nature même de la lésion dont l'aorte paraît être le siège. Il ne s'agit pas ici d'un anévrysme proprement dit. La dilatation de l'aorte n'est pas uniforme, elle est partielle et paraît consister en une endartérite chronique, qui serait ici non pas le fait du progrès de l'âge (cet homme est encore jeune), mais le résultat d'une altération scléreuse lente qui aurait atteint d'abord la membrane interne de l'artère, pour s'étendre probablement ensuite de là à la membrane moyenne et plus tard à l'enveloppe externe et se terminer par la dégénérescence graisseuse : d'où les dangers, à un moment donné, de la rupture.

Ici les signes de la compression sur les parties voisines sont peu sensibles, il n'y a point de voussure de la paroi. On ne constate non plus ni les signes de refoulement de la trachée, le cornage, ni le bruit de souffle à travers le rachis, ni symptômes de dysphagie, ni sensation d'anxiété et de dyspnée. Toutes les conséquences habituelles de la dilatation aortique sont ici nulles ou très peu accusées.

Le second malade a été atteint en 1877 de rhumatisme musculaire. Depuis il a eu à plusieurs reprises des arthrites, la dernière a laissé une tuméfaction persistante du gros orteil. Depuis quelque temps il se plaint d'un sentiment d'oppression habituelle et il a présenté un léger degré d'œdème aux extrémités. A l'examen de la poitrine, on constate, comme chez le précédent malade, une matité très exagérée, s'étendant à droite du sternum et jusque près de la clavicule avec une déviation de la pointe du cœur, légèrement abaissée aussi. L'auscultation fait entendre un bruit

de souffle à la pointe, et au deuxième temps ce même bruit éclatant, métallique, clangoreux, que l'on a constaté chez le premier malade. Même coïncidence ici et probablement même rapport d'une dilatation aortique et d'une hypertrophie cardiaque secondaire.

Il y a un curieux rapprochement à faire entre ces deux cas d'une lésion semblable, presque identique, de l'aorte et de son retentissement sur le cœur chez deux malades, dont l'un est un saturnin et l'autre un arthritique goutteux, et il sera intéressant de suivre la marche ultérieure de l'affection et l'influence qu'elle pourra recevoir des moyens de traitement opposés à chacun de ces états diathésiques, mais dont malheureusement il y a peu à espérer.

Anasarque unilatérale, suite de contusion du rein.

Dans le même service, il est entré vers la fin de janvier une malade qui est atteinte d'une affection très rare et qu'elle présente pour la deuxième fois. Il y a quatorze ans (elle avait alors de quinze à seize ans), à la suite d'une chute dans laquelle la région gauche du rein porta violemment sur le sol, elle fut prise d'une douleur extrêmement vive dans cette région ; à partir de ce moment elle eut de l'hématurie ; les urines étaient abondantes, la miction était très douloureuse ; l'hématurie dura environ une quinzaine de jours ; pendant ce même temps elle eut du gonflement des membres et de la bouffissure à la face, surtout du côté gauche ; le décubitus n'était pour rien dans la prédominance de la bouffissure de ce côté. L'anasarque disparut à son tour au bout de quelque temps.

L'année suivante la même malade fut reprise de douleurs semblables dans la même région et d'anasarque. Après un deuxième séjour à l'hôpital, elle en sortit guérie, du moins en apparence, pour la deuxième fois. Depuis cette époque elle a fait plusieurs réapparitions à l'hôpital, mais pour des affections légères ou passagères, telles que des rhumes, mais conservant toujours un peu d'œdème à la jambe gauche.

Enfin cette année-ci elle a été reprise de nouveau d'accidents semblables. Depuis sa chute, cause première de ces accidents, ses règles ont toujours été abondantes et douloureuses, elles le deviennent de plus en plus. La dernière fois que les règles ont paru, elles ont été très diminuées, mais les douleurs de rein se sont encore accrues ; enfin elle a été prise de dysurie quelques jours avant son entrée à l'hôpital.

Maintenant sa dysurie est continue, les urines qu'elle rend en petite quantité sont foncées, elles se troublent à la chaleur, elles contiennent des sels en abondance et un peu d'albumine.

Cette femme présente donc cela de particulier : une lésion rénale avec une anasarque unilatérale. Les faits de contusion du rein ne sont cependant pas rares, mais il n'est presque pas question d'anasarque dans les observations qui en ont été rapportées.

Ici l'anasarque n'est pas survenue tout de suite, elle ne s'est montrée que quelque temps après l'accident et à la suite de l'hématurie. Ce fait n'est cependant pas sans précédent ; M. Potain, pour son compte, en a vu plusieurs exemples.

M. Potain a rapporté à cette occasion les quelques cas rares du même genre qu'il a eu l'occasion d'observer. Il y a quelques années, il fut appelé en consultation pour un homme qui avait fait une chute sur les reins, d'où était résultée une contusion de cette région et qui avait dû très probablement s'étendre jusqu'au rein correspondant lui-même, à en juger par les évènements graves qui s'ensuivirent. Il survint d'abord de l'œdème de tout le côté droit (le côté contusionné). L'anasarque, bien que restant partielle, ayant beaucoup augmenté les jours suivants, il survint un érysipèle grave qui entraîna la mort.

Peu de temps après il fut appelé pour un cas semblable. Il s'agissait cette fois d'une femme qui présentait une anasarque énorme, généralisée, mais beaucoup plus prononcée dans le côté gauche du corps que dans le côté droit. En cherchant à remonter à l'origine de cette anasarque, il apprit que cette femme avait fait quelque temps auparavant une chute et qu'il en était résulté une contusion très violente de la région rénale gauche. Peu de temps après cette chute il lui était survenu de la bouffissure, qui avait persisté jusqu'au moment où, sous l'influence d'un refroidissement, l'anasarque avait pris les proportions considérables qui furent constatées plus tard.

M. Potain se souvient d'avoir vu à l'hôpital de la Charité un ouvrier plombier qui avait fait une chute pendant qu'il portait un gros tuyau de plomb ; la région des reins ayant porté sur l'une des extrémités de ce tuyau, il en résulta une violente contusion qui fut bientôt suivie d'une anasarque du côté droit et d'albuminurie.

Enfin, il n'y a pas longtemps qu'il a vu un individu qui, à la suite d'une contusion sur le flanc droit, ayant été exposé au froid et à l'humidité, a vu survenir un gonflement œdémateux de la joue droite, envahissant graduellement les paupières, et une ophtalmie du même côté, le tout accompagné d'albuminurie.

Voilà cinq cas dans lesquels une contusion sur la région rénale a déterminé de l'anasarque du même côté. De ces faits il semble résulter très clairement qu'une contusion de l'un des hypocondres peut donner lieu à une néphrite catarrhale, du côté contusionné, et consécutivement à une anasarque partielle du même côté. Cela contrarierait un peu l'idée qu'on se fait généralement de la pathogénie de l'anasarque. Il y a très probablement lieu à faire intervenir ici le système nerveux et particulièrement le grand sympathique. On y est doublement conduit et par des expériences de M. Brown-Séquard et par ce qui a été constaté récemment dans un cas de myxœdème, qui n'est pas entièrement sans analogie avec les faits dont il vient d'être question et dans lequel l'autopsie a fait découvrir une lésion considérable du nerf grand sympathique.

Phénomènes réflexes consécutifs aux déviations utérines. Leur traitement par l'anneau-pessaire.

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* connaissent l'ingénieux appareil de contention de l'utérus imaginé par M. Dumontpallier et les bons résultats de son application dans un bon nombre de cas de déviations utérines de diverses sortes et de divers degrés.

Ils se rappellent sans doute ce pessaire composé de spirales de ressort de montre recouverts de caoutchouc, si légers, si souples et si élastiques, qui, quelle qu'ait été la forme qu'on leur a donnée par la pression pour en faciliter l'introduction, reviennent toujours par leur élasticité propre à leur forme circulaire primitive et s'adaptent si facilement aux parties avec lesquelles on les met en contact, sans que

jamais celles-ci puissent en être blessées (voir la *Gazette des hôpitaux* de l'année 1876). Les faits rapportés dans cet article avaient particulièrement pour objet de faire connaître les résultats immédiats de l'application de l'anneau-pessaire sur le redressement des déviations et sur la disparition de leurs symptômes locaux. Le double fait de l'influence des déviations utérines sur la manifestation d'un certain nombre de phénomènes nerveux réflexes et de la disparition de ces mêmes phénomènes par l'action seule du redressement des déviations n'avait certainement pas échappé à l'attention de M. Dumontpallier, qui l'avait déjà signalé dans ce premier travail et qui en a fait même depuis le sujet de deux conférences professées dans l'amphithéâtre de M. Lasègue à la Pitié, en 1877. Mais ce point intéressant de gynécologie méritait d'être repris et étudié à nouveau d'une manière spéciale. C'est là la tâche que s'est proposée un ancien élève de M. Dumontpallier, M. le docteur Eugène Forfer.

Les accidents réflexes symptomatiques des déviations utérines que M. Eugène Forfer a eu l'occasion d'observer sur les malades du service de M. Dumontpallier sont : un cas de névralgie iléo-lombaire, provoquée par une procidence de la matrice; deux cas de névralgies faciales chez des femmes atteintes, l'une de rétroversion utérine, l'autre d'une simple rétroversion; un cas de parésie des membres inférieurs, avec douleurs dans les reins, chez une femme atteinte d'un prolapsus; une paraplégie résultant d'une rétroversion; un cas de parésie des quatre membres, accompagnée de douleurs dans les reins et dans le dos, dépendant d'une rétroversion; un cas de paralysie de la vessie chez une femme qui avait à la fois un abaissement de l'utérus au deuxième degré, avec rétroversion, et un cas de paralysie du rectum. On trouve, en outre, dans le travail de M. Forfer, une observation que M. Dumontpallier lui a communiquée et qui est relative à un cas de vaginisme (contracture du constricteur du vagin), accompagné de convulsions épileptiformes, le tout lié à une rétroversion.

Enfin deux exemples, l'un de troubles psychiques, l'autre d'accidents gastro-intestinaux, le premier chez une jeune femme qui n'avait qu'une simple déviation utérine, le second chez une femme atteinte d'abaissement utérin avec rétroversion, complètent la partie clinique de ce travail.

Nous ne pourrons donner ici un résumé de chacune de ces observations, il nous suffira d'en citer deux comme spécimen, l'une tirée du service de M. Dumontpallier, l'autre observée à l'Hôtel-Dieu du Mans.

Voici le fait du service de M. Dumontpallier :

Une femme de cinquante-huit ans se présente à la consultation de la Pitié. Il y a dix-huit ans, à la suite d'une couche pénible, l'utérus s'abaissa progressivement, et, cinq ou six mois après, le col utérin avait franchi la vulve. Depuis cette époque, la malade se plaint de douleurs dans les reins et dans la jambe droite, et surtout d'une faiblesse des membres inférieurs telle qu'elle peut à peine se soutenir et marcher. Elle usa de plusieurs pessaires sans pouvoir les supporter. M. Dumontpallier lui appliqua son anneau qui fit disparaître presque instantanément les douleurs; la parésie des membres inférieurs dura quelques jours encore. La malade conserva pendant dix-huit mois son pessaire, sans en être incommodée; elle put l'enlever ensuite et le prolapsus ne se reproduisit plus.

Si les douleurs de la jambe droite peuvent être rapportées à la compression du plexus sacré, la parésie des deux membres ne pouvait évidemment ici être attribuée qu'à une action réflexe.

Voici maintenant l'autre fait :

Une femme de trente-quatre ans, dont la santé a toujours été excellente jusqu'à sa première couche, qui a eu lieu il y a cinq ans, entre en juillet 1882 dans le service de M. le docteur Lejeune à l'Hôtel-Dieu du Mans. Dix jours après son accouchement, elle avait ressenti, pour la première fois, de la douleur dans la région hypogastrique, où l'on sentait une tuméfaction très probablement produite par l'utérus non revenu sur lui-même. Les douleurs s'accentuèrent davantage, la miction devint difficile, les selles pénibles. Peu à peu le développement des accidents nerveux fut d'une intensité telle que la malade dut cesser ses occupations. Elle se plaignait de douleurs vives occupant la moitié gauche de la tête et de la face, particulièrement au niveau des trous sous-orbitaires et mentonnier. Cette partie de la face, au moment des accès, devenait chaude, rouge ; sa joue enflait ; l'œil du même côté présentait tous les signes d'une vive injection vasculaire. Les douleurs diminuaient pendant le séjour au lit, elles augmentaient dès que la malade se levait et agissait. Son caractère était modifié ; de calme et égal il était devenu irritable, capricieux, colère. Enfin, dans les derniers temps, aux douleurs névralgiques étaient venues se joindre des crampes dans les jambes et dans les bras, et des sensations de fourmillements dans les mains et les pieds. Les douleurs de reins et celles du bas-ventre étaient quelquefois telles qu'elle était obligée de « marcher en double », suivant sa propre expression.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, M. Forfer, l'ayant examinée, constata l'existence d'un prolapsus au second degré. Il appliqua un anneau n° 6, et, environ une dizaine de jours après, cette femme put quitter l'hôpital ; les symptômes locaux, ainsi que les accès d'hémicrânie et de névralgie faciale avaient cessé. M. Forfer a revu cette femme depuis et il a pu s'assurer que la guérison s'était maintenue.

Ces faits, joints à ceux qui sont rapportés dans le compte rendu clinique de 1876 et à ceux que M. Dumontpallier a rappelés dans ses conférences de la Pitié en 1877, viennent une fois de plus prouver l'efficacité de l'anneau-pessaire pour le redressement et la guérison de la plupart des déviations utérines, et démontrer, en outre, par leur cessation même sous l'influence de ce redressement, la réalité des actions réflexes ou sympathiques de ces affections, que plus d'une fois on n'avait considérées que comme des coïncidences ou des symptômes d'hystérie ou de toute autre névrose de ce genre.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

La farine de moutarde; ses propriétés diététiques et hygiéniques.

Par M. le docteur C. Roussey.

Les propriétés de la moutarde employée comme condiment ont été connues et préconisées par les anciens. Dioscoride en vante l'emploi dans l'anorexie et l'hypocondrie. Galien en parle au point de vue de l'hygiène alimentaire et Hippocrate la considérait comme utile pour aider à la digestion de certains aliments (*De Victus ratione*, lib. II). Mais les Grecs et les Latins paraissent surtout

avoir employé la farine de moutarde noire (*Sinapis nigra*). La moutarde blanche (*Sinapis alba*) n'a été préconisée que plus tard, surtout à cause de ses propriétés légèrement laxatives.

Ce n'est point ici le lieu d'insister sur l'action salutaire de la farine de moutarde, sur les fonctions de la digestion et de l'assimilation. D'après les travaux de Boutron et de Robiquet qui ont étudié la composition chimique des graines de moutarde, ces propriétés digestives sont dues à un principe actif, la *myrosine*, et surtout au myronate de potasse.

De tous temps la moutarde a donc été considérée comme un assaisonnement nécessaire à nos mets. Non seulement elle aide à la digestion des aliments, mais elle en relève la fadeur et leur communique une saveur piquante qui excite l'appétit.

La bonne farine de moutarde, et surtout celle qui consiste en un judicieux mélange du *Sinapis alba* et du *Sinapis nigra*, a pour but d'exciter à la surface du tube digestif la sécrétion du suc gastrique si nécessaire pour la digestion. Ce condiment est même absolument indispensable lorsque l'estomac doit digérer des substances qui se montrent habituellement réfractaires à l'action des forces digestives, telles que les viandes salées et fumées, le homard, certains poissons, etc. En pareille circonstance et sous l'influence de ce stimulant, une hypersécrétion de suc gastrique, un surcroît d'activité stomacale, triomphent des qualités indigestes de l'aliment.

Ainsi que le fait remarquer M. Delioux de Savignac (*Dict. encycl.* de Dechambre), la bonne farine de moutarde n'excite pas seulement la production du suc gastrique; elle tonifie les plans musculaires de l'estomac, empêche la formation des gaz dans le tube gastro-intestinal et son emploi constitue le meilleur moyen préventif de la dyspepsie et surtout de la flatulence.

Dans le Nord de l'Europe, où les populations consomment une grande quantité de viandes et de matières grasses, l'usage de la moutarde est considéré comme indispensable. Mais le condiment préparé dans la plupart de ces pays, à l'exception toutefois de l'Angleterre, est loin de présenter les qualités nécessaires. En effet, on a l'habitude, en France et en Allemagne, d'ajouter à la farine de moutarde du vinaigre ou de la préparer longtemps à l'avance sous forme de pâte plus ou moins aromatisée. Ce procédé a pour résultat d'enlever à la moutarde ses principes actifs, notamment la myrosine et le myronate de potasse dont nous avons parlé plus haut. On peut donc dire qu'en France il est rare de trouver de la moutarde; le produit qui est habituellement présenté comme tel sur nos tables, n'est qu'une sorte de pâte inerte, ne possédant aucune des propriétés du *Sinapis alba* et du *Sinapis nigra.* Tous les médecins savent, en effet, que les propriétés révulsives et rubéfiantes de la farine de moutarde disparaissent très rapidement lorsque celle-ci est mélangée avec du vinaigre ou de l'eau chaude; il en est de même du condiment.

Il faut donc conseiller, pour l'usage ordinaire de table, non pas de la pâte de moutarde préparée depuis longtemps, mais un mélange judicieux de farine de moutarde qui doit être délayée dans de l'eau froide au moment même du repas. L'observation a, en effet, démontré que l'eau froide n'enlève pas à la farine ses principes actifs.

Toutes ces questions ont été depuis longtemps étudiées par M. Colman, qui est arrivé à fournir un mélange qui réunit au point de vue hygiénique et alimentaire toutes les qualités nécessaires. Les produits connus aujourd'hui dans le monde entier sous le nom de *Colman's Mustard* peuvent être considérés comme contenant dans de justes proportions les farines du *Sinapis nigra* et *alba*; ils se conservent presque indéfiniment sans perdre leurs propriétés et constituent un adjuvant de premier ordre aux importantes fonctions de la digestion et de la nutrition.

C'est à ce titre qu'ils doivent être connus et appréciés du corps médical et conseillés non seulement aux flatulents et aux dyspeptiques, mais à tous ceux qui veulent digérer rapidement et éviter les affections des voies digestives.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 février 1883. — Présidence de M. Guéniot.

CORRESPONDANCE

Maladie kystique du testicule. — M. **HEURTAUX** (de Nantes) adresse une note dans laquelle il rappelle avoir communiqué à la Société, en 1864, une observation de sarcocèle kystique du testicule opéré par lui à cette époque et que l'examen microscopique a montré être un épithélioma avec des kystes disséminés et des masses cartilagineuses. Il résultait de cet examen qu'une récidive prochaine était à craindre. Or il y a dix-neuf ans que ce malade, âgé aujourd'hui de cinquante-six ans, a été opéré, et il n'y a pas eu jusqu'ici de récidive.

MM. **TRÉLAT** et **DESPRÈS** complètent les observations qu'ils ont communiquées dans la dernière séance.

M. **RICHELOT** dit qu'il faut admettre deux variétés de tumeurs kystiques du testicule : l'une comprenant les cas où il y a un stroma avec des kystes, l'autre comprenant ceux où il n'y a que des kystes avec de minces cloisons fibreuses. Ces derniers récidivent le plus souvent comme les premiers. Ils ne peuvent donc pas être désignés sous le nom d'adénome qui indique une bénignité qu'ils n'ont pas. Ce sont des épithéliomas myxoïdes.

M. **TERRIER** rappelle le cas qu'il a opéré et dont a parlé M. Richelot dans la dernière séance. La tumeur, dans ce cas, avait toutes les apparences de la maladie kystique du testicule décrite par Curling. Cependant la récidive eut lieu peu de temps après l'opération. Au point de vue de l'anatomie pathologique, cette observation ne laisse rien à désirer, l'examen de la tumeur ayant été fait avec le plus grand soin par M. Malassez qui lui a donné le nom d'épithélioma myxoïde. Ces kystes sont parfois identiques aux kystes multiloculaires de l'ovaire. Or il arrive parfois que ceux-ci récidivent également. M. Terrier en cite un exemple qu'il a observé avec M. Nicaise.

M. **DESPRÈS** dit que c'est là une question à l'étude qui ne doit pas être tranchée définitivement dans un sens plutôt que dans l'autre. On ne peut pas plus affirmer que ces tumeurs kystiques du testicule sont toujours bénignes, qu'on ne peut dire qu'elles sont toujours du cancer.

Rachitisme et syphilis. — M. **VERNEUIL**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Lannelongue, propose à la Société de vouloir bien, dans une prochaine séance, donner la parole, sur ce sujet, à M. Parrot.

Cette proposition est adoptée.

Expulsion spontanée d'un calcul par une fistule urétro-vaginale. — M. **POLAILLON** complète l'observation de M. Mouchet (Voir *Gazette des hôpitaux*, nº du 11 février 1883) en disant que cette malade, d'ailleurs fort âgée, a conservé sa fistule et n'a jamais voulu se laisser opérer. Mais cette fistule a considérablement diminué, et cette femme ne perd que le tiers de ses urines par sa fistule.

M. **MARC SÉE** fait observer que ces fistules urétro-vaginales sont habituellement très difficiles à guérir. Il cite deux ou trois cas dans lesquels il a toujours échoué. Il consulte ses collègues et leur demande s'ils ont eu les mêmes difficultés.

Une discussion sur ce sujet sera mise à l'ordre du jour d'une des prochaines séances.

Influence du traumatisme sur les affections antérieures. — M. **VERNEUIL** fait un rapport sur une observation de M. Redard, relative à un cas d'amputation chez un albuminurique. L'examen des urines ayant été fait avec soin chez ce malade, pendant quatre jours avant et douze jours après l'opération, il a été facile de constater que, malgré l'absence de complications et d'accidents de de toute autre nature, l'albuminurie, par le fait seul du traumatisme, s'est trouvée considérablement aggravée. Or, si l'on s'en était rapporté, dans ce cas, à l'examen du pouls, de la tempéra-

ture et à l'accomplissement régulier des grandes fonctions de l'économie, on aurait pu conclure que le traumatisme était sans influence fâcheuse sur les affections viscérales. L'examen des urines a démontré le contraire.

M. Verneuil fait suivre ce rapport d'un éloquent plaidoyer en faveur de la chirurgie française qui, si elle n'a pas les audaces de certaines chirurgies étrangères, a su, tout en marchant sans cesse dans la voie du progrès, conserver les saines et bonnes traditions et ne jamais s'écarter du bon sens et de l'humanité. Toujours plus soucieuse de traiter et de guérir que d'opérer quand même, elle sait, mieux que tout autre, tenir compte des indications et des contre-indications. En fait d'inventions heureuses, je ne sache pas, dit-il, que le pays où sont nés l'écraseur linéaire et le thermo-cautère ait rien à envier à ses voisins. Tout en rendant justice à Lister, il ne faut pas oublier Pasteur et Alphonse Guérin. En somme, lorsque l'on compare les progrès accomplis de l'autre côté du Rhin ou de la Manche avec ceux qui ont été réalisés en France, les chirurgiens français peuvent aisément se consoler de n'avoir pas été les premiers à employer le thymol ou à réséquer le pylore.

M. TRÉLAT relève trois questions bien distinctes dans le discours de M. Verneuil : premièrement, une petite observation, discutable au point de vue des conclusions qu'en tire l'auteur, puis deux grandes déductions. D'abord cette vérité incontestable et incontestée qu'une opération qui végète à côté d'une affection antérieure peut voir son issue modifiée par l'existence même de cette affection ; puis cette autre grave question qui consiste à revendiquer pour la chirurgie française l'autorité qui lui est due. Par caractère, par bon sens, par humanité, le chirurgien français, ajoute M. Trélat, est plus fin, plus délicat, plus sévère sur la question de diagnostic, de pronostic, de préparation à l'indication opératoire. Nos voisins, au contraire, par jeunesse d'avènement, par mode et mesure d'instruction, sont plus hardis opérateurs et se fient plus volontiers à ce proverbe qui veut que la fortune favorise les audacieux. On arrive ainsi à des conceptions opératoires véritablement surprenantes et pour lesquelles l'audace n'a plus de limites. C'est à tel point qu'on peut s'attendre un jour à voir proposer la résection du nœud vital et la suture du bulbe à la moelle !

M. Trélat rappelle l'exagération que l'Angleterre a apportée dans les résections articulaires. En compulsant le nombre incroyable d'observations de résections articulaires qui se pratiquent en Angleterre, on en vient à se demander où les chirurgiens anglais vont chercher une telle fréquence, une telle abondance d'affections articulaires.

Aujourd'hui, si nous comparons les résultats de notre pratique à ceux des chirurgiens anglais, relativement à ces affections, nous arrivons à cette conclusion que, chez nous toujours prudents, persistants, essentiellement conservateurs, notre thérapeutique n'est pas plus chargée de léthalité que la pratique radicale de nos voisins d'outre-Manche. Nous conservons autant d'existences et beaucoup plus de membres.

En résumé, envisageant cette question, peut-être avec moins d'entrain, moins d'ardeur que son collègue, M. Verneuil, mais avec une égale conviction, M. Trélat ne voit pas en quoi la chirurgie française pourrait trouver amoindrie sa vieille et légitime réputation.

M. DESPRÈS constate avec plaisir que l'âge apporte à certains de ses collègues une maturité bienfaisante qui leur permet d'apprécier les choses plus justement qu'autrefois. Il rappelle qu'en 1861, au sein même de la Société, trois jeunes chirurgiens d'avenir se sont faits, dans une mémorable discussion, les énergiques défenseurs de la chirurgie étrangère. Quant à lui, M. Desprès, il a dès cette époque et depuis toujours lutté, toujours combattu en faveur de la chirurgie française ; aussi est-il heureux de voir aujourd'hui M. Verneuil, le défenseur du pansement de Lister, soutenir et défendre la même cause que lui. Pour ce qui est des opérations que nous pratiquons en France, ajoute M. Desprès, puisque M. Trélat a dit son sentiment, je dirai aussi le mien. Si nous n'opérons pas comme les étrangers certaines tumeurs, certains organes, si nous n'amputons pas autant, c'est que, dans nos hôpitaux, nous pratiquons la vraie démocratie et que nous ne gaspillons pas les membres des pauvres à tort et à travers. Il y a d'ailleurs dans les hôpitaux un personnel dont la présence rappellerait au besoin le devoir à l'égard des malheureux.

M. LE PRÉSIDENT met à l'ordre du jour d'une prochaine séance cette question posée par M. Verneuil : « De l'action que le traumatisme exerce sur les états pathologiques antérieurs. »

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique de l'art des accouchements (1), par MM. DELORE et LUTAUD.

M. Delore, après avoir été chirurgien en chef de la Charité de Lyon, est aujourd'hui professeur adjoint d'accouchements à la Faculté de médecine de cette ville.

Quand on professe, on s'aperçoit bien vite que les meilleurs traités sont ceux qui, sans être trop écourtés, donnent à l'étudiant non seulement des notions exactes, mais encore lui donnent l'envie d'apprendre. M. Delore, dans ce but, s'est associé à M. Lutaud, médecin adjoint de Saint-Lazare.

Ces deux honorables confrères se sont donc efforcés d'exposer les notions théoriques que l'étudiant doit posséder au moment de ses examens, et surtout celles qu'il doit avoir présentes à l'esprit dans la pratique, alors qu'il est éloigné de l'école et abandonné à ses propres ressources en face d'un grave problème à résoudre. L'insuffisance, si fréquente malheureusement, des connaissances obstétricales chez le jeune médecin, amène souvent au début des insuccès qui sont pour lui la source de déboires. On ne saurait donc trop chercher à vulgariser l'étude d'une branche aussi utile de notre art.

L'ouvrage est divisé en sept parties.

La première est consacrée à l'anatomie et à la physiologie ; la seconde, à l'embryologie ; la troisième, à la grossesse et à l'accouchement. MM. Delore et Lutaud étudient avec grand soin les phénomènes de la parturition, et repoussent comme irrationnelle la distinction en phénomènes physiologiques et mécaniques.

La quatrième partie comprend la dystocie. Sous ce titre, MM. Delore et Lutaud entendent tous les cas où l'accoucheur est obligé d'intervenir. La cinquième partie est consacrée à la thérapeutique opératoire. Dans la sixième partie, sous le nom d'*Hygiène obstétricale*, sont réunies toutes les connaissances utiles aux médecins sur le régime pendant la grossesse, les soins à la mère et à l'enfant, l'allaitement, le sevrage, les maladies et la mortalité des nouveau-nés.

Enfin, les auteurs ont réuni, dans une septième partie, les principales notions de médecine légale, relatives à la grossesse, à l'accouchement, à l'avortement, à l'infanticide, à la suppression de part. Les déclarations de naissance dans leur rapport avec le secret médical ont été l'objet d'un article spécial.

Extraits de pathologie infantile de Blache et Guersant (2), publiés par M. le docteur R. BLACHE, avec une préface de M. le docteur ARCHAMBAULT.

Absorbé, presque vers le début de sa carrière médicale, par une clientèle plus nombreuse que n'en eut jamais, à Paris, aucun médecin d'enfant, Blache a été dans l'impossibilité de résumer en un traité spécial les trésors d'observation qu'il avait recueillis dans sa pratique de ville et dans son service de la rue de Sèvres. Il a en revanche écrit, soit seul, soit en collaboration avec Guersant, son beau-père, de nombreux articles sur la médecine infantile dans les dictionnaires, les recueils et les journaux de son temps : articles

---

(1) 1 vol. in-8°. Prix : 9 francs. — Paris, F. Savy.
(2) 1 vol. in-18. Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Cie.

que chacun, il y a peu d'années encore, s'empressait d'aller lire, mais que le temps menaçait de faire bientôt oublier. Le docteur René Blache, qui marche si dignement sur les traces de son père et de son grand-père Guersant, a eu l'heureuse idée de réunir ces publications éparses et presque perdues par le seul fait de leur dissémination. C'est une œuvre de piété filiale qui lui fait grand honneur et qui sera fort utile à ses contemporains.

On lira avec intérêt ce volume dans lequel sont étudiées les principales maladies de l'enfance, mais on regrettera peut-être le respect trop absolu que M. le docteur René Blache professe pour des travaux que les progrès de la science peuvent rendre parfois incomplets ou inexacts. Des notes aux points les plus touchés par les recherches plus récentes auraient permis de placer ce livre avec fruit entre les mains de l'étudiant. Tels qu'ils nous sont présentés, les *Extraits de pathologie infantile* resteront toutefois comme un écho précieux de la médecine des enfants dans la première moitié de ce siècle.

Traité des opérations usuelles (1), par M. le docteur Louis Thomas, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours.

Ce traité est le complément du traité des opérations d'urgence du même auteur. Il a été conçu dans le même esprit, M. Thomas s'est appliqué à lui donner un caractère essentiellement pratique. Il décrit minutieusement les opérations et tout ce qu'il est utile de savoir au lit du malade, et fait aux indications une place plus large que celle qui leur est accordée dans les traités de médecine opératoire.

Un des élèves les plus distingués de l'école de médecine de Tours, M. le docteur Cruet, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui exerce avec distinction la spécialité des maladies de la bouche, a écrit pour cet ouvrage un chapitre sur la chirurgie dentaire usuelle.

Contribution à l'étude des arthropathies tuberculeuses et des inflammations tuberculeuses périarticulaires (2), par M. le docteur P. Zannelis.

Le tubercule est un produit de la scrofule tertiaire qui peut prendre naissance au milieu d'autres produits organisés de cette maladie comme dans tout tissu normal. La tuberculisation de la synoviale articulaire est presque toujours secondaire d'une tuberculose générale ou d'une tuberculose localisée aux parties périarticulaires. Au point de vue anatomique, la tuberculose articulaire affecte trois principales formes qui sont : la tuberculose articulaire confluente, la tuberculose articulaire discrète et l'inflammation tuberculeuse ou caséeuse des articulations. A ces trois formes anatomiques correspondent trois formes cliniques, qui sont : la tuberculose articulaire aiguë, la tuberculose articulaire chronique et l'arthrite tuberculeuse ou caséeuse.

L'évolution de la tuberculose articulaire peut être divisée en trois périodes, dont l'une correspond à la formation des tubercules, l'autre au ramollissement des tubercules, la troisième enfin à la formation des abcès froids tuberculeux périarticulaires ou intra-articulaires.

Quant au traitement, il faut tenter d'abord d'obtenir la guérison par transformation fibreuse des granulations tuberculeuses, en ayant recours à l'immobilisation réunie à la compression et aux révulsifs, et en instituant au malade un traitement général et des soins hygiéniques les plus rigoureux. Si cette cure, littéralement exécutée, au bout de quelque temps, n'amène pas une amélioration appréciable, il faut se décider à intervenir et pratiquer soit le grattage des surfaces articulaires, soit la résection, soit l'amputation, suivant le degré de la maladie, qui sera déterminé, au besoin, par une opération préliminaire.

(1) 1 vol. in-18. Prix : 6 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.
(2) In-8, avec 4 pl. lith. Prix : 3 fr. — Paris, Ollier Henry.

Travaux scientifiques des pharmaciens militaires français (1), par A. Balland.

L'auteur est pharmacien-major de 1re classe ; il a voulu montrer ce que la science doit à la pharmacie militaire. Il donne intégralement les titres des travaux de pharmaciens militaires qu'il a pu recueillir depuis 1700 jusqu'à nos jours. Par un sentiment de réserve qu'on appréciera, M. Balland n'a pas cru devoir citer, — à part une seule exception, — les travaux des pharmaciens militaires encore au service.

En dehors de l'intérêt bibliographique, on lira avec plaisir l'introduction historique et les notices biographiques consacrées aux pharmaciens.

Des cystalgies et de leur traitement chirurgical (2), par M. le docteur Léon Gergaud, ancien aide de clinique à l'École de médecine de Nantes.

L'auteur résume ainsi ce travail qu'il publie sous les auspices de son maître, M. le professeur Guyon.

La cystalgie idiopathique est exceptionnelle. — La cystalgie est presque toujours secondaire ou symptomatique d'une lésion, locale ou éloignée, dont les symptômes ne seront appréciables qu'à une époque plus ou moins éloignée. — Le pronostic est intimement lié à la cause qui provoque la cystalgie. — Le traitement doit être celui de la lésion, reconnue ou supposée. — Dans certains cas, la prédominance du symptôme douleur peut réclamer une indication spéciale; on aura recours au traitement médical (injection de morphine, chloral, etc.) ou au traitement chirurgical (dilatation, incision du col, etc). — Le traitement chirurgical, étant infidèle dans ses résultats, doit être réservé aux cas extrêmes, quand les autres moyens de traitement rationnel, employés avec persévérance, ont échoué.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté, en date du 8 février 1883, M. le docteur Gourgues (Pierre-Octave) est nommé médecin-adjoint au dispensaire de salubrité de la Préfecture de police.

— MM. les médecins des dix-huitième et dix-neuvième arrondissements de Paris sont informés que, le dimanche 4 mars 1883, il sera procédé, dans une des salles de la mairie de chacun de ces arrondissements, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Lebon (Jules-Paul) est nommé aide de physiologie en remplacement de M. Katz, démissionnaire.

M. Grandsire (Paul-Théophile-François), bachelier ès sciences, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Jacquemin, démissionnaire.

M. Wolf (Pierre), bachelier ès sciences, est nommé aide préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Lalande, démissionnaire.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Held, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, d'un cours complémentaire de minéralogie et d'hydrologie.

— Le service de l'inspection de la boucherie de Paris a saisi, pendant le mois de janvier 1883, 47,869 kilogrammes de viandes. Les motifs des saisies sont :

Pour le bœuf : l'étisie extrême, le charbon, la septicémie, les paralysies, la fièvre vitulaire, le météorisme, etc. — Pour la vache : les mêmes maladies et les accidents de la parturition. — Pour le

(1) In-8, prix : 3 fr. 50. Paris, Asselin et Cie.
(2) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

veau : l'entérite, la jeunesse et l'étisie. — Pour le mouton : la cachexie aqueuse, l'asphyxie et l'étisie extrême. — Pour le porc : la ladrerie et l'asphyxie. — Pour le cheval : les eaux aux jambes, le tétanos, les coliques violentes, la mélanose généralisée, l'infection purulente, l'étisie extrême et les maladies aiguës.

— Le service sanitaire de la ville de Vienne coûte 325,000 florins. Il est indépendant de l'Assistance publique, qui figure au budget municipal pour 1,123,620 florins. Mais, en outre, les hôpitaux et les établissements charitables ont des ressources propres qui portent leur revenu annuel à 2,500,000 florins. Les bons de toute nature sont compris dans cette somme pour 100,000 florins environ.

Pour l'Assistance publique, la ville de Vienne dépense 7 fr. 61 par tête; viennent ensuite : Stockholm, 7 fr. 28 ; Christiania, 5 fr. 86 ; Prague, 5 fr. 80 ; Berlin, 5 fr. 72. Ce chiffres sont moins élevés que ceux des villes de Paris et de Londres, qui atteignent 15 fr. et et 11 fr. 25 par tête d'habitant.

Des Maladies simulées dans l'armée et des moyens de les reconnaître, par le docteur W. Derblich, médecin d'état-major dans l'armée autrichienne, traduit de l'allemand et annoté par le docteur Adrien Schmit, médecin de l'École de cavalerie de Saumur. 1 vol. in-8° de 350 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14106.

N° 21. — MARDI 20 FÉVRIER 1883. 56e ANNÉE. MARDI 20 FÉVRIER 1883. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Charité. Exstrophie complète de la vessie chez une jeune fille. — Hôpital des Enfants-Malades. La diarrhée chez les enfants. — Société de Biologie. — Instruments et Appareils. Nouvel irrigateur-aspirateur pour le nettoyage des cavités naturelles ou accidentelles. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Paul Berger.

Exstrophie complète de la vessie chez une jeune fille.

(Leçon recueillie par M. Albert Passant.)

I

La malade qui fait le sujet de cette leçon présente un intérêt d'autant plus grand, que l'exstrophie de la vessie est un fait relativement rare chez la femme; une statistique de Puech en évalue la fréquence au 1/6 ou au 1/7 de celle qu'elle présente chez l'homme, l'affection, dans l'un et dans l'autre sexe, se rencontrant environ une fois sur 100,000 naissances : or le sujet en question est bien une fille, quoique l'état civil en ait fait un homme; elle présente, ainsi que nous le verrons, les apparences extérieures et les attributs du sexe féminin. Mais le fait présent doit être surtout considéré comme un exemple type de cette variété de malformation; elle est, en effet, aussi prononcée que possible, sans pourtant qu'il s'y joigne aucune autre difformité que l'on puisse considérer comme une complication véritable. Voici tout d'abord la description sommaire de l'affection telle qu'elle se présente chez cette malade :

A l'hypogastre, au niveau de l'endroit qu'occupent normalement le mont de Vénus et la symphyse des pubis, on trouve une tumeur arrondie, rougeâtre, saillante, à surface granuleuse et d'aspect muqueux; toutefois cette surface n'est pas partout également lisse et polie comme celle de la muqueuse nasale, par exemple; exposée à l'air, elle a fini par se cutaniser par endroits, de sorte qu'en certains points la tumeur revêt l'aspect de la peau, au lieu que, dans d'autres, elle est plus ou moins excoriée et recouverte de croûtes sous lesquelles se fait une suppuration fétide. Deux saillies latérales, sortes de mamelons d'apparence granuleuse et comme framboisée, existent à la partie inférieure de la tumeur; tandis que la partie supérieure de la tumeur est plutôt sèche, ces saillies présentent une humidité persistante et exhalent une odeur urineuse. C'est, en effet, de ces deux mamelons villeux que suinte l'urine : mais on ne peut voir, à la simple inspection, les orifices qui lui donnent passage.

La tumeur est souple, réductible, moins saillante dans le décubitus dorsal que dans la station ; elle présente une impulsion notable à la toux et sous l'influence des efforts. C'est qu'il y a là, en effet, une sorte de hernie de l'intestin qui repousse en avant la paroi postérieure de la vessie exstrophiée, et qui vient faire saillie au dehors en s'enveloppant de cet organe comme d'un véritable sac herniaire.

Autour de la tumeur, la peau se remarque avec ses caractères normaux; il n'y a pas d'ombilic; c'est, du reste, le cas le plus commun; on ne cite que peu d'observations où l'on fasse mention d'une cicatrice ombilicale distincte. Chez le fœtus, c'est au niveau du bord supérieur de l'exstrophie que vient aboutir le cordon.

A ce niveau, et au-dessus de la tumeur, la peau présente un aspect comme cicatriciel, dépigmenté, aspect décrit par M. de Quatrefages, qui l'a considéré comme une confirmation de ses idées sur la pathogénie de cette affection.

Au-dessous de la saillie vésicale se trouve une surface lisse, qui représente la fourchette vulvaire ; elle aboutit à l'anus qui est situé plus en avant qu'il ne devrait être, au périnée antérieur, mais qui pourtant ne s'ouvre pas à la vulve ; il en résulte un allongement considérable du sillon interfessier. C'est, comme on peut le voir, une ectopie véritable de l'anus établissant comme une transition entre l'anus normal et l'atrésie ano-vulvaire.

De part et d'autre de la fourchette, deux saillies cutanées, couvertes de poils, vont, en divergeant, du côté de l'aine. On y reconnaît facilement les grandes lèvres, qui, peu distantes en arrière, au niveau de l'anus, se séparent et divergent en haut.

Deux autres replis, placés en dedans et en haut des précédents, se dirigent également en haut et en dehors ; ils sont recouverts par la muqueuse vulvaire ; ce sont les rudiments des petites lèvres, qui, au lieu de se réunir en avant de l'orifice vaginal, vont se terminer de part et d'autre à une sorte de bourgeon terminal qu'on reconnaît pour les rudiments, divisés également, du clitoris. Il y a donc une bifidité complète des organes génitaux externes.

Au milieu de ces déformations, que sont devenus les pubis ? Il n'existe ni symphyse, ni mont de Vénus, mais un écartement très notable des deux pubis est facilement constaté à la palpation. On rencontre à ce niveau une certaine résistance produite probablement par des ligaments unissant les deux os séparés. Cette résistance n'est pas comparable à la sensation fournie par un relief osseux. On sent, latéralement, les deux branches des pubis se portant librement en avant ; leur écartement, qui est de 14 centimètres,

est exceptionnel; dans aucune des observations que j'ai parcourues, il ne dépassait 12 centimètres, et il n'est, en général, que de 4, 6 ou 8 centimètres. Cet écartement de l'extrémité antérieure des pubis paraît s'accompagner d'un certain degré d'élargissement du bassin : les crêtes iliaques sont déjetées en dehors, et l'articulation coxo-fémorale paraît dirigée un peu obliquement en arrière.

Nous avons dû endormir la malade pour pratiquer l'exploration des uretères et déterminer la situation des organes génitaux profonds. Pour ce qui est du sexe, l'absence de verge et de testicules apparents, et d'autre part l'apparence des organes génitaux externes, dont on a noté plus haut la disposition bifide, pouvaient déjà faire admettre que la malade était du sexe féminin. Mais la certitude, en pareille matière, ne peut être donnée que par la constatation de l'existence d'un utérus ou des ovaires. Nous devions également nous préoccuper de la disposition des uretères dont les orifices étaient, comme on l'a vu, cachés au milieu des saillies granuleuses qui recouvraient la surface de la vessie. Avec un peu d'attention, nous avons réussi à conduire un stylet dans un orifice situé au sommet de deux mamelons que présentait en bas la saillie vésicale; ce stylet put être conduit avec précaution dans une direction oblique, en haut et en dehors, jusqu'à une profondeur de 6 à 8 centimètres de chaque côté. Nous mîmes une extrême délicatesse dans ces mouvements, et néanmoins, dès le soir, la malade présentait une élévation de température, des vomissements survinrent accompagnés de maux de reins qui ne se dissipèrent qu'au bout de quelques jours. L'introduction d'instruments dans les uretères, qu'elle soit pratiquée dans un but thérapeutique ou dans un but chirurgical, est fréquemment suivie de ces accidents, quelquefois de néphrite aiguë ou même de péritonite; les faits bien connus de Pipelet, de Breschet, de Gerdy, sont là pour le prouver.

C'est en relevant la saillie vésicale que nous vîmes un petit orifice qui ne put laisser passer qu'une sonde de femme, conduisant dans un canal obliquement dirigé vers la gauche; cet orifice n'est autre chose que le vagin, et la déviation latérale de ce canal donnerait à penser que, comme les autres organes, il est bifide. La sonde s'enfonçait jusqu'à un petit corps triangulaire à base supérieure, que faisait reconnaître le toucher rectal; trop volumineux pour être la prostate, qui, du reste, a plutôt la forme arrondie d'une châtaigne, ce corps ne pouvait être autre chose que l'utérus, et même, par le toucher rectal, sur les côtés, on croyait sentir un corps flottant, mobile, arrondi, mais donnant une sensation trop peu définie pour que je puisse affirmer qu'il s'agissait bien de l'ovaire. En poussant plus loin le toucher rectal, on pouvait, en recourbant le doigt en avant, rendre la saillie qu'il faisait appréciable au palper hypogastrique et la faire proéminer à travers la face postérieure de la vessie.

La malade appartient donc bien au sexe féminin; elle a, du reste, des seins très développés; les attaches de ses membres, un peu grêles, sont grasses, tandis que les saillies musculaires sont peu marquées; la voix est également celle d'une femme, et, quoique ces caractères de féminisation puissent se trouver chez des individus du sexe masculin, mais incomplets, comme ceux qui ont subi un arrêt dans l'évolution des testicules, ils confirment les données que nous fournit l'examen physique de la région génitale.

Passons maintenant à l'étude des désordres fonctionnels : ceux-ci se rattachent à trois groupes principaux suivant qu'ils atteignent les fonctions urinaires, les fonctions génitales, ou la locomotion.

1° *Fonctions urinaires.* — Il existe un écoulement continuel de l'urine avec tous ses inconvénients, érythème des fesses, de la rainure interfessière et de la région interne des cuisses. Toutefois cet érythème est moins prononcé qu'on ne l'observe dans certains cas. La malade exhale une odeur infecte, elle est plus sujette qu'une autre à se refroidir par l'exposition à l'air de ces surfaces constamment mouillées. Les urines sont ammoniacales, mélangées de pus, fétides; elles rappellent l'odeur de poisson pourri que présentent les urines des individus atteints de dysurie prostatique; elles sont rares, épaisses et purulentes. Toutes ces altérations des urines sont dues à la cystite chronique dont est atteinte la surface vésicale, cystite probablement accompagnée d'inflammation propagée aux uretères et aux bassinets.

On a vu parfois ces inconvénients atténués par une disposition particulière des uretères dont l'extrémité inférieure se dilatait de manière à retenir quelque temps l'urine, et à permettre une sorte de miction urétérale dans les efforts, miction toujours très incomplète : cette disposition, dont Astley Cooper rapporte un exemple, n'existe certainement pas chez notre malade.

2° *Appareil génital.* — On concevra que nous ne puissions savoir si notre malade possède ou non des appétits génitaux; mais elle n'est pas encore menstruée, ce qui porterait à croire qu'il peut exister quelque imperforation profonde des voies génitales.

3° *Locomotion.* — La locomotion est possible, ce qui pourrait surprendre, étant donné l'écartement des pubis, si nous ne savions que la plupart des malades atteints d'exstrophie marchent avec assez de facilité; mais la démarche est oscillante (on peut la comparer à celle du canard); la marche ne peut pas non plus être longtemps prolongée; une heure ou deux sont la limite que peut atteindre la malade, non sans éprouver même une assez grande fatigue. Disons enfin que la saillie vésicale frottant contre les vêtements détermine une vive sensibilité, et que, pour éviter ce frottement, la malade est obligée de protéger sans cesse son hypogastre avec la main introduite dans la poche de son pantalon.

Nature, variétés de la maladie. — Supposons que l'on veuille reproduire artificiellement cette lésion; il faudrait, sur un sujet normal, enlever la paroi abdominale antérieure dans toute l'étendue qui correspond à la face antérieure de la vessie et cette face antérieure elle-même depuis l'ouraque jusqu'au col vésical, puis réunir de chaque côté la muqueuse de la vessie ouverte, à la peau qui borderait cette solution de continuité. Supposons que l'intestin, pressant sur la face postérieure de la vessie, la pousse au travers de la perte de substance de la paroi abdominale; la hernie vésicale, ainsi produite, serait en tout semblable à la tumeur que l'on observe chez notre malade. Pour compléter l'analogie, il faut enfin supposer qu'un instrument tranchant ait divisé toute la paroi antérieure de l'urètre, du méat urinaire au col de la vessie, ainsi que toutes les parties qui la recouvrent, partie supérieure de la vulve, petites lèvres et clitoris, symphyse du pubis et mont de Vénus, d'où la bifidité et l'écartement de ces organes.

On peut ainsi se rendre compte que la lésion consiste en

l'absence de toute la paroi antérieure de l'appareil urinaire, l'écartement de la symphyse pubienne, et en ce que la partie postérieure de la face interne de la vessie est devenue externe et a été projetée en avant comme par une poussée venue de l'intestin. Telle est la conception que l'on peut se faire de l'ensemble des lésions qui constituent l'exstrophie de la vessie.

Décrite d'abord par Stalpart van de Wiel au XVII[e] siècle, cette affection fut observée pour la première fois chez la femme par Van Horn ou par Ruysch. Ce ne fut que longtemps après néanmoins qu'un mémoire de Chaussier établit la véritable nature de cette affection, entrevue dès 1767 par Devilleneuve, et lui assigna le nom qu'elle porte encore aujourd'hui.

Je ne puis citer ici les auteurs nombreux qui en ont fait le sujet de leurs travaux; qu'il me suffise de dire que son mode de production, attribué jusqu'alors à une cause toute mécanique, fut puissamment éclairé par les progrès de l'embryologie. Dans cette voie, Jean Müller, puis J. Frédéric Meckel et I. Geoffroy Saint-Hilaire, émirent des idées toutes nouvelles que développa plus tard dans sa thèse M. de Quatrefages. Signalons pourtant, comme travaux à consulter sur ce point, la thèse de Jamain, l'excellent travail de Herrgott (de Nancy) qui concerne spécialement l'exstrophie chez la femme, et, au point de vue du traitement, une thèse assez complète, celle de Valdiviéso écrite sous l'inspiration de M. le professeur Le Fort.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. JULES SIMON.

La diarrhée chez les enfants (1).

II

J'ai fait, dans une première leçon, le tableau succinct des diverses formes de diarrhée chez les enfants. J'entre aujourd'hui dans quelques détails.

Chez l'adulte, l'entérite est limitée à l'intestin grêle; chez l'enfant, au contraire, elle s'étend à la fois à l'intestin grêle et au gros intestin. Dans certains cas, la sécrétion de la muqueuse donne lieu à la formation de fausses membranes; dans d'autres, la diarrhée s'accompagne d'écoulement de sang et vous avez l'entérite dysentérique. Quelquefois la diarrhée est due à des troubles fonctionnels du foie, qu'il y ait polycholie ou acholie. Parfois le pancréas ne fonctionne plus et les selles ont l'apparence de graisse émulsionnée. La diarrhée peut survenir encore sous une influence palustre, notamment dans certains pays, et l'on a une sorte de fièvre intermittente se manifestant sur l'intestin, que l'on n'arrête bien d'une façon définitive que par le sulfate de quinine.

Je ne parlerai pas ici des diarrhées utérines qui surviennent à la dernière période de certaines affections et je commence dès maintenant par la diarrhée lientérique simple.

Dans cette affection, les selles sont composées d'aliments indigérés dont l'aspect varie suivant l'âge de l'enfant, grandet déjà, ou à la mamelle. Il ne s'agit pas ici d'une lésion, mais seulement d'un trouble fonctionnel. Le ventre n'est ni chaud ni bien douloureux, il est légèrement météorisé; en somme, il n'y a pas d'état général. Mais cette lientérie conduit souvent à la diarrhée catarrhale caractérisée par une congestion de la muqueuse et une hypersécrétion des glandes; les selles sont plus liquides, séro-muqueuses et à côté d'aliments indigérés on constate des produits de sécrétion séreuse, verdâtre d'abord, puis verte et muqueuse, on trouve des glaires et de la bile en plus grande quantité que dans les selles normales. L'analyse des matières décèle la présence des sels du sang, de l'albumine et de l'hématoïdine, d'où la déperdition rapide des forces des petits malades. De plus, le ventre est un peu météorisé, la langue chargée, saburrale, blanchâtre; le pouls fébrile le soir, paroxystique. L'enfant est grognon, l'appétit est perdu. Aussi n'est-ce plus ici un simple trouble fonctionnel, car à l'état lientérique se joignent des phénomènes d'embarras gastrique; mais c'est là tout.

Dans l'entérite véritable, au contraire, le malade éprouve des coliques assez vives, des douleurs abdominales spontanées; les selles sont très fréquentes, très liquides, d'un vert épinard; elles sont acides et d'une odeur aigre. Le pourtour de l'anus est rouge, les fesses érythémateuses. Le ventre est météorisé, tendu, très douloureux à la pression, les veines abdominales sous-cutanées sont distendues, la peau est chaude; la langue rouge, lancéolée à la pointe comme dans la fièvre typhoïde; le facies est rétracté, les globes oculaires rentrés dans leur orbite, le nez pincé, effilé, froid, les sourcils froncés; les extrémités sont froides. La soif est considérable, sans pouvoir jamais être satisfaite; il y a de l'insomnie, de l'agitation. La fièvre est constante, la peau chaude et le soir on observe un paroxysme très prononcé. L'état général devient parfois si grave que l'enfant a l'aspect d'un petit vieillard.

Ici il y a lésion véritable et non plus seulement trouble fonctionnel. La muqueuse intestinale est enflammée, ramollie même, et l'inflammation est beaucoup plus généralisée, s'étendant à une grande portion de l'intestin.

Cette entérite peut revêtir divers aspects : tantôt l'aspect cholériforme, et l'enfant, qui n'avait au début qu'une simple lientérie, voit le mal progresser, les selles devenir liquides comme de l'eau; il y a à la fois hypersécrétion séreuse, muqueuse et bilieuse et le malade se vide pour ainsi dire. En même temps il vomit, d'abord ses aliments, puis de l'eau sale, légèrement bilieuse. Le ventre est aplati, à peine douloureux et plus froid que chaud; ses parois sont flasques, molles, il semble que la peau soit trop large. Le petit être a fondu subitement, sa figure est violacée, rétractée; il est dans une prostration plus ou moins profonde, poussant de petits gémissements; enfin il y a un refroidissement général du corps, sans fièvre, mais un pouls petit, misérable et sans consistance.

Tantôt la diarrhée se présente, au contraire, avec des phénomènes cérébraux déterminés par les douleurs abdominales, par la fluxion de la muqueuse et peut déterminer, chez les sujets nerveux, jusqu'à des mouvements convulsifs, soit dès le début des accidents, soit seulement dans le cours de la maladie. C'est ainsi que parfois un enfant est pris tout à coup d'une diarrhée intense, non cholériforme cependant, mais douloureuse, avec empreintes et, vu son état nerveux ordinaire, présente des convulsions. D'autres fois, sous l'influence encore de la diarrhée, l'enfant tombe dans l'abattement, dans une prostration analogue à celle que l'on observe dans la fièvre typhoïde : c'est là le fait propre de l'entérite à forme comateuse.

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 février 1883.

Quelquefois les phénomènes accompagnant l'entérite peuvent simuler la méningite par des troubles digestifs, de la diarrhée, des douleurs de tête, de petits cris et une certaine agitation la nuit, voire même un peu de strabisme, de l'inégalité des pupilles. En pareil cas, s'il y a doute dans votre esprit, ne vous prononcez pas, attendez que la méningite vous ait montré ses caractères propres.

Il ne faut pas non plus confondre le flux de sang que l'on observe parfois dans l'entérite avec la dysenterie véritable, qui est très rare chez les enfants. Dans l'entérite, le sang est isolé des produits de la sécrétion, tandis que dans la dysenterie, au contraire, le sang est intimement confondu avec ces produits; de plus, les coliques sont très vives. Dans cette dernière affection, il y a du ténesme, les selles ne sont pas abondantes mais très nombreuses, s'accompagnant d'efforts, d'épreintes, etc. Du reste, j'y reviendrai dans la prochaine leçon et j'arrive maintenant au traitement.

Comme dans la diarrhée lientérique il ne s'agit que d'un trouble fonctionnel, il faut tout d'abord porter son attention vers l'alimentation de l'enfant, la surveiller ainsi que l'hygiène; souvent vous trouverez la cause du mal dans un vêtement insuffisant sacrifié à la mode, dans des bains répétés tous les jours, ce qui est détestable, tandis qu'un lavage à grande eau, fait avec soin, et d'une durée de quelques secondes seulement, est une bonne chose. Puis l'on arrive au traitement curatif. On donnera alors au milieu de la tetée, pour un enfant à la mamelle, une cuillerée à café d'eau de chaux médicinale additionnée de moitié d'eau; si les selles n'en sont pas transformées, on pourra avoir recours à l'eau de Vals (source Saint-Jean), en ayant soin de changer de bouteille tous les deux ou trois jours, cette eau s'altérant assez vite et devenant promptement purgative. On la donnera un peu dégourdie comme température. On fera frictionner le ventre de l'enfant avec de l'huile de camomille camphrée chaude. De plus, on prescrira un ou deux lavements tous les jours pour déterminer en une ou deux fois des garde-robes abondantes et débarrasser l'intestin.

Si l'enfant a atteint l'âge de deux ans, on lui donnera dans les aliments une pincée d'un mélange à parties égales de craie préparée et de phosphate de chaux pulvérisé, auquel j'ajoute, au besoin, un peu de poudre de bismuth. Si cela ne suffit pas et que la lientérie marche à la diarrhée catarrhale alors, comme déjà on observe un peu d'embarras gastrique et de la fluxion intestinale, on aura recours à un éméto-cathartique, 30 centigrammes d'ipéca dans 30 grammes d'eau pour un enfant d'un an. On obtient de cette manière une hypersécrétion favorable, une détente de médicament agissant à la fois comme vomitif et purgatif. De plus, on emploiera les poudres inertes que je vous ai indiquées pour la lientérie simple ainsi que les frictions sur la peau de façon à la faire fonctionner. Si tout cela ne suffit pas, au bout de deux ou trois jours, on prescrira une potion au bismuth légèrement laudanisée, soit une demi-goutte de laudanum dans une potion de 100 à 120 grammes pour un enfant au-dessous d'un an, une goutte de un à deux ans et deux gouttes au-dessus de cet âge. Si cela ne suffit pas encore, on ajoutera à la potion du diascordium, la dose en sera de 30 centigrammes au-dessous d'un an, de 60 centigrammes de un à deux ans et de 2 grammes à trois ans.

Tel est le traitement des accidents diarrhéiques dont je voulais vous parler aujourd'hui.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 février 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Le virus du charbon symptomatique. — M. FRANCK lit une note de M. Arloing sur les modifications du virus du charbon symptomatique sous l'influence de certains agents destructeurs.

Les nombreuses expériences auxquelles s'est livré M. Arloing l'ont conduit aux résultats suivants : le virus résiste à l'influence du froid; quant à la chaleur, elle exerce une influence manifeste et l'on peut compter sur elle pour transformer le virus charbonneux en virus atténué ou vaccinal. M. Arloing a également étudié l'influence sur le virus du charbon symptomatique, des agents dits antiseptiques. Parmi ces agents, il en est qui n'ont pas donné les résultats qu'on en attendait et qui sont restés sans effet sur le virus; tels sont, par exemple, l'alcool camphré ou phéniqué, l'eau oxygénée, etc., qui, selon M. Arloing, ne détruisent pas la virulence du virus bactérien.

M. PAUL BERT déclare que ses propres expériences lui ont montré le contraire en ce qui concerne l'eau oxygénée.

Rapport des ganglions sympathiques avec les nerfs vaso-moteurs. — M. DASTRES, en son nom et au nom de M. Morat, fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Capacité respiratoire des animaux terrestres et des animaux aquatiques. — M. BLANCHARD rappelle qu'en août 1878, M. Bert, en faisant connaître l'analyse du sang d'un marsouin, démontrait que la capacité respiratoire de cet animal était plus considérable que celle des mammifères terrestres, et qu'en outre la masse totale du sang était aussi plus considérable par rapport au poids du corps. MM. Blanchard et Regnard ont fait les mêmes recherches comparativement chez des reptiles, des oiseaux et des mammifères.

Voici quelques-uns des chiffres qu'ils ont obtenus :

Chez les reptiles terrestres, la capacité respiratoire est égale à 5; chez les reptiles aquatiques (le caïman, par exemple), elle est égale à 8,4; chez les oiseaux terrestres (poulet), elle est égale à 12; chez les oiseaux plongeurs (canard), à 18, etc.

En somme, il y a, on le voit, une grande différence entre la capacité respiratoire des animaux aquatiques et celle des animaux terrestres ou aériens, celle des premiers étant plus considérable. M. Bert a démontré qu'il y avait également une différence en faveur des animaux vivant sur les hauteurs.

M. PAUL BERT a mis vingt minutes à noyer un phoque, quatorze à seize minutes à noyer un canard, tandis qu'il faut à peine trois ou quatre minutes pour noyer un chien. Il a montré que les animaux plongeurs ont plus de sang que les autres. Un canard a plus de sang qu'un poulet. Si on ne laisse à ce canard que la quantité de sang qui se trouve dans un poulet, ce canard continue à vivre; mais, plongé dans l'eau, il y meurt dans le même temps que le poulet. MM. Blanchard et Regnard ont été plus loin et ont trouvé un autre élément du problème dans la *qualité* du sang. Il faut donc tenir compte à la fois de la quantité et de la qualité du sang; il faut également faire entrer en ligne de compte l'utilisation du sang, l'appareil respiratoire, les appareils modérateurs du cours du sang, la forme du corps, l'habitude de l'animal.

Mais le fait fondamental est, comme le prouvent les intéressantes expériences de MM. Regnard et Blanchard, la qualité du sang.

La séance est levée.

NOUVEL IRRIGATEUR-ASPIRATEUR

POUR LE NETTOYAGE DES CAVITÉS NATURELLES OU ACCIDENTELLES.

Par M. le docteur J. Maréchal.

I

Tous les appareils usités jusqu'ici pour la manœuvre des liquides et le lavage des cavités, depuis la poire en caoutchouc ou la seringue la plus simple jusqu'à l'excellent irrigateur Eguisier (1), exigent des mains exercées et une certaine dépense de temps et d'attention pour accomplir chaque opération d'une façon suffisamment complète. Quelques-uns, par leur rigidité et leur poids, la compliquent singulièrement. Le but de l'appareil que nous présentons est de simplifier tous les temps de cette manœuvre en assurant sa régularité et sa continuité, de la réduire à un simple mouvement de robinet qu'exécutera le patient lui-même.

En effet, le médecin pourra permettre à son malade, suffisamment initié après quelques démonstrations simulées dans un verre, d'exécuter seul les lavages prescrits et se bornera à en surveiller les effets. Il sera dès lors facile à tout malade d'effectuer *seul, nuit et jour*, sans embarras, presque *sans se mouvoir ni se découvrir*, des pansements qui, dans les procédés ordinaires, sont complexes et réclament plusieurs aides dont le concours ne s'obtient pas sans difficultés. Il suffira, pour s'en faire une idée complète, de jeter les yeux sur la figure 1 ci-jointe, qui représente l'ensemble de l'appareil et de parcourir la légende placée en regard. Bien que formé d'organes déjà usuels, dont le rôle isolé est aisé à comprendre, l'originalité de cet appareil n'échappera à personne. Elle repose sur ce fait que la perméabilité des deux siphons qui le constituent (S U T T' et R C B T'') est incessamment assurée parce qu'à chaque changement dans la direction de la colonne liquide par le mouvement imprimé au robinet, *celui-ci passe et repasse forcément dans une position intermédiaire commune* à ces deux voies.

Légende.

S — Vase récipient supérieur de 10 litres environ, contenant le liquide prescrit pour le lavage de la cavité, sous lequel on peut disposer une lampe à alcool, ou une veilleuse qui maintiendrait le liquide à la température voulue.

U — Tube en ébonite interposé aux deux tubes en caoutchouc souple TT' formant siphon.

P — Poire d'amorce à soupape pouvant aussi servir à la propulsion vive, soit dans la direction de la cavité pour évacuer le tube-raccord CR, soit dans celle du tube T'', afin de l'évacuer complètement dans le vase récipient inférieur I.

D — Robinet (dit à trois eaux) régulateur et directeur de la colonne liquide. (Voir fig. 2.)

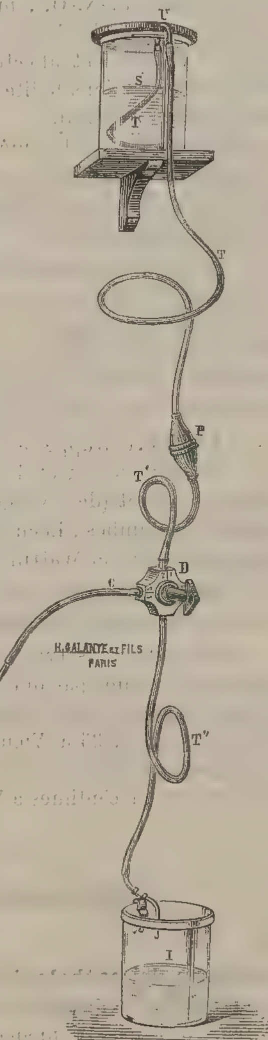


Fig. 1 (vue d'ensemble).

Il en résulte que, grâce à ce confluent mixte, ménagé dans le robinet dit à trois eaux, D, aux deux colonnes liquides d'apport, vers la voie d'extraction T'' I, celles-ci se trouvent toujours amorcées d'emblée, — *quelque direction que leur donne le jeu du robinet,* — par une colonne liquide supérieure à toutes les résistances qu'elles doivent rencontrer. Il va sans dire qu'avant d'appliquer l'appareil, il faudra toujours assurer la continuité des colonnes liquides dans les deux tubes-siphons en le faisant fonctionner à distance du malade et dans la situation même qu'il conservera pendant les pansements.

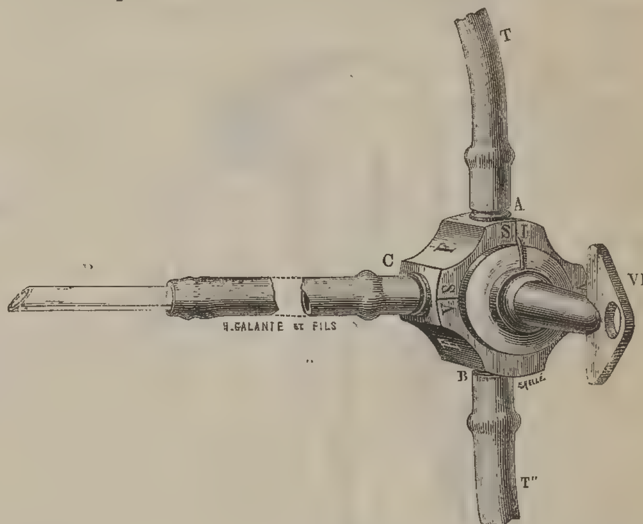


Fig. 2.

Voir fig. 2 et plus loin les détails de la manœuvre du robinet D à trois eaux, — régulateur et directeur de la colonne liquide, — portant :

Trois tubulures : A correspondant au vase supérieur S.
B — — inférieur I.
C — à la cavité qu'il s'agit d'irriguer

et portant un ajutage-raccord en verre R interposé dans le trajet et vers cette cavité (voir fig. 3) et qui permet d'observer le passage et la nature des divers produits à évacuer.

Dès lors, l'opérateur peut à son gré et par une rapide évolution du robinet à trois voies, interposé entre ces deux siphons, transformer le rôle de chacun des tubes et varier instantanément et à l'infini la direction du liquide de lavage.

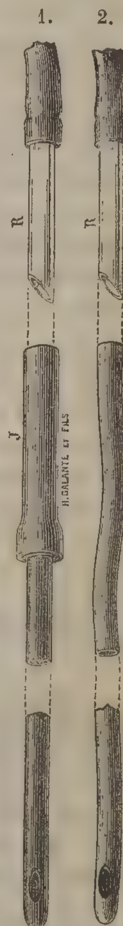


Fig. 3.

J — Joint ou raccord conique en caoutchouc souple pour fixer à la tubulure C, en les engainant étroitement, les sondes, drains ou autres tubes qui plongent dans la cavité à irriguer.

Plus souple et léger, plus simple aussi que toutes les seringues, poires, injecteurs, etc., cet appareil rend la manœuvre plus rapide et plus sûre pour le médecin, *mais surtout la rend accessible aux malades eux-mêmes;* il réalise de ce chef l'un des progrès les plus considérables de la pratique pour ce mode de pansement, car il garantit toute latitude relative à la fréquence de son emploi, à la quantité, à l'espèce et à la température du liquide recommandé pour le lavage ; il assure d'une façon simple la force plus ou moins grande avec laquelle ce liquide est à volonté injecté sans mélange d'air ou aspiré tantôt régulièrement et peu à peu, tantôt brusquement ou abondamment.

Enfin il se recommande par la confiance que donne au malade la certitude d'avoir *à toute heure* sous la main le moyen d'effectuer lui-même, avec tous les ménagements possibles et dans les conditions prescrites, des pansements pour lesquels jusqu'ici l'intervention du médecin, ou tout au moins d'une personne spécialement exercée, était indispensable.

En effet, le siphon reste indéfiniment amorcé, pourvu qu'on ait suffisamment approvisionné le réservoir, dont le fond peut être plus ou moins rapproché d'une veilleuse et maintenu au degré de chaleur convenable.

(1) Y compris le tube de M. Vandenabeele, de Vincennes. — Voir *Journal de Gubler*, 1882, nos 6 à 10, et le tube de L. Keys, de New-York. — Voir *Catalogue Tiemann and Co*, 67, Chatam St., p. 49, fig. 184.

Dès lors, outre le poids de la colonne d'eau que mesure la distance entre le réservoir supérieur et la cavité à laver, on dispose encore de la poire à soupape comme d'un multiplicateur puissant et instantané de l'action de cette colonne liquide dirigée tantôt vers la cavité à injecter, tantôt vers la voie d'écoulement qui en revient.

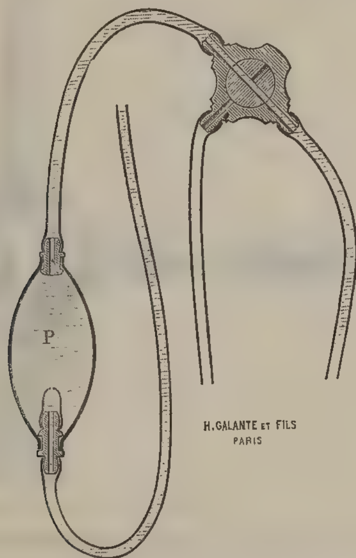


Fig. 4.

Détail des voies du robinet et position qu'il faut donner à la poire d'amorce, après y avoir appelé le liquide du récipient supérieur, pour la purger de l'air qu'elle peut renfermer. Une seule pression suffit alors pour évacuer les dernières bulles d'air.

C'est précisément une des particularités essentielles de l'appareil que cette possibilité de dégorger à tout moment et très simplement par une position spéciale de la clef du robinet, toutes les voies d'apport ou d'extraction dont l'obstruction enrayerait le fonctionnement.

Ainsi donc, sans mouvement brusque ni pression communiquée à des organes douloureux, sans changement ni addition aucune dans les pièces d'appareil, les caillots, fausses membranes, magmas visqueux, les débris de calculs, etc., peuvent être plus ou moins vivement repoussés dans la cavité d'où ils viennent, puis repris par un courant de liquide aussi accéléré qu'on le veut, et définitivement extraits par une véritable aspiration.

Celle-ci, par l'allongement de la branche inférieure T″ du siphon, — que l'on obtient en élevant le plan sur lequel repose le malade, — peut être facilement accrue suivant les indications. Ce double but est atteint par la substitution instantanée du siphon allant du réservoir supérieur à la cavité, au siphon inférieur, allant de la cavité au réservoir inférieur, et réciproquement.

Nous citons ici pour mémoire son application aux tubes à réservoir de Bigelow, pour l'aspiration dans la lithotritie rapide, et à tous les appareils à développement intérieur usités dans l'hydrothérapie utérine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour l'agrégation (section de pathologie interne et médecine légale), ouvert le 1er décembre 1882, a été clos le 16 février 1883. Sont nommés, par ordre de mérite, les candidats dont les noms suivent :

Paris : MM. Hanot, Quinquaud, Hutinel et Robin. — *Montpellier* : MM. Blaise, Beaumel et Artigalas. — *Lyon* : M. Bar. — *Nancy* : M. Schmitt. — *Lille* : M. Leroy.

— L'Académie des sciences, dans son comité secret de lundi dernier, a décerné le prix de physiologie expérimentale à M. Dastres, et une mention honorable à M. Gaétan Delaunay.

Le prix Bréant ne pouvant être décerné, les intérêts annuels, soit une somme de 5,000 francs, sont décernés, sous forme de prix, à MM. Arloing, Cornevin et Thomas, pour leurs recherches sur les maladies épidémiques.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont chargés, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-1883, des cours auxiliaires ci-après désignés, MM. les agrégés dont les noms suivent : Hallopeau, pathologie interne; — Humbert, pathologie externe.

— Une session d'examen pour l'admission des aspirantes sages-femmes à la clinique d'accouchement aura lieu le jeudi 8 mars 1883, à neuf heures très précises du matin. Les inscriptions seront reçues au secrétariat jusqu'au samedi 3 mars prochain inclusivement, de midi à trois heures.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Blanc (Léon), bachelier ès lettres et bachelier ès sciences restreint, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, chef des travaux biologiques, en remplacement de M. Hyvernat, démissionnaire.

— Par décision ministérielle, en date du 16 février 1883, M. Michel (E.-J.-B.), médecin-major de deuxième classe, maintenu provisoirement au bataillon du 65e régiment d'infanterie rentré de Tunisie, a été désigné pour le 26e bataillon de chasseurs à pied.

M. Lambert (F.-P.), médecin aide-major de première classe au 123e régiment d'infanterie, a été désigné pour le service de la place de Paris et affecté au bataillon du 65e régiment d'infanterie stationné dans ladite ville.

M. Brindel (L.-N.-O.), médecin aide-major de première classe au 20e régiment de chasseurs à cheval, désigné pour le service de la place de Paris et affecté au bataillon du 70e régiment d'infanterie stationné dans ladite ville, a été maintenu au 20e régiment de chasseurs à cheval.

M. Déperet (C.-J.-J.), médecin aide-major de première classe au 2e régiment d'artillerie, a été désigné pour le service de la place de Paris et affecté au bataillon du 70e régiment d'infanterie stationné dans ladite ville.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 février 1883, le congrès des Sociétés savantes commencera, à la Sorbonne, le mardi 27 mars, à une heure. — Les journées des mardi 27, mercredi 28 et jeudi 29 mars seront consacrées aux travaux du congrès. — La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 31 mars, à deux heures précises.

— La mort frappe à coups redoublés sur notre confrérie, et nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Chassaniol (de Brest), Claudot (des Vosges), Dessaignes (de Vendôme), Kunzli (de Bois-Colombes), Lachenal (d'Annecy), Rolland (de Sens), Troisier (de Réthel) et Watrin (de Paris).

— MM. Parès et Deniau, médecins de deuxième classe de la marine, ont donné la démission de leur grade.

— De tous les services municipaux, l'instruction publique est celui qui réclame partout les plus lourds sacrifices. Elle coûte à Francfort 13 fr. 44 par tête d'habitant; 11 fr. 80 à Leipzig; 8 fr. 44 à Trieste; 8 fr. 35 à Vienne; 7 fr. 91 à Berlin; 5 fr. 29 à Paris; 1 fr. seulement à Venise; 97 centimes à Moscou; 45 centimes à Lisbonne et 31 centimes à Varsovie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Extraits de pathologie infantile de Blache et Guersant, publiés par le docteur R. Blache, avec une préface de M. le docteur Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants. 1 vol. grand in-8° de 500 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Hygiène professionnelle de l'ouvrier mégissier, par le docteur Choquet. In-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier.

De l'hypertrophie cardiaque dans les néphrites consécutives aux affections des voies excrétoires de l'urine, par

le docteur WEILL. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier.

Arsénicisme professionnel et arsénicisme domestique, par le docteur FERRÉ. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier.

De la castration de la femme, par le docteur NORDAU. In-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14120.

N° 22. — JEUDI 22 FÉVRIER 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 22 FÉVRIER 1883. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE.......... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Exstrophie complète de la vessie chez une jeune fille. — PHYSIOLOGIE. Rapport des ganglions sympathiques avec les nerfs vaso-moteurs. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le nouveau discours de M. Peter renferme une partie clinique qui, se trouvant en opposition avec les théories régnantes, mérite un sérieux examen. On y voit, dans le cours de la fièvre typhoïde, l'hyperthermie se présenter comme un phénomène nerveux n'ayant par lui-même aucune importance, quand il est ainsi isolé, et n'influant en rien sur la marche bénigne de la maladie. On y voit l'hydrothérapie, employée de telle façon que la soustraction de chaleur obtenue physiquement, directement, soit à peu près nulle, n'en agir pas moins avec énergie comme un perturbateur puissant du système nerveux, un excitateur, souvent très utile, mais parfois aussi pernicieux. Rien ne saurait être plus éloigné des idées de Brand et de ses disciples.

Le reste du discours peut être résumé par les propositions suivantes que Cicéron avait introduites dans ses traités célèbres *Des Devoirs* et *Des Lois*. « Ce ne sont pas seulement des principes théoriques, c'est surtout l'art acquis par la pratique et l'expérience qui donne au médecin le succès et le conduit à des résultats dignes d'éloges (*De officiis*, I-XXIV).

« On ne peut pas considérer comme vraiment médicales les prescriptions de ceux qui, dans leur ignorance ou leur inexpérience, prescrivent comme salutaires des traitements capables de causer la mort (*De legibus*, II-V).

« Il faut imiter la pratique des médecins qui traitent les maladies légères avec des remèdes légers et réservent pour les cas graves les remèdes violents et dangereux » (*De officiis*, I-XIV ; voir dans le même sens *De officiis*, I-XXXVIII, etc.)

M. Rochard a pris la parole après M. Peter ; et, lui aussi, il nous a ramené pleinement aux souvenirs classiques. Il s'est attaché à déterminer ce que représentait d'argent la valeur d'un homme adulte. Ce sont là des calculs familiers aux anciens, qui, trafiquant de leurs esclaves, les évaluaient plus ou moins cher, selon certaines conditions.

Aussi M. Rochard a-t-il pris ses exemples chez les anciens. Comparant les hommes qui composaient les armées de Xerxès aux Grecs qui les vainquirent, il a attribué aux premiers une valeur presque nulle et aux derniers une valeur énorme. S'il s'agissait de valeur guerrière ou de valeur morale, la chose serait incontestable. Mais, en fait de valeur pécuniaire, nous ne saurions être d'accord avec l'honorable académicien. En effet, les armées de Xerxès comprenaient les Grecs d'Ionie, plus avancés en civilisation que les Grecs d'Europe ; elles comprenaient aussi tous ces peuples que Xénophon a visités, un peu plus tard, pendant la retraite des Dix Mille et dont il nous décrit lui-même la richesse, le bien-être, le développement social, la culture matérielle et intellectuelle. Sur les marchés d'alors, ces hommes valaient bien autant que les Grecs d'Europe. Nous ferons des remarques semblables à propos de l'armée de Marius, recrutée dans la lie du peuple, comme nous l'apprennent les anciens, et de leurs adversaires, les Cimbres et les Teutons.

M. Rochard n'a pas fait connaître avec précision quels avaient été les éléments de ses calculs. Il a parlé du capital représentant le prix de l'entretien et de l'éducation. Ce capital varie certainement beaucoup suivant les pays et les époques. En Égypte, du temps de Diodore de Sicile, c'est-à-dire peu avant la conquête romaine, on l'évaluait à 18 drachmes, environ 18 francs, pour un garçon ou pour une fille atteignant l'âge de la puberté. Il est vrai que jusqu'à cet âge les frais d'habillement étaient nuls et ceux de nourriture se réduisaient à des racines de papyrus cuites sous la cendre. Et cependant, d'après le prix courant des esclaves, un Égyptien, ou une Égyptienne, pubère, représentait comme valeur commerciale, pour le pirate qui s'en emparait et le vendait, bien plus de 18 drachmes.

M. Rochard a aussi parlé de la valeur des journées de travail et des revenus que l'individu était capable de se faire. C'est d'après cette base que l'on estimait dans l'antiquité les esclaves d'après la profession qu'on leur avait donnée, leur habileté plus ou moins grande dans leur art ou dans leur métier, les profits qui pouvaient en résulter pour eux et par conséquent pour leur maître. On déduisait, bien entendu, de ces profits, les dépenses nécessaires pour leur nourriture, leur entretien et la mise en œuvre de leurs talents. Il faut tenir compte de tout cela quand on veut calculer pour quelle part un homme entre comme producteur dans la fortune publique.

Mais ce qui est plus vrai, c'est que la vie d'un homme, d'un citoyen digne de ce nom, est au-dessus de toute évaluation dans l'intérêt de la patrie. Sait-on jamais quel service il peut rendre dans un moment de danger public ? Sait-on jamais ce qu'on peut perdre en lui ?

Oui, M. Rochard a bien raison quand il dénonce la dépopulation, l'immigration comme de grands périls, quand il demande des mesures d'hygiène qui ne devraient pas se

faire attendre chez un peuple civilisé. Pour nous, ce sont là des vérités plus évidentes que toutes les recherches de moyennes mathématiques.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PAUL BERGER.

Exstrophie complète de la vessie chez une jeune fille (1).

(Leçon recueillie par M. ALBERT PASSANT.)

II

Les variétés anatomiques sont nombreuses et peuvent se distinguer, en dehors de ces types analogues au nôtre, en formes incomplètes de l'exstrophie et en formes complexes, car d'autres malformations s'ajoutent à la malformation urinaire. Étudions d'abord les premières, c'est-à-dire les cas d'exstrophie incomplète.

L'exstrophie peut être représentée par une simple fissure (*fissura vesicæ*, Harnblasenspalte de Meckel) siégeant à l'hypogastre et communiquant avec la cavité de la vessie ; ainsi, M. Gosselin a observé un fait dans lequel la face interne de la vessie ne faisait pas saillie en dehors : il y avait seulement, à la paroi abdominale, une fente donnant accès dans la cavité vésicale ouverte.

On a relaté des cas d'exstrophie partielle, suivant que la partie supérieure ou inférieure était seule prolabée.

Dans des cas plus rares encore, l'ombilic existait, et il était distinct de la tumeur vésicale et séparé d'elle par un intervalle variable (Stoltz, Clément, Prestat) ; il y avait alors un ouraque étendu de la vessie à la cicatrice ombilicale.

Quelquefois, mais rarement encore, on a noté l'absence de disjonction des pubis ; le professeur Rigaud (de Strasbourg) a publié un cas de ce genre. Telles sont les principales variétés d'exstrophie où la malformation est relativement peu prononcée.

Dans d'autres cas, au contraire, à la lésion vésicale s'ajoute un autre arrêt de développement qui lui donne une physionomie plus complexe. Cette malformation surajoutée porte, le plus souvent, sur la partie terminale des voies digestives. Nous avons vu que, chez notre malade, l'anus, sans arriver jusqu'à la vulve, était comme reporté en avant de la place qu'il aurait dû occuper ; mais d'autres fois cet orifice s'ouvrait directement à la fourchette vulvaire comme dans un fait publié par M. Rizet ; ou encore on ne trouvait pas d'anus, le rectum s'ouvrant dans le vagin (cas de Burns cité par Duncan). Dans un autre cas cité par Cooper Rose, plus d'anus visible, plus de rectum : c'était l'intestin qui s'ouvrait dans la vessie. Ou bien un véritable anus contre nature s'ouvrait à l'ombilic, laissant le gros intestin imperforé et indépendant (cas de Puech, de M. Depaul). Enfin on a constaté, en même temps, la coexistence de malformations telles que pieds bots, spina bifida, anencéphalie, etc. ; dans un cas observé par M. Tourdes (thèse de Herrgott), toute la colonne vertébrale était bifide ; l'estomac, ouvert, faisait saillie dans le dos au travers de l'écartement de ses moitiés, et formait ainsi une véritable exstrophie gastrique. D'autres malformations bien plus communes sont celles qui portent sur l'appareil génital. Nous en avons déjà décrit quelques-unes ; chez notre malade, il existait un épispadias véritable : mais souvent le vagin et l'utérus participent à cette bifidité. Nous ne parlons ici, bien entendu, que de ce que l'on observe chez la femme.

La statistique réunie par M. Vigneau (d'Autagnac), dans les *Annales cliniques* de Montpellier en 1856, porte sur 71 cas :

4 enfants étaient morts à la naissance ;
12 sujets succombèrent dans le cours du premier mois ;
15 sujets succombèrent dans le cours de la première année ;
7 sont morts de 1 à 10 ans ;
10, de 10 à 20 ans ;
17, de 20 à 30 ans ;
5, de 40 à 50 ans ;
1 est mort à 70 ans.

L'exstrophie vésicale abrège donc la durée de la vie ; pour ceux qui en sont atteints, les causes de mort sont : l'érythème qui résulte de la perte incessante de l'urine et de son contact avec les téguments, ce contact pouvant déterminer des angioleucites, des érysipèles et toutes leurs conséquences. Il faut tenir compte aussi des refroidissements causés par cette humidité, refroidissements qui peuvent déterminer des pneumonies, des pleurésies et favoriser la tuberculose chez des sujets prédisposés. Ces malheureux mènent une existence triste et morose, retranchés en quelque sorte de la société, par les inconvénients qui résultent de leur infirmité. Astley Cooper nous a conservé la lamentable histoire d'une pauvre fille qui mourut de faim et de froid sur le pavé de Londres, après s'être vue chassée de toutes les places où elle se présentait comme domestique, grâce à son infirmité que trahissait une insupportable odeur urineuse.

D'autres accidents sont provoqués par la situation des uretères, dont l'orifice n'est plus protégé des influences extérieures par le revêtement protecteur que constitue la vessie.

Nous avons vu quelle était, chez notre malade, l'extrême fétidité des urines. Il est permis de supposer que les germes de putréfaction peuvent remonter jusqu'aux bassinets et au rein par cette voie toujours ouverte, de là des accidents de néphrite ou de pyélonéphrite sans compter les dangers immédiats que fait naître l'intervention chirurgicale portée sur les uretères. Notre jeune malade a vu une poussée aiguë de fièvre succéder à l'introduction d'un stylet dans leur calibre, et l'on sait que Gerdy perdit de néphrite suppurée un de ses malades sur lequel il avait tenté d'exciser le bourgeon saillant sur lequel ils s'ouvraient.

Enfin l'accouchement est, pour ces malheureuses, une nouvelle source de périls. Des quatre cas où l'on vit survenir une grossesse chez des femmes atteintes d'exstrophie, un seul se termina néanmoins par la mort (Litzmann) ; il avait fallu achever l'accouchement par une application de forceps au détroit supérieur. Mais dans les trois autres cas (ceux de Huxham, de Thiébaut et de Ayres), il resta, après la délivrance, un abaissement permanent de la matrice, et cela n'a rien qui doive surprendre, puisque l'utérus, chez les femmes atteintes d'exstrophie, manque de la plupart de ses moyens de soutien, symphyse des pubis, périnée, ligaments ronds.

Je ne saurais terminer ces quelques considérations sans rappeler sommairement les discussions qui se sont élevées sur le mode de production de l'exstrophie vésicale.

Chaussier et les premiers auteurs qui s'occupèrent de ce

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 février 1883.

sujet, ne trouvant pas la cavité de l'urètre, admirent son imperforation ; de là, pour eux, une rétention d'urine qui, distendant la vessie pendant la vie intra-utérine, devait être ensuite la cause de sa hernie, puis de sa rupture : telle était, pour eux, la cause et le mécanisme de production de l'exstrophie.

Cette théorie ingénieuse ne peut soutenir l'examen ; et d'abord le canal de l'urètre existe, il est bifide et largement ouvert en avant : l'opinion de Chaussier pèche donc par sa base même.

Chez le fœtus, la vessie communique avec la cavité allantoïdienne par un pédicule qui sera l'ouraque ; que l'urine vienne à être retenue par le fait de l'imperforation de l'urètre, il devrait, ainsi qu'on l'a observé, en résulter une persistance du calibre de l'ouraque et une fistule ombilicale urinaire et non une exstrophie. Mais il y a mieux ; et dans le cas de rétention d'urine survenant pendant la vie intra-utérine, M. Depaul a fait voir qu'il existait une hypertrophie des parois vésicales et non point un amincissement, bien moins encore une rupture.

L'ancienne opinion de Chaussier et Breschet, soutenue depuis lors par Bonn et Duncan, a néanmoins été reprise plus récemment par Fœrster, qui persiste à voir la cause de l'exstrophie vésicale dans une dilatation de l'allantoïde par rétention du liquide versé dans sa cavité.

Tout autre est l'interprétation moderne qui se fonde sur l'étude du développement des organes urinaires. Jean Müller le premier avait soutenu l'idée que l'exstrophie vésicale était due à un arrêt de développement ; J.-F. Meckel et Geoffroy Saint-Hilaire précisèrent encore davantage en affirmant que « l'ouverture de la vessie est due non à une rupture, mais à une non-formation de sa paroi antérieure ». Voici, d'après les recherches les plus récentes, comment on peut comprendre cette malformation.

L'allantoïde, on le sait, apparaît sous forme d'un bourgeon creux à la partie antérieure de l'intestin. Ce bourgeon unique et médian (ce qui réduit à néant la théorie de Jamain, lequel supposait que l'allantoïde était primitivement constituée par l'accollement de deux moitiés symétriques dont la non-réunion déterminait la production de l'exstrophie), ce bourgeon se dirige en avant et en haut, se pédiculise, sa cavité restant d'abord en communication avec la cavité de l'intestin pour former une sorte de cloaque. A la rencontre de ce cloaque s'avance un sillon qui se creuse au niveau de la dépression sous-caudale de l'embryon. Ce sillon est le sinus uro-génital externe qui se divise pour former l'urètre en avant, l'anus en arrière. Ces deux conduits vont s'aboucher avec le cloaque qu'un cloisonnement transversal a séparé en deux réservoirs : l'un antérieur, la vessie ; l'autre postérieur, le rectum. La vessie, dernier vestige du bourgeon allantoïdien, communique avec la cavité allantoïdienne au travers de l'ombilic par l'intermédiaire de l'ouraque, et cette segmentation de la cavité allantoïdienne en deux moitiés, l'une intra-embryonnaire ou vessie, l'autre extra-embryonnaire, est produite par le resserrement des lames ventrales, parties de la colonne vertébrale qui concourent à la formation des parois abdominales. Que le développement de ces lames subisse un arrêt ou un retard, la paroi abdominale et tout ce qui la constitue, os, muscles, aponévroses, téguments, feront défaut dans une certaine étendue, et à ce niveau l'allantoïde restera largement ouverte. Qu'en même temps le développement du sinus uro-génital externe et le cloisonnement du cloaque interne restent imparfaits, et on aura toutes les malformations concomitantes que nous avons énumérées : imperforation ou atrésie de l'anus, communication de l'intestin avec la vessie ou l'ombilic, etc. Telle est, en somme, la manière dont on doit comprendre l'absence d'occlusion de la vessie.

Mais quelle est la cause de cet arrêt de développement des lames ventrales ? Est-elle due, comme l'admit M. de Quatrefages, à des adhérences existant entre l'abdomen de l'enfant et le chorion ? C'est ce que semblerait indiquer l'aspect cicatriciel des téguments autour de la vessie exstrophiée. Nous mentionnons ces divers points sans y insister ; intéressantes au point de vue de l'embryologie et de la tératologie, ces questions ne doivent préoccuper que médiocrement le clinicien.

Peu de mots nous suffiront aussi pour indiquer le traitement auquel nous avons eu recours dans le cas qui nous occupe. Nous n'avons pas eu, en effet, à nous préoccuper de guérir cette lésion, toujours inguérissable, du reste, par une opération que la malade ne réclamait pas et à laquelle elle ne se fût pas soumise. L'opération, en effet, ne peut être ici que *palliative* : elle ne peut reconstituer un sphincter vésical qui fait défaut et, quelle qu'elle soit, elle laissera toujours après elle un écoulement permanent des urines, plus facile, il est vrai, à diriger et à recueillir. Quelques tentatives, il est vrai, ont été faites pour créer une sorte de réservoir accidentel à ce produit d'excrétion, en faisant aboucher les uretères dans le rectum, ou en établissant une fistule recto-vésicale ; mais les essais de Simon et de Lloyd, suivis de la mort des deux opérés qui succombèrent, l'un à la néphrite, l'autre à une péritonite, ne tentèrent pas les autres chirurgiens.

La méthode autoplastique a réuni plus de succès et causé moins de désastres, puisque sur 40 opérations rassemblées par Valdiviéso dans sa thèse, on trouve 32 résultats heureux et 4 morts seulement : par elle on se propose de recouvrir la saillie vésicale au moyen de lambeaux taillés dans le voisinage et réunis en avant d'elle. On sait, actuellement, que la condition essentielle du succès réside dans le doublement de ces lambeaux dont l'un, renversé de haut en bas, tourne sa face épidermique vers la vessie et sa face cruentée en avant, tandis que sur celle-ci vient s'appliquer la face correspondante d'autres lambeaux pris sur les côtés du premier. Pour la confection de ces derniers, on a cherché à utiliser la peau de l'abdomen (Wood), celle du scrotum, mais sans succès (Richard) ; enfin, M. le professeur Le Fort eut l'ingénieuse idée de faire servir à cette autoplastie le prépuce du sujet qu'il cherchait à guérir. Il est rare également que l'on arrive à un résultat complet du premier coup, et il faut procéder par opérations successives pour recouvrir complètement la vessie. Ces opérations peuvent être traversées par des angioleucites, des érysipèles, des inflammations phlegmoneuses provoquées par le contact inévitable de l'urine et des plaies d'avivement. Du reste, le résultat est toujours le même ; il ne permet pas au malade de garder ses urines, il se borne à faciliter l'application d'un urinal et à supprimer les douleurs.

Dans ces conditions, je crois que l'opération ne doit être proposée qu'aux sujets chez qui les désordres fonctionnels sont très péniblement supportés, le port d'un appareil impossible, et qui demandent avec insistance un soulagement par tous les moyens. Tel n'est pas le cas de notre jeune malade, et c'est aussi pourquoi revenant aux moyens adoptés d'abord par Jurine et par Bonn, je me suis contenté pour elle de

faire fabriquer par M. Borgniet un urinal muni d'une plaque protectrice qui recouvre la saillie vésicale sans la toucher, et qui est intimement appliqué au contour cutané de l'exstrophie par des lacs en caoutchouc; vous voyez que cet appareil reçoit la presque totalité de l'urine versée par les uretères et que notre malade se trouve notablement soulagée. Reste à savoir si ce soulagement sera durable et si elle ne reviendra pas plus tard réclamer une intervention plus active que je n'aurai garde de lui refuser.

PHYSIOLOGIE

Rapport des ganglions sympathiques avec les nerfs vaso-moteurs.

Par MM. Dastres et Morat.

On a proposé beaucoup d'hypothèses pour expliquer le mécanisme de cette catégorie d'effets nerveux, chaque jour plus nombreux, connus sous les noms d'*inhibition, action d'arrêt, action modératrice* ou *suspensive*. Les nerfs vaso-dilatateurs offrent un type remarquable de cet ordre de nerfs dont l'excitation provoque la détente et le relâchement d'un organe et le fait rentrer en repos. On a supposé que ces nerfs exerçaient sur les muscles annulaires des vaisseaux une *action élongatrice* directe (Schiff, Grünhagen) : supposition incompatible avec la seule donnée positive que l'on possède sur la physiologie de l'élément musculaire, dont on ne connaît qu'un seul mode d'activité, le raccourcissement. On a pensé, — supposition inexacte, — que les nerfs feraient contracter des muscles longitudinaux (Duchenne, de Boulogne). On a fait intervenir, tout aussi vainement, la contraction des parois des veinules et l'exagération des contractions péristaltiques (Onimus). Prochaska, Brown-Séquard et H. Weber ont admis que l'action primitive des nerfs dilatateurs, au lieu de porter sur la tunique vasculaire, s'exerçait sur les éléments anatomiques circumvoisins.

L'expérience a écarté ces théories et prouvé que le nerf d'arrêt vasculaire ne s'adressait directement ni aux muscles du vaisseau ni aux tissus voisins. Par voie d'exclusion, on est contraint de supposer qu'il agit sur l'appareil nerveux actif des vaisseaux, c'est-à-dire sur les nerfs constricteurs. D'autre part, la physiologie générale ne permet de concevoir l'action d'un filet sur un autre que grâce à l'entremise de la cellule nerveuse. Les amas cellulaires, ganglions périphériques des trois plexus qui enlacent et pénètrent les tuniques artérielles ont donc, entre autres fonctions, celle de mettre en relation les nerfs dilatateurs avec les constricteurs, de manière à en permettre le conflit. C'est dans ces ganglions périphériques que naît et s'engendre l'action inhibitoire, l'interférence nerveuse (Cl. Bernard). Ajoutons que le développement de ces neurocytes dans une région déterminée devient un indice de l'abondance des filets dilatateurs dans cette région. Leur extension générale à tous les départements de l'organisme était, par avance, une indication de l'existence universelle des nerfs vaso-dilatateurs.

L'état actuel de la physiologie rend ces conclusions légitimes. Néanmoins l'expérimentateur n'avait pas vraiment saisi et démêlé dans une masse ganglionnaire isolée le rapport des deux éléments vaso-moteurs antagonistes. Nos recherches viennent combler cette lacune :

1° Le ganglion cervical supérieur exerce une *action tonique* sur les vaisseaux bucco-faciaux. On remarque, en effet, que si l'on coupe le cordon cervical au-dessous du ganglion en question, la région bucco-faciale ne change pas de couleur. Il n'y a point de dilatation vasculaire. Au contraire, si l'on arrache ce ganglion, il y a une dilatation évidente. Le ganglion cervical inférieur, et surtout le ganglion premier thoracique, exercent sur les vaisseaux des diverses régions de la tête (spécialement de l'oreille) une véritable action tonique. On peut mettre en évidence cette excitation constrictive en comparant les résultats de la section de la chaîne sympathique en amont et en aval de l'anneau de Vieussens.

2° Cette action tonique est renforcée par des nerfs constricteurs venus de la moelle avec les racines des 3e, 4e et 5e paires dorsales et les rameaux communiquant qui leur correspondent. L'excitation de ces nerfs resserre les vaisseaux auriculaires, preuve que les éléments constricteurs y prédominent sur leurs antagonistes, à moins qu'ils ne les excluent. D'autre part, ces mêmes ganglions reçoivent, des 8e paire cervicale, 1re et 2e dorsale, des éléments dilatateurs. L'excitation des racines et des rameaux communiquants correspondants dilate les vaisseaux auriculaires, fait que nous interprétons en admettant dans ces cordons nerveux la prédominance des dilatateurs sur leur antagoniste. Nous avons démontré ailleurs la réalité du mélange des nerfs antagonistes fibre à fibre dans les mêmes cordons mixtes (cordon cervical).

3° Que deviennent ces nerfs inhibitoires en arrivant dans les ganglions? L'expérience suivante indique qu'ils s'y terminent et s'y perdent, au moins en partie : l'excitation en masse du cordon sympathique immédiatement au-dessous du ganglion stellaire, produit habituellement la vaso-dilatation; tandis que l'excitation pratiquée au-dessus du ganglion cervical inférieur provoque habituellement la constriction. Ces épreuves nous montrent, dans les ganglions sympathiques, des centres toniques vasculaires et des centres d'interférence ou exhibition. Nous voyons, en effet : 1° un amas ganglionnaire extra-médullaire; le ganglion premier thoracique se comporte comme un centre tonique d'où partent des filets contricteurs des vaisseaux ; 2° des filets constricteurs se rendre de la moelle à ce centre et en renforcer l'activité; 3° des éléments antagonistes des précédents, capables d'en enrayer et d'en suspendre l'énergie, naître de la moelle et aboutir au ganglion où s'exercera leur faculté inhibitoire.

Cet exemple n'est pas isolé.

En étudiant les vaso-dilatateurs du membre inférieur, nous avons trouvé que les ganglions second et troisième lombaire agissaient aussi comme centres toniques et inhibitoires.

On retrouve ainsi réellement dans les ganglions volumineux de la chaîne sympathique les propriétés que l'on supposait exister dans les amas ganglionnaires de la périphérie. En éclairant la physiologie de ces masses nerveuses, l'expérience les rapproche les unes des autres et fait comprendre l'unité de ce système à travers les différences de volume et de situation de ses ganglions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 février 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Siredey qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale;

2° Une note sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur un régiment stationné dans le Sud-Ouest de la France, en 1881, par M. le docteur Douat ;

3° Un travail intitulé : *Abcès périnéphrétique, ponction exploratrice et incision à la région lombaire*, par M. le docteur Desmaroux (d'Huriel);

4° Une lettre de M. le docteur Bessette, président de l'Association médicale de la Charente, qui demande à l'Académie de vouloir bien ouvrir une souscription pour l'érection d'une statue à M. Bouillaud (le bureau a décidé qu'une souscription serait ouverte à l'Académie et que la liste serait déposée dans ses bureaux) ;

5° Un tableau statistique des enfants du premier âge dans la commune de la Grand'Combe, par M. le docteur Sagnier;

6° Une note manuscrite de M. Bodard sur l'*alimentation artificielle du nouveau-né ;*

7° Un mémoire, avec planche à l'appui, *sur le diagnostic des*

lésions valvulaires du cœur par la percussion, par M. le docteur Antoine Cros.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre associé national.

La commission présente :

En première ligne	M. Ollier (de Lyon).
En deuxième —	M. Parise (de Lille).
En troisième —	M. Denucé (de Bordeaux).
En quatrième —	M. Herrgott (de Nancy).
En cinquième —	M. Debout (d'Orléans).

Le nombre des votants étant de 65, la majorité est de 33.

M. Ollier obtient	51	suffrages.
M. Parise	9	—
M. Denucé.	5	—
M. Herrgott	4	—

En conséquence, M. Ollier, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre associé national.

RAPPORT

M. PROUST donne lecture du rapport de la commission du concours Vulfranc Gerdy, qui a proposé de nommer M. Omont stagiaire de l'Académie aux Eaux minérales. (Adopté.)

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. PETER. On en est venu, d'abstraction en abstraction, à ne voir dans *les* fièvres typhoïdes que *la* fièvre typhoïde, dans la fièvre typhoïde que la fièvre, dans la fièvre que la chaleur. Mais c'est là une conception très inexacte. La chaleur peut s'élever beaucoup sans que la fièvre typhoïde soit plus grave, sans qu'elle demande pour cela une intervention médicale active.

M. Peter cite à ce propos l'exemple de deux jeunes malades, traités dernièrement dans son service à la Charité. L'un, âgé de seize ans et demi, avait, au moment de son entrée, une température qui atteignait 40°,5. Il présentait, le lendemain, 41 degrés, et pendant douze jours cette hyperthermie se maintint sans changement, en plateau. Cependant le pouls n'était pas très rapide, il ne dépassait pas 104 pulsations; la langue n'était pas sèche. Il n'y avait ni stupeur, ni délire, ni ataxie.

La médication fut très simple : 25 à 30 centigrammes de sulfate de quinine par jour. Tout se passa bien.

L'autre malade, âgé de seize ans, mais impubère, eut, lui aussi, de l'hyperthermie, sans autre symptôme alarmant. La température oscilla chez lui, pendant plusieurs jours, entre 40°,2 et 40°,8. On ne lui donna aucun remède.

« Je l'ai traité par la contemplation, » dit M. Peter. Et cependant il est des cas où il est bon d'intervenir; où l'hyperthermie se trouve jointe à d'autres signes pour indiquer l'utilité d'avoir recours à l'hydrothérapie, aux affusions froides, aux bains froids. Mais ce n'est pas en refroidissant que l'hydrothérapie est utile, c'est en agissant sur le système nerveux, dont l'hyperthermie comme le délire, comme l'ataxie, trahit le trouble.

On peut admettre que la tolérance pour les bains froids est proportionnelle à la chaleur dans une certaine mesure, mais surtout au désordre du système nerveux. Ils peuvent convenir contre l'adynamie comme contre l'ataxie. Il y a près de cent ans déjà qu'un médecin anglais, employant l'hydrothérapie contre les affections fébriles, fit la remarque qu'elle abaissait la température, sans affaiblir comme les saignées et les vomitifs ; qu'elle relevait même les forces et refroidissait *in vigorem*, selon l'expression employée par lui.

M. Peter a donc recours à l'hydrothérapie, comme à un moyen très puissant, contre les formes graves de la fièvre typhoïde, quand l'agitation, le délire ou la stupeur témoignent de la malignité. Il emploie les lotions de vinaigre quand les phénomènes inquiétants sont peu accentués. Il les employa, par exemple, récemment chez une jeune femme dont la température dépassa 41 degrés durant deux jours. Elle guérit parfaitement.

Chez une autre femme, la température était de 40°,4 ; mais en même temps que cette hyperthermie, on observait une stupeur extrême, avec mutisme, inconscience complète. Les lotions de vinaigre ne produisaient rien. M. Peter fit plonger cette femme pendant cinq minutes dans un bain à 18 degrés. La température rectale s'était abaissée, après ce bain, de 2 dixièmes de degré; mais, bien qu'on vît un certain changement dans l'aspect de la malade, l'inconscience restait la même. Le soir du même jour, M. Chauffard fit prendre un nouveau bain de la même durée et à la même température. La malade parut se réveiller un peu; elle dit quelques mots, demanda à boire, donna divers signes d'intelligence. Le lendemain, après un troisième bain, la connaissance était revenue, et on put cesser l'usage des bains. La maladie suivit un cours normal et se termina par la guérison. Bien évidemment, dans ce cas, il est impossible d'expliquer, par la quantité de chaleur soustraite pendant ces trois bains de cinq minutes, l'effet remarquable qu'on en obtint. On avait ranimé les fonctions du système nerveux par un choc puissant. Mais ce choc, s'il est quelquefois, comme dans ce cas, presque miraculeusement utile, peut être également nuisible quand on veut le donner à tort et à travers, quels que soient les symptômes, et chez tous les malades.

M. Peter cite des cas de congestions pulmonaires mortelles, d'hémorragies intestinales, de collapsus avec hyperthermie, de syncopes fatales, dans lesquels l'administration systématique des bains froids paraît avoir été la cause directe et immédiate des accidents.

A propos d'une jeune malade morte d'une congestion pulmonaire double, qui l'avait prise au sortir du bain, il exprime le regret qu'on n'ait pas eu recours à la saignée, remède souvent héroïque en pareil cas, mais trop négligé maintenant, même en face des indications les plus évidentes. Ce qui a fait abandonner l'usage des saignées, c'est son emploi systématique à une période précédente.

Les médications systématiques ont toujours pour elles les incompétents, les naïfs qui se figurent que c'est arrivé, les imprudents, parmi lesquels il faut mettre en première ligne les jeunes gens, naturellement téméraires par la fougue même de leur âge. Ceux-ci sont toujours disposés à traiter de caduques les scrupules de leurs maîtres, et à employer pour ceux-ci une expression qui rime avec caduque. Un jour, les élèves du docteur Bouley, alors médecin de Necker, clinicien très habile et très prudent, parlaient avec lui d'une de ces médications systématiques. Il leur en avait montré les dangers. Mais eux, ne se laissant pas convaincre, ils insistaient en prétendant que cette médication, employée dans un autre service, n'y avait pas paru aussi dangereuse qu'il le supposait. Alors M. Bouley, avec un fin sourire, leur dit simplement : « Les malades sont souvent plus forts qu'on ne croit. » M. Peter traduit la même pensée par la phrase suivante : « Il est souvent difficile de tuer un homme, même malade. » Mais les médecins ne sont pas faits pour tuer, et ils n'ont pas à chercher la limite de la résistance du malade.

Contre la fièvre typhoïde, les médications systématiques se sont succédé en grand nombre.

On peut en compter au moins six :

1° Le sulfure noir de mercure ;

2° Les émissions sanguines répétées coup sur coup, selon la méthode de Bouillaud ;

3° Les purgatifs quotidiens que préconisait Delaroque ;

4° Le sulfate de quinine à doses massives ;

5° L'alcool ;

6° Les bains froids.

Toutes ces médications sont bonnes dans certains cas ; mais c'est leur généralisation systématique qui est mauvaise. Ce qu'il faut opposer aux fièvres typhoïdes, dans leurs diverses formes, c'est la médecine des indications, la médecine des symptômes, comme d'autres l'ont nommée ; celle qui se base sur l'observation de tous les instants, qui tient compte de tous les phénomènes, qui proportionne le moyen au résultat à effectuer.

Un vrai médecin n'emploie pas contre une maladie légère, dans

un cas simple, un traitement violent dont l'énergie fait le danger comme l'utilité possible.

On a proposé comme épitaphe pour Graves « il nourrissait les fièvres » ; pour Curlie « il baignait les fièvres ». M. Peter demande, pour lui-même, mais le plus tard possible, cette inscription tombale : « Il combattit la chimiatrie et les médications systématiques. »

Il se moque agréablement du Messie allemand et de sa baignoire devenue Jourdain pour la rédemption des typhiques. Il conjure la médecine française de rester ce qu'elle fut toujours, la médecine du sens commun.

M. ROCHARD veut exclusivement revenir sur la question d'hygiène qu'il a déjà abordée dans le courant du mois de novembre de l'année dernière. Pour montrer toute l'importance de cette question, il cite les chiffres suivants : En 1882, il y a eu dans la ville de Paris 3,276 décès causés par la fièvre typhoïde ; sur ce nombre, 1,449 ont eu lieu dans les hôpitaux et 1,827 à domicile ; en 1881, la même maladie n'avait fait que 2,120 victimes (1,156 de moins). La mortalité générale a été de 59,674 en 1882, de 56,820 en 1881 (2,654 de moins). La mortalité est donc maintenant à Paris de 26,55 p. 1000 ; il y a dix ans elle oscillait entre 21 et 23 p. 1000 et elle va sans cesse en croissant.

Pour en revenir à la fièvre typhoïde, les 1,449 décès causés dans les hôpitaux par cette maladie correspondent à 9,361 entrées, ce qui fait 15,47 p. 100. C'est là moyenne générale que l'on retrouve un peu partout quand on prend les mêmes bases de calcul.

Dans les statistiques des hôpitaux de la marine, M. Rochard avait trouvé une moyenne de plus de 22 p. 100 ; mais, comme dans les chiffres analogues relatifs à l'armée, il faut voir le résultat de diagnostics posés à l'entrée et non rectifiés postérieurement. Pour trouver le total des fièvres typhoïdes traitées, il faut y joindre les fièvres continues, fièvres muqueuses, etc.

En adoptant donc pour la ville une moyenne de mortalité égale à celle des hôpitaux, on trouve un chiffre de 11,830 malades probables.

D'après ces bases, M. Rochard établit le bilan des sommes perdues pour la fortune publique.

Le séjour à l'hôpital des malades qui y ont été traités, représente 240,083 journées à 3 fr. 60 ; total : 744,257 fr. 30 pour la part contributive de la ville de Paris. Si l'on ajoute à cette somme 1,187,120 francs pour les journées perdues durant la convalescence des malades guéris, ce qui n'évalue qu'à 2 francs le prix d'une journée de travail, on trouve, pour les malades traités dans les hôpitaux, une dépense totale de 871,570 fr. 30.

Par un calcul analogue, on arrive à un total de 4,231,727 pour les malades traités en ville et guéris.

Reste à évaluer le prix des morts. M. Rochard proteste contre toute interprétation malveillante de sa pensée. Aux yeux d'un père, la vie de son fils est sans prix. Mais au point de vue social les hommes ont une valeur calculable, puisqu'on peut assurer cette valeur. D'ailleurs ils n'arrivent pas à l'âge du travail sans avoir coûté beaucoup en frais de nourriture, d'entretien, d'éducation.

Le capital ainsi dépensé doit entrer en ligne de compte. D'une façon générale, on peut dire que plus la civilisation se développe, plus la valeur de l'homme augmente. Elle était nulle ou à peu près dans la foule des Cimbres et des Teutons qui envahissaient l'Italie ; mais elle était considérable dans l'armée de Marius. Elle ne représentait rien dans la multitude des soldats de Xerxès ; mais chacun des Grecs qui résistaient à l'invasion avait sa valeur personnelle.

M. Rochard a calculé, — il ne dit pas sur quelles bases, — que cette valeur représente de nos jours, en France, une moyenne de 12,000 fr. par tête pour un homme de 20 ans. En réduisant à moitié cette somme, en évaluant le prix de chaque individu à un capital de 6,000 francs seulement, on trouve pour les 3,276 morts de l'année 1882 un capital perdu de 19,656,000 francs, qui, ajouté aux frais de maladie, forme un total de 23,887,727 francs pour cette année et pour la ville de Paris seulement.

Or ce n'est pas tout : en même temps que la mortalité par fièvre typhoïde, la mortalité générale produite par l'ensemble de toutes les maladies s'est accrue proportionnellement. On pourrait donc la diminuer proportionnellement par les mesures d'hygiène que l'on prendrait à l'occasion de la fièvre typhoïde. Supposons qu'on la ramène à la proportion qu'elle avait il y a dix ans. Ce serait par an une économie de 11,182 décès, représentant une valeur de 67,092,000 francs par an. — Diminuons même ce chiffre de moitié, il resterait encore 33,545,000 francs que l'on pourrait économiser par an, c'est-à-dire un capital de 670,920,000 francs. En conséquence, M. Rochard supplie l'Académie de voter les mesures d'hygiène qu'il lui a déjà proposées au mois de novembre de l'année dernière et qui peuvent conduire à ce résultat.

La France est dans des conditions qui exigent chez elle l'économie des hommes. Nous ne sommes pas prolifiques comme les Chinois. Le chiffre de la population ne peut déjà se maintenir que par l'immigration, et les immigrations, qui modifient la race, sont le prélude des invasions, qu'elles préparent et facilitent.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, de la part de M. le docteur Apostoli, un nouvel excitateur utérin double. (Sera publié.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours spécial pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 22 mars 1883, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 20 février 1883, et sera clos définitivement le mercredi 7 mars, à trois heures.

— Le nombre des places mises au concours de l'agrégation de chirurgie et d'accouchement est de quinze, qui se répartissent de la manière suivante pour les différentes Facultés de France.

Paris : 3 places de chirurgie et 1 place d'accouchement ; — *Bordeaux :* 2 places de chirurgie ; — *Lille :* 2 places de chirurgie ; — *Lyon :* 3 places de chirurgie et 1 place d'accouchement ; — *Montpellier :* 1 place de chirurgie ; — *Nancy :* 2 places de chirurgie.

La première séance dudit concours aura lieu le jeudi 1er mars à cinq heures, à la Faculté de médecine de Paris, salle des thèses. L'ordre du jour comporte : 1° La constitution du jury ; 2° la détermination des jours et heures des séances ; 3° le choix des sujets de la composition écrite qui sera donnée le lendemain 2 mars aux candidats sur une question d'anatomie et de physiologie ; 4° l'appel des candidats.

— Par décision ministérielle en date du 19 février 1883, M. Jacquin (Alexis), médecin-major de première classe au 4e régiment d'infanterie, a été désigné pour le 35e régiment de même arme.

— Par arrêté préfectoral en date du 15 février 1883, M. Béraud (R.-O.-P.), interne en médecine à l'asile public d'aliénés de Vaucluse, est attaché en la même qualité à l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, en remplacement de M. Millet, appelé à un autre emploi.

M. Ladoucette (E.-E.), désigné à la suite du concours du 4 décembre 1882 pour exercer, pendant l'année 1882, les fonctions d'interne provisoire en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, remplace à l'asile public d'aliénés de Vaucluse M. Béraud, qui passe à Sainte-Anne.

— M. Paradis (P.-A.-G.), pharmacien-major en retraite, est nommé à la perception de Laroque (Pyrénées-Orientales), troisième classe.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. A. Lüer, qui s'était fait un nom justement estimé, comme fabricant d'instruments de chirurgie. Ses obsèques auront lieu demain jeudi, à midi, à son domicile, boulevard Saint-Michel, 63.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons sur les maladies mentales, par le professeur B. Ball. Quatrième fascicule : *Des causes de la folie* (suite). De la folie rhumatismale. — Des folies sympathiques. — Des folies génitales. — De la folie puerpérale. — Des folies toxiques. — De l'encéphalopathie saturnine. — De l'alcoolisme aigu. — Du delirium tremens. — De l'alcoolisme chronique. — De la dipsomanie. — De la pseudo-paralysie générale alcoolique. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Cie.

Étude sur l'endocardite du cœur gauche et sur quelques anomalies valvulaires et d'orifice de nature non inflammatoires, par le docteur Haranger. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier.

Leçons sur la thérapeutique de la syphilis, par le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine. Recueillies par M. Hamonic. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14129.

N° 23. — SAMEDI 24 FÉVRIER 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 24 FÉVRIER 1883. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Maladies par ralentissement de la nutrition. — Des lésions anatomiques et de la nature du myxœdème. — Société de Chirurgie. — Souscription publique pour l'érection d'une statue à Philippe Pinel. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies par ralentissement de la nutrition.

Un peu de pathologie générale ne messiéra pas en tête de cette Revue. Si les faits particuliers doivent y occuper la première place, elle ne saurait cependant se désintéresser entièrement des faits généraux qu'ils concourent eux-mêmes à constituer et dont ils reçoivent à leur tour, en échange, leur interprétation physiologique. C'est au cours de pathologie générale de M. le professeur Bouchard, et particulièrement aux leçons professées en 1879, 1880, qui viennent d'être récemment publiées (1), que nous emprunterons quelques considérations sur l'étiologie et la pathogénie des maladies par ralentissement de la nutrition. Ces considérations partent de la physiologie, éclairent la pathogénie d'un grand nombre d'affections chroniques et fournissent des indications utiles pour la thérapeutique. Elles ne sauraient donc être déplacées ici, comme on en jugera d'ailleurs.

En prenant pour sujet de ces leçons la question des altérations générales de la nutrition, envisagées comme causes de maladies, M. Bouchard a voulu, suivant en cela la trace de l'un de ses anciens maîtres et prédécesseurs dans la chaire de pathologie générale, Andral, réunir et utiliser les nombreux documents épars dans la science, qui lui ont paru susceptibles de montrer comment la maladie se produit, comment ses éléments s'enchaînent, à quels résultats elle aboutit, en d'autres termes, comment elle naît, comment elle évolue, comment elle finit, comment elle peut être abrégée.

M. Bouchard est parti du fait physiologique de la nutrition, c'est-à-dire de la notion acquise du double mouvement moléculaire d'introduction et d'expulsion et du travail continu de transformation chimique qui suit l'un et précède l'autre, double série d'actes dans lesquels se résument les phénomènes de la mutation intra-organique ou nutritive. Étant donnée la connaissance des lois suivant lesquelles s'accomplit ce quadruple travail, avec l'impulsion des forces qui l'engendrent et de celles qu'il produit, M. Bouchard a abordé l'étude pratique des maladies qui résultent d'un trouble de cette fonction et en a recherché les conditions dans toutes les causes qui peuvent altérer chacun des actes qui la constituent, augmenter, diminuer ou pervertir la translation de pénétration, les transmutations d'assimilation, les transmutations rétrogrades, la translation d'expulsion.

Les troubles circulatoires, les altérations vasculaires, les modifications de la température, la composition chimique des plasmas et, par conséquent, la composition du sang et indirectement la qualité des aliments, et enfin le mélange aux sucs nutritifs de matières à faible capacité calorifique, toutes ces conditions peuvent influencer la translation de pénétration, l'activer ou la restreindre.

L'insuffisance de certaines matières alimentaires ou le vice de proportion dans les parties constituantes normales des aliments influencent souvent d'une façon fâcheuse les actes assimilateurs. Certaines substances étrangères qui pénètrent avec les ingesta et se fixent dans les éléments anatomiques, peuvent modifier et le plus souvent ralentir les transformations assimilatrices. Les influences nerveuses, la chaleur, la lumière, jouent un rôle considérable dans l'activité de ces métamorphoses. Ils peuvent exercer une influence également considérable sur les transformations désassimilatrices.

Enfin la translation d'expulsion peut être influencée par tout ce qui fait varier les conditions de la diffusion, par la concentration ou la dilution des sucs ambiants et, par conséquent, par l'activité plus ou moins grande des sécrétions, par l'ingestion plus ou moins grande des boissons. Elle est soumise, en outre, aux variations de la circulation veineuse ou lymphatique ; elle est dominée par l'intégrité de la fonction rénale ; elle dépend, comme les transmutations rétrogrades, de l'activité respiratoire et de la quantité d'oxygène qui peut être employée à la production des matériaux d'excrétion. Elle est, enfin, placée sous l'influence régulatrice du système nerveux.

Tels sont les prolégomènes qu'il était indispensable de rappeler sommairement pour faire mieux comprendre la position des termes du problème qu'il s'agissait d'élucider. Nous allons entrer maintenant de plain-pied, avec M. Bouchard, dans le domaine de la pathologie.

Voici, comme premier exemple, un fait des plus communs, que tout médecin a vu ou devra voir dans sa pratique. C'est celui d'un jeune homme de quatorze à quinze ans, soit

(1) Maladies par ralentissement de la nutrition, cours de pathologie générale professé à la Faculté de médecine de Paris pendant l'année 1879-1880, par M. Ch. Bouchard, recueilli et publié par M. le docteur H. Frémy. — Paris, 1882, chez F. Savy, 77, boulevard Saint-Germain.

un collégien, pour avoir plus près sous la main les termes de comparaison. Ce jeune homme, en pleine période de croissance active, est soumis aux mêmes travaux, aux mêmes exercices, au même régime alimentaire, aux mêmes conditions hygiéniques que ses camarades. Mais, tandis que ceux-ci conservent leur bon état de santé, lui dépérit, s'amaigrit, pâlit, s'affaiblit ; il devient nonchalant, apathique ; il n'a plus le goût au travail ni à la distraction ; le moindre exercice l'essouffle. Le médecin appelé à l'examiner scrute les différents organes et déclare que l'enfant n'est pas malade, mais que « sa constitution change », et il prescrit le fer, le quinquina, les biftecks. La prescription est suivie. On n'obtient rien. Mais que le médecin analyse les causes de cet état morbide, il reconnaîtra qu'une modification profonde est survenue dans l'organisme de l'enfant, qu'il a été soumis à une croissance rapide, sans que les modificateurs hygiéniques aient été adaptés à ses nouveaux besoins. La substance de son corps augmentait rapidement et il n'avait, pour suffire à cet accroissement, que l'alimentation réglementaire strictement calculée d'après les exigences moyennes des enfants de son âge. Encore n'acceptait-il les aliments qu'avec indifférence ou avec dégoût ; il n'ingérait pas tout ce qui lui était offert et n'élaborait pas bien tout ce qu'il ingérait. L'inappétence et les troubles digestifs étaient provoqués ou entretenus, ou aggravés par l'inaction, par l'ennui, par la vie confinée, etc. Il y a donc eu, pour ces diverses causes, insuffisance de l'apport au moment où l'organisme réclamait une plus grande quantité de matériaux pour la constitution des éléments de nouvelle formation. Cette matière, qu'ils ne puisaient pas dans les aliments, les tissus en croissance étaient obligés de la soustraire aux tissus déjà formés ; et de cette croissance, effectuée dans des conditions vicieuses, résultent des tissus nouveaux imparfaits au point de vue de leur constitution chimique, en même temps qu'une détérioration chimique des tissus anciens spoliés indûment par les organites nouveaux.

Ainsi renseigné, le médecin pourra instituer une thérapeutique rationnelle. Il prescrira le lait, qui sera élaboré facilement, qui, par la graisse et le sucre, suffit aux besoins respiratoires d'un organisme soumis au repos, qui renferme la substance protéique sous une forme que les agents de la digestion rendent facilement assimilable, qui contient enfin les matières minérales dans la proportion des besoins de l'organisme. Il y ajoutera les œufs, surtout le jaune d'œuf, où se trouvent condensés à l'état de lécithine les matériaux organiques indispensables pour la constitution des cellules de nouvelle formation et l'acide phosphorique qui se trouve dans le vitellus sous la forme directement assimilable. Il ajoutera enfin à ces éléments essentiels le pain qui donnera par surcroît ce qui fait le plus défaut dans l'organisme appauvri, la chaux et les phosphates, etc.

En même temps, il conseillera le repos physique et intellectuel, le changement d'air, le séjour à la campagne.

Sous l'influence d'une telle hygiène et sans la participation d'aucun médicament, l'amélioration ne tardera pas à se produire.

Du fait de croissance exagérée de la seconde enfance, au milieu de la santé, M. Bouchard, passant à un autre exemple, nous montre les conséquences des croissances rapides dans l'état de maladie, d'où des détériorations de l'organisme dues à la fois à la croissance, à l'inanition, aux métamorphoses exagérées ou anomales, origine des scrofules et des tuberculisations.

Si de la croissance exagérée de la seconde enfance on remonte à la croissance de la première enfance, on arrive à un exemple d'un autre genre : celui des altérations survenant sous l'influence d'un sevrage prématuré ou d'un sevrage tardif, d'une alimentation grossière, inappropriée ou disproportionnée aux besoins de l'enfant et amenant, entre autres dégénérescences, le rachitisme.

Après les maladies de croissance liées à un défaut d'alimentation, après celles qui résultent de la mauvaise qualité des aliments, n'agissant pas seulement en empêchant l'organisme de recevoir la quantité voulue de telle ou telle substance nécessaire à la croissance, mais encore en empêchant la fixation, l'utilisation de ces substances par la diminution de l'alcalinité des humeurs ou par la prédominance des acides organiques, etc., M. Bouchard nous montre des altérations analogues se produisant chez l'adulte et le vieillard, l'ostéomalacie consistant dans la décalcification des lamelles osseuses avec conservation de ces lamelles décalcifiées par suite de l'accumulation des acides organiques.

Cette étude comparée du rachitisme et de l'ostéomalacie donne non seulement la connaissance des conditions pathogéniques de ces maladies, mais elle sert surtout d'introduction à l'histoire des maladies par excès d'acides et d'une façon générale à l'histoire des maladies où le trouble de la nutrition entrave ou ralentit les oxydations et les autres métamorphoses qui détruisent la matière organique.

L'insuffisance des actes nutritifs n'amène pas seulement l'accumulation des acides organiques et ses conséquences morbides nombreuses. D'autres substances peuvent se soustraire aux oxydations, telles les matières albuminoïdes, les sucres et les graisses ; d'où de nouvelles conditions pathogéniques, qui se traduisent par l'obésité, par la lithiase biliaire, par la lithiase urique, par le diabète, par la goutte, par le rhumatisme, l'asthme, etc., autant d'états qui sont l'objet d'une étude approfondie dans ces leçons.

Mais il nous faut arriver à la conclusion. La conclusion de cette étude de pathologie générale va droit à la médecine pratique, elle peut se résumer ainsi : Les troubles de la nutrition sont de plusieurs ordres : les métamorphoses de la matière peuvent être viciées par excès, par défaut, par perversion.

La nutrition par ralentissement, qui a fait plus particulièrement l'objet de cette série de leçons, exerce son influence pathogénique par le rôle des acides qu'elle accumule dans l'organisme. La prédominance des acides peut déjà constituer par elle-même une maladie.

Ce premier effet de l'entrave apportée aux actes nutritifs joue, en outre, un rôle dans la production des maladies engendrées par l'élaboration trop lente d'autres principes immédiats. C'est ainsi qu'on voit l'insuffisance de l'élaboration intra-organique portant sur la graisse produire l'obésité, portant sur le sucre produire le diabète, sur la matière azotée donner lieu à la goutte et à la gravelle. Et partout, dans chacune de ces maladies, on est parvenu à découvrir que, si un principe immédiat est plus particulièrement soustrait à la destruction, les autres principes immédiats, à des degrés divers, subissent également un arrêt ou un ralentissement dans leurs transformations destructives. De là l'explication de cette loi, déduite de l'observation clinique, qu'à chaque maladie caractérisée par l'insuffisante élaboration d'un principe immédiat, s'associe presque fatalement, chez l'individu et dans sa famille, les maladies caractérisées par l'accumulation des autres principes immé-

diats. La statistique clinique et l'analyse physiologique ont démontré et expliqué cette association si fréquente de la dyscrasie acide, de l'oxalurie, de la lithiase biliaire, de l'obésité, du diabète, de la gravelle et de la goutte, qui constituent comme les premières assises dans ces nombreuses maladies qui toutes relèvent de la nutrition retardante.

A ce lien commun de ces maladies différentes, mais de même famille, à la cause commune qui les engendre et qui les associe, ou, en d'autres termes, à la diathèse produite par la nutrition retardante, M. Bouchard propose de donner le nom de « oligotrophique », pour indiquer que la nutrition transforme moins de matière en un temps donné, ou « ocnotrophique », pour indiquer la paresse des mutations nutritives, ou bien, enfin, d'adopter le néologisme proposé par M. Landouzy, celui de « bradytrophique », en raison de la lenteur des métamorphoses nutritives.

M. Bouchard termine par cette dernière question : « Faut-il penser que toutes ces maladies dépendent toujours d'un état diathésique, d'un trouble nutritif habituel, d'une bradytrophie originelle ? » Nullement, répond-il, chacune de ces maladies peut avoir son indépendance. Quand elle apparaîtra, elle dépendra d'un ralentissement nutritif. Mais ce trouble nutritif n'est pas de toute nécessité permanent. Il peut tenir à des causes extérieures passagères, et sa durée, liée à la durée de la cause, peut être plus ou moins prolongée sans être permanente, sans durer jusqu'à la fin de l'existence, sans remonter à l'instant de la conception.

Ainsi, à côté de la lithiase biliaire arthritique, de l'obésité arthritique, même du diabète arthritique, on pourra, sous l'influence de perturbations nutritives accidentelles, voir la cholestérine se précipiter, la graisse s'accumuler, le sucre cesser en partie d'être utilisé. On assistera ainsi au développement de maladies accidentelles, indépendantes, provoquées et entretenues par le même trouble nutritif qui engendre les maladies diathésiques ; mais ce trouble nutritif ne sera pas alors permanent, constitutionnel, originel.

On trouvera, dans cette savante étude de statique chimico-organique et de pathogénie, semées çà et là comme corollaires, un grand nombre de propositions et de déductions pratiques et thérapeutiques, qui montrent toujours et partout le clinicien à côté du savant, et font de ce livre une source d'enseignements précieux pour le praticien.

Des lésions anatomiques et de la nature du myxœdème.

Dans l'un des articles de la dernière Revue, à l'occasion de faits d'anasarque unilatérale qui semblaient ne pouvoir s'expliquer qu'en faisant intervenir l'action du grand sympathique, nous rappelions que dans un cas de myxœdème qui s'est terminé par la mort, l'autopsie avait fait constater une lésion considérable de ce nerf. Déjà cette simple indication avait éveillé notre attention sur ce point, lorsque, quelques jours après, ayant eu l'occasion de voir à la Salpêtrière l'un des plus beaux cas de myxœdème, celui de la femme Catherine M..., dont nous avons rapporté l'histoire l'année dernière (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 849), et d'entendre les intéressantes considérations développées à ce sujet par M. Ballet, chef de clinique de M. Charcot, en l'absence du maître, nous avons recherché cette observation, la seule qui ait donné jusqu'à présent un résultat nécropsique positif. Nous l'avons heureusement retrouvée. Elle est de M. le docteur Henri Henrot, professeur à l'École de médecine de Reims, qui vient de la publier tout récemment dans un petit opuscule intitulé : *Notes de Clinique médicale*. Bien qu'elle date de quelques années, elle a été présentée par M. Henrot à la Société médicale de Reims, en 1877, — aucune observation de ce genre n'avait encore été publiée en France à cette époque, — elle n'a certainement rien perdu de son intérêt. Nous n'en donnerons qu'une relation abrégée, n'insistant que sur les détails les plus importants.

D..., âgé de trente-six ans, a vu survenir, dès l'âge de quinze ans, une augmentation progressive des pieds et des mains, ce qui ne l'a pas empêché de faire son service militaire. Rentré chez lui, il travaille pendant cinq ans dans les caves ; il interrompt son travail à la fin de l'année 1876, pour entrer à l'Hôtel-Dieu de Reims. Voici ce que l'on constate le 20 janvier 1877 : facies d'un teint blanc mat rendu repoussant par son élargissement et surtout par le développement insolite de la partie inférieure de la face, qui se confond avec la partie supérieure de la poitrine ; présente à la fois le type du scrofuleux, du leucocythémique et de l'idiot ; les lèvres sont boursouflées, la bouche entr'ouverte ; la langue, doublée de volume, emplissant toute la cavité buccale, fait saillie au dehors ; hypertrophie de la mâchoire inférieure et des dents ; saillie considérable des globes oculaires ; regard fixe, éteint ; paupières supérieures épaissies et abaissées ; nez extrêmement développé.

Les membres ont leur volume ordinaire, plutôt maigres ; mais les mains et les pieds sont énormément hypertrophiés. L'hypertrophie porte également sur toutes les parties ; la longueur, la largeur, l'épaisseur des doigts et de la main, ont subi un accroissement proportionnel.

Il n'y a point de paralysie à proprement parler, mais les mouvements sont lents et pénibles. Le malade est étendu dans son lit comme une masse inerte. La sensibilité cutanée est un peu obtuse, mais il n'y a nulle part d'anesthésie.

Point de fièvre, le pouls est petit, régulier ; la température normale ; les fonctions digestives assez bonnes ; la respiration normale.

Le malade se plaint constamment d'une céphalalgie profonde ; son intelligence est alourdie, il répond avec assez de précision aux questions qu'on lui adresse, mais il faut, pour cela, l'exciter ; il ne cause pas avec ses voisins, et il ne semble prêter qu'une attention très distraite à tout ce qui se passe autour de lui.

L'examen microscopique du sang montre qu'on n'a point affaire à une leucocythémie.

Cinq jours après son entrée à l'hôpital, le malade se sent profondément affaibli ; il survient des vomissements avec une petitesse extrême du pouls ; la respiration se prend et il succombe au bout de deux jours, ayant jusque-là conservé sa connaissance.

Voici les principaux détails de l'autopsie :

La peau était saine partout, même au niveau des points où elle recouvrait les tissus hypertrophiés.

Poumons sains. Cœur très petit, considérablement atrophié, sans dégénérescence. Rate très hypertrophiée. Le foie, le pancréas, l'estomac sont sains. Le corps thyroïde, très développé, est quatre ou cinq fois plus volumineux qu'à l'état normal. Les glandes parotides sont saines. Les glandes sous-maxillaires sont perdues dans d'immenses masses ganglionnaires constituées par un tissu homogène, dur, très cohérent.

La plupart des nerfs, le pneumo-gastrique, le glosso-pharyngien, le plexus brachial, ont subi une notable augmen-

tation de volume. Mais c'est surtout dans le cerveau et dans le nerf grand sympathique que sont constatées les lésions les plus importantes.

A la base du cerveau, sur la ligne médiane, aux lieu et place du corps pituitaire, existe une tumeur ovoïde du volume d'un petit œuf de poule, très adhérente aux parois de la fosse pituitaire elle-même agrandie, et dont on ne peut l'enlever que par arrachement. Il en est résulté un aplatissement du chiasma des nerfs optiques, ainsi que le refoulement et une excavation des lobes sphénoïdaux. La glande pinéale a au moins le double de son volume ordinaire.

Le grand sympathique est très notablement hypertrophié dans tous les ganglions et dans tous les nerfs qui le constituent. Le ganglion cervical supérieur gauche est très volumineux, il mesure 45 millimètres de longueur sur 15 millimètres de largeur. Le filet carotidien a trois ou quatre fois le volume normal. En avant existent trois grosses anastomoses avec le pneumo-gastrique ; en arrière, trois gros filets vont se jeter dans l'anse formée par la première et la deuxième paires cervicales; de l'extrémité inférieure partent plusieurs rameaux dont l'un, le plus volumineux, aboutit au ganglion moyen ; le dernier, étalé transversalement, mesure 15 millimètres de largeur sur 40 millimètres de longueur.

Dans toute sa portion dorsale, le grand sympathique forme un cordon présentant au niveau des ganglions de légers renflements ; en avant, on suit les branches qui se rendent à l'aorte.

Vers la partie inférieure, il se prolonge en deux branches qui ont la même importance que le tronc. Le grand splanchnique est la continuation du sympathique.

Le grand nerf splanchnique gauche, après avoir traversé les piliers du diaphragme, vient se jeter à l'angle supérieur gauche du ganglion semi-lunaire.

Le ganglion semi-lunaire et le plexus solaire mesurent 45 millimètres de largeur sur 30 de hauteur.

Le grand sympathique du côté droit est aussi hypertrophié que le gauche dans toutes ses parties.

La moelle épinière présente sur toute sa surface, en avant comme en arrière, une succession de plaques écailleuses, irrégulières, d'un blanc nacré, dures, résistantes. Le tissu propre de cet organe semble atrophié.

L'examen histologique a permis de constater un développement considérable de la trame conjonctive des ganglions sous-maxillaires, des grosses cellules lymphatiques et du tissu adénoïde de His ; le corps pituitaire, dans sa partie supérieure, contient de grosses cellules ovalaires à un ou plusieurs noyaux. Sa partie antérieure laisse écouler un liquide visqueux, filant, très gluant, d'un brun noirâtre.

Les plexus choroïdes renferment de petits caillots. L'hypertrophie du ganglion cervical supérieur du grand sympathique porte plus sur la gangue celluleuse que sur les éléments nerveux.

Tout incomplète qu'est cette autopsie, — nous la qualifions d'incomplète, de l'aveu même de son auteur, M. Henrot, qui attend encore, paraît-il, les résultats de l'examen histologique de quelques-unes des pièces qu'il a envoyées au laboratoire du Collège de France, — elle est, telle quelle, un document important. Jusqu'ici les autopsies connues, au nombre de trois seulement, n'avaient mis en relief, comme lésion principale, que l'altération du ciment intercellulaire, sorte de modification qu'a subie dans sa composition chimique par le tissu conjonctif, consistant en une augmentation de la mucine, évaluée à cinq fois sa quantité normale. Dans ces trois autopsies on a également constaté une lésion des reins (néphrite interstitielle) et noté des hydropisies des séreuses, enfin l'atrophie du corps thyroïde et des glandes sudoripares. Il n'est question dans aucune d'elles du système nerveux. Dans le fait de M. Henrot, le système nerveux et particulièrement le grand sympathique jouent, au contraire, comme on le voit, un rôle tout à fait prédominant. Quelles sont les relations à établir entre ces lésions et les phénomènes morbides principaux qui constituent le myxœdème? Nous croyons qu'il serait prématuré de chercher à résoudre cette question. On peut assurément louer la tentative d'explication qu'en a faite M. Henrot en se fondant sur des considérations de physiologie comparée et d'embryologie, qui l'ont conduit à considérer l'exagération de la production de la mucine dans les tissus organiques, comme étant sous la dépendance des portions du système nerveux qui se trouvent altérées, le grand sympathique et les parties de la base du cerveau dévolues aux fonctions végétatives, le corps pituitaire et la glande pinéale. Mais nous croyons plus sage, pour notre compte, d'attendre de nouvelles observations et le complément d'examen des pièces provenant de l'observation de notre savant confrère.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 février 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Des rapports de la syphilis et du rachitisme (1). — **M. PARROT**, sur l'invitation de M. le président, expose à la Société le résultat de ses études sur les rapports de la syphilis et du rachitisme, et montre, à l'appui de son opinion, un certain nombre d'enfants vivants, de pièces anatomiques, de moules et de dessins.

Il y a longtemps, dit M. Parrot, que les lésions du rachitisme sont bien connues; il y a peu de temps, au contraire, que les lésions de la syphilis héréditaire ont été étudiées et décrites d'une façon précise. Au début de mes recherches, frappé des ressemblances que je rencontrais entre les deux affections, mais bien éloigné de l'idée que ce pouvait être une seule et même affection, je m'efforçais de trouver les différences qui les séparaient l'une de l'autre. Cette recherche me conduisit à un résultat opposé à celui que j'attendais. Une comparaison fera bien comprendre ce qui s'est passé dans mon esprit dans cette étude : Imaginez un brin de blé, tel qu'il existe à peu près à cette époque de l'année ; considérez ce même brin d'herbe au mois de juin, alors qu'il est devenu un épi de blé, vous ne pourrez saisir les rapports qui existent entre ce brin d'herbe et cet épi de blé. Il en est de même pour les lésions de la syphilis héréditaire et celle du rachitisme. Ces dernières ne sont que les premières arrivées à maturité. C'est là une question d'âge, et en suivant tout le processus de l'affection on procède aussi aisément de la syphilis héréditaire au rachitisme le plus complet, que du brin d'herbe à l'épi de blé. Mais il fallait établir sur des faits cette relation.

Si l'on veut s'en rapporter à l'étiologie, il est extrêmement difficile de la voir, surtout dans le milieu où je me trouve, si l'on a affaire à la syphilis héréditaire, les renseignements sur les parents faisant le plus souvent défaut et étant d'ailleurs extrêmement difficiles à obtenir quand les parents sont connus. Il fallait donc attendre d'autres signes de la syphilis héréditaire que celui prove-

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, années 1881 et 1882.

nant directement de l'hérédité confirmée. Il fallait, en d'autres termes, arriver à reconnaître la syphilis héréditaire en dehors de cette source, l'étiologie ; il fallait aussi la reconnaître non seulement à ses lésions actuelles, mais aux traces que laissent ces lésions.

En première ligne et comme premier point de repère, il faut citer les syphilides cutanées et les syphilides des muqueuses; en second lieu, les lésions viscérales qui souvent ne peuvent être reconnues qu'à l'autopsie ; en troisième lieu, les syphilides desquamatives de la langue. Quand on se trouve en présence de l'une de ces lésions, on peut être assuré qu'on a affaire à la syphilis héréditaire. Puis viennent les stigmates de la syphilis héréditaire, c'est-à-dire les cicatrices de même apparence, de même siège ; puis les traces qu'elle laisse sur le système dentaire, traces apparaissant toujours sur les mêmes dents, dans le même ordre, au même âge. Ce dernier signe, contrairement à l'opinion d'un des membres de cette Société, est bien caractéristique de la syphilis héréditaire.

La seconde partie de ma communication aura pour but de démontrer que toutes les lésions du squelette, que l'on observe depuis les derniers mois de la vie intra-utérine jusqu'à une époque rapprochée de la seconde dentition et qui ont pour forme dernière le rachitisme, sont des lésions de syphilis héréditaire. Toutes ces lésions osseuses qui conduisent au rachitisme peuvent être divisées en trois types principaux avec des nuances intermédiaires. Le premier type est constitué par des ostéophytes durs ou des altérations chondro-calcaires, le second par une atrophie gélatiniforme, le troisième par la formation du tissu spongoïde. Ce dernier n'est autre que la lésion du rachitisme. Quand on examine ces différents types, on voit que chacun d'eux retient du type précédent une certaine forme. On peut trouver toute l'échelle de ces types chez le même individu.

M. Parrot passe à l'étude anatomique de chacun de ces types. Dans le premier, dit-il, les os conservent leur apparence normale ; mais on trouve des nodosités qui parfois doublent le volume de l'os. Les extrémités et la diaphyse en sont généralement indemnes. Les os de prédilection de ces nodosités sont le tibia et l'humérus, la face interne du tibia et la partie inférieure ou la face postérieure de l'humérus. Dans le second type constitué par la lésion gélatiniforme, on trouve encore les ostéophytes de la première période. C'est dans ces cas qu'on trouve parfois les véritables brisures qui m'ont fait donner à cette période le nom de pseudo-paralysie syphilitique : dans le troisième type, tout le tissu spongieux des os longs tend à devenir spongoïde ; c'est là la lésion qui a été si bien étudiée par Jules Guérin et par d'autres. Ces os ne diffèrent en rien de ceux du rachitisme. J'ai cherché en vain à les différencier. Or il est impossible, en suivant cette série d'altérations, de ne pas arriver à cette conclusion : que c'est la même cause qui produit les premières et les dernières de ces altérations. Quatre-vingt-dix fois sur cent, celle-ci se rencontre sur des enfants actuellement atteints ou ayant été atteints de syphilis héréditaire. Il reste à expliquer ces dix cas exceptionnels. D'abord il y a des syphilides qui ne laissent pas de traces ; la syphilis peut ne porter que sur les os. De tous les organes, les os sont ceux qui sont le plus constamment atteints par la syphilis. Ce sont les premiers et les derniers atteints.

L'étude histologique revêt les mêmes caractères dans toutes ces altérations. Il est véritablement impossible d'admettre que toutes ces lésions typiques, identiques à elles-mêmes, ne reconnaissent pas la même cause.

Lorsqu'on étudie l'étiologie du rachitisme, on voit qu'on lui a tour à tour attribué toutes les causes ; la scrofule a surtout été invoquée. Puis on a dit que les enfants rachitiques provenaient de parents vieux ; d'autres, de parents jeunes, de parents durs ou mous. Jules Guérin a d'abord émis cette opinion que le rachitisme était le résultat d'un allaitement trop longtemps prolongé ; puis, plus tard, cette opinion contraire que les enfants rachitiques étaient les enfants auxquels on avait donné trop tôt de la viande. Ce sont là des étiologies que les faits démontrent être absolument fausses. Broca et Gamba ont soutenu que tous les troubles nutritifs profonds aboutissaient au rachitisme. C'est là une erreur. Ne voit-on pas, en effet, bon nombre d'enfants profondément atteints qui ne sont pas rachitiques? Bouchut a incriminé l'entérite. Il n'y a aucune relation entre le rachitisme et l'entérite. D'autres ont voulu chercher la cause du rachitisme dans les *circumfusa*. Les faits démontrent que des enfants se trouvant dans les plus mauvaises conditions hygiéniques ne deviennent pas rachitiques, tandis que d'autres vivant au milieu des richesses le deviennent.

Je crois avoir prouvé, dit en terminant M. Parrot, que le rachitisme peut et doit être expliqué par la syphilis héréditaire. Toutes les causes que je viens d'énumérer peuvent exercer une certaine influence en préparant le terrain ; mais s'il n'y a pas le germe de la syphilis héréditaire, jamais vous n'y verrez pousser le rachitisme.

M. MAGITOT. Après l'exposition magistrale que la Société vient d'écouter avec tant d'intérêt, j'éprouve véritablement quelque embarras à présenter des réserves et des objections sur l'interprétation que donne M. Parrot à un certain signe que présenteraient les dents sous l'influence de la syphilis héréditaire. Ce signe que M. Parrot n'hésite pas à déclarer pathognomonique de syphilis héréditaire, puisqu'il l'appelle avec M. Hutchinson : *syphilis dentaire*, consiste, ainsi qu'on sait, dans les lésions indélébiles de la couronne des dents, surtout des dents permanentes, et qui ont reçu le nom d'érosion.

Or l'érosion est caractérisée tantôt par les échancrures demi-circulaires ou de coup d'ongle du bord libre, tantôt par des sillons simples ou multiples, linéaires ou pointillés, tantôt encore par des bandes atrophiques, des *nappes* ou *gâteaux de miel*, etc., toutes dispositions auxquelles M. Parrot a donné certains noms qu'il a rappelés tout à l'heure, et sur le mécanisme de formation desquelles nous sommes d'ailleurs entièrement d'accord, notre divergence d'opinion ne portant que sur la question étiologique.

Il est, en effet, démontré que sous l'influence de la cause perturbatrice, quelle qu'elle soit du reste, qui a produit l'érosion, la formation des tissus de l'émail et de l'ivoire a été troublée ou interrompue pendant un temps plus ou moins long. Il découle de là comme conséquences :

1° Que les lésions de la couronne occupent toujours une région identique aux dents homologues qui ont évolué simultanément ;

2° Que l'étendue de ces lésions est proportionnelle à l'intensité et à la durée de la cause productrice. Il y a donc là des rapports chronologiques rigoureux.

Les pièces que M. Parrot vient de mettre sous nos yeux, représentent les diverses formes connues de l'érosion, et toutes se rattacheraient, dans l'opinion qu'il défend, à la même origine : la syphilis héréditaire. Sa conviction est même si profonde à cet égard, qu'il n'hésite pas, sur la seule constatation de la lésion dentaire, à affirmer la syphilis. L'érosion figure donc avec les stigmates cutanés ou muqueux et avec les lésions de squelette, dans l'ensemble des signes indéniables de la diathèse.

Nous ne voulons pas nous laisser entraîner ici dans les détails d'un débat qui s'est élevé déjà, à plusieurs reprises, entre mon savant maître et moi, sur cette question de séméiologie rétrospective (1). Qu'il nous soit permis seulement de reproduire quelques arguments contre la thèse qui vient d'être défendue de nouveau devant nous avec tant de talent et de conviction.

Voici ces arguments :

1° Les lésions caractéristiques de l'érosion dentaire se rencontrent chez des sujets absolument indemnes de tout soupçon de syphilis héréditaire. Nous avons rapporté et publié, à ce sujet, un grand nombre d'observations empruntées à divers auteurs ou recueillies par nous-même, observations qui ne laissent aucun doute à cet égard.

2° Des sujets notoirement atteints et convaincus de syphilis héréditaire n'offrent pas d'érosions. Les jeunes enfants que

(1) Voyez : Congrès de l'Association française. Reims, 1880. — *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 585 et suiv. — Congrès des sciences médicales de Londres, t. IV, p. 35 et 128, et *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 891 et suivantes.

M. Parrot présente aujourd'hui à la Société sont précisément dans ce cas. Quant aux pièces qui sont sous nos yeux et sur lesquelles s'observent à la fois les lésions osseuses du rachitisme et les lésions dentaires de l'érosion, l'histoire des sujets n'est point là pour me dire si d'autres perturbations morbides de la première enfance ne sauraient être invoquées à l'égard de la lésion dentaire.

Ajoutons ici une considération qui a bien son importance : c'est que les altérations du squelette sont bien évidemment des lésions de l'ordre *pathologique*, tandis que l'érosion est d'une tout autre nature : c'est une perturbation ou un arrêt du développement intra-folliculaire de l'organe en évolution, c'est-à-dire un fait *tératologique*. Or la coïncidence des deux lésions d'une nature si dissemblable n'implique pas identité de cause. Je ne discute pas si le rachitisme est ou non la syphilis, mais je conteste que l'érosion dentaire puisse s'y rattacher.

3° L'érosion dentaire dans ses formes les plus caractéristiques, n'est pas exclusive à l'homme et se retrouve chez certains animaux domestiques que la syphilis n'atteint pas. Tel est le fait si démonstratif que nous avons montré et dans lequel deux incisives de bœuf portaient un sillon d'érosion parfaitement égal et symétrique.

4° La syphilis héréditaire est d'ailleurs incapable, suivant nous, de produire à elle seule les lésions dentaires caractéristiques de l'érosion. Il est loin de notre pensée toutefois, de nier l'influence d'une telle diathèse ou de toute autre de nature héréditaire sur la constitution des dents ; tout au contraire, et nous estimons que cette influence est considérable. Mais c'est sous une physionomie différente qu'elle se présente. Les dents de la syphilis infantile sont petites, atrophiées, difformes, de constitution anatomique et chimique profondément troublée, mais d'une façon uniforme et générale. Ces lésions n'ont rien de commun avec l'érosion ; elles peuvent se caractériser par deux mots : l'*amorphisme* et l'*atrophie*.

Quant à la cause particulière à laquelle nous attribuons l'érosion des dents, elle résiderait, suivant nous, dans certaines perturbations profondes de la nutrition et des troubles du système nerveux central à invasion brusque, et qui se caractériseraient, chez le nouveau-né et chez l'enfant, par les manifestations extérieures de l'*éclampsie*.

M. DESPRÈS n'admet pas que le rachitisme reconnaisse pour cause unique la syphilis héréditaire. Il craint que M. Parrot ne se laisse emporter par son enthousiasme d'inventeur. Il cite plusieurs exemples de parents parfaitement connus, nullement syphilitiques, ayant eu des enfants rachitiques et, réciproquement, de parents très manifestement syphilitiques ayant eu des enfants parfaitement sains et nullement rachitiques. Il est impossible de dire que le rachitisme reconnaisse toujours pour cause la syphilis héréditaire.

Fistule lacrymale d'origine héréditaire. — M. DESPRÈS fait un rapport sur une communication de M. Parinaud, relative à un cas de fistule de la région lacrymale que cet auteur attribue à une lésion dentaire. La voie de transmission serait, pour M. Parinaud, les canalicules osseux. M. Desprès ne partage pas cet avis et croit bien plutôt que c'est par les vaisseaux lymphatiques que, dans ces cas, se propage l'inflammation.

M. MAGITOT. Le rapport de M. Desprès sur le travail de M. Parinaud soulève certaines considérations parmi lesquelles je me bornerai aux remarques suivantes, relatives à l'*étiologie* et au *mécanisme* des fistules faciales d'origine dentaire.

A l'égard de l'étiologie, il est bien entendu aujourd'hui qu'une fistule de cette nature ne saurait reconnaître pour cause telle ou telle lésion de l'organe dentaire indifféremment ; il n'en est qu'une qui soit susceptible de la produire : c'est la *périostite alvéolaire*. La carie n'en saurait donc être dans aucun cas la cause directe, et la périostite d'ailleurs est assez fréquemment essentielle, c'est-à-dire indépendante de toute autre lésion de l'organe.

En ce qui concerne le mécanisme, il convient de reconnaître d'abord qu'une fistule d'origine dentaire et l'abcès qui l'a précédée auront un siège et un trajet variables suivant le rapport anatomique qui existera entre le point de la racine affecté de périos ite et le vestibule de la bouche ; si la périostite occupe une dent dont la totalité de la racine répond à la cavité vestibulaire, l'abcès sera gingival et la fistule s'ouvrira dans la bouche ; si, au contraire, le point frappé du périoste se trouve à un niveau plus profond que la limite du sillon du vestibule, le trajet se dirigera vers le tissu cellulaire de la face et la fistule sera cutanée.

Tels sont les cas les plus ordinaires, et on y reconnaît aisément l'identité du niveau entre la lésion initiale périostique et l'orifice cutané ou muqueux de la fistule.

Il est cependant d'autres circonstances dans lesquelles une fistule de même origine vient aboutir à un point beaucoup plus distant : le bord orbitaire, la région lacrymale, comme dans les cas rapportés par M. Parinaud, la région malaire, etc. Pour la périostite des dents inférieures, le trajet est parfois plus long encore, puisque des fistules viennent s'ouvrir à la région cervicale et jusqu'à la clavicule et au sternum.

Le mécanisme est ici un peu différent, mais nous n'acceptons pas l'explication de M. Parinaud, qui fait progresser le processus par les canalicules osseux, ni celle de M. Desprès, qui invoque le rôle des lymphatiques dont l'existence dans le périoste dentaire est très problématique.

Nous pensons que le mode de propagation est ici bien simple : du point initial de la périostite il se produit par continuité une ostéite de la paroi alvéolaire qui gagne de proche en proche le tissu osseux, soit en suivant le trajet des vaisseaux, soit en progressant au sein même du maxillaire. L'inflammation, gagnant à un moment donné la surface de l'os, y produit une ostéo-périostite phlegmoneuse qui envahit les parties molles voisines et s'ouvre sur la peau.

C'est par une telle voie que la fistule rapportée par M. Parinaud a gagné la région lacrymale. C'est par un trajet analogue que se produisent les abcès et les fistules de la région cervicale, lesquels peuvent en outre remonter dans les plaies musculaires et aponévrotiques de la région des conditions favorables à leur transfert à une plus grande distance encore.

Cancer secondaire de la paroi recto-vaginale. — M. NICAISE présente des pièces anatomiques provenant d'une femme morte à soixante ans dans son service. Cette femme a succombé à un cancer occupant la partie inférieure de l'intestin grêle. En même temps existait chez elle une tumeur de la paroi recto-vaginale qui n'est autre qu'un cancer secondaire de nature colloïde.

La séance est levée.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR L'ÉRECTION D'UNE STATUE A PHILIPPE PINEL.

Quinzième liste.

M. le docteur Cotard	20 fr.
— Jules Voisin	25
— Bouchereau	30
— Dally	30
M. Honoré Pinel, rédacteur au *Journal des Débats* (deuxième versement)	100
TOTAL	205 fr.
Listes précédentes	24.870
Total général jusqu'à ce jour	25.075 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 21 février 1883, M. Jules Ferry, député, est nommé ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en remplacement de M. Duvaux, dont la démission est acceptée.

— Par décision présidentielle, en date du 17 février 1883, M. Reuille (J.-B.-O.), médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

— D'après les dispositions du baron Barbier, la Faculté de médecine de Paris décerne tous les ans un prix de 2,000 fr. à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

— M. Viallanes soutiendra, à la Faculté des sciences de Paris, le 24 février 1883, à trois heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante : « Recherches sur l'histologie des insectes et sur les phénomènes histologiques qui accompagnent le développement post-embryonnaire de ces animaux.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14137.

N° 24. — MARDI 27 FÉVRIER 1883. 56e ANNÉE. MARDI 27 FÉVRIER 1883. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Œuvres du docteur Jules Guérin. — Hôpital des Enfants-Malades. De la diarrhée chez les enfants. — Société de Biologie. — Société médicale des Hôpitaux. — Nouvel irrigateur-aspirateur pour le nettoyage des cavités naturelles ou accidentelles. Nécrologie. — Nouvelles.

Paris, 26 février 1883.

ŒUVRES DU DOCTEUR JULES GUÉRIN

I

Lors de la publication de la première livraison des œuvres de M. J. Guérin, nous avons essayé d'exprimer et de caractériser de notre mieux l'objet et le but des recherches qui en faisaient le sujet. Nous avons montré comment la description et l'histoire des difformités congénitales constatées chez les monstres avaient conduit notre éminent confrère à la conception et à la constitution d'une doctrine qui attribue aux monstres comme aux diverses difformités qui les accompagnent, une origine commune ; comment l'ordre logique des faits et des idées, ainsi que la puissance et la finesse d'analyse qui avaient été mises au service de cette conception, reporté de cette catégorie spéciale d'observations à la généralité des faits qu'embrasse la pathologie, avaient, à leur tour, été le point de départ d'une nouvelle formule générale de l'étiologie médicale.

Les deuxième et troisième fascicules, qui ont suivi de près la publication du premier, complétaient l'histoire des monstres. Le quatrième, qui termine cette première partie des œuvres de M. J. Guérin, renferme l'histoire des difformités congénitales ou acquises chez le fœtus et chez l'enfant. L'analyse de ce dernier fascicule va nous permettre, en la résumant, de faire saisir aux lecteurs l'ensemble de l'œuvre dans son esprit et dans ses résultats.

Les recherches sur les monstres ayant eu pour but et pour résultat de démontrer la relation qui existe entre ces monstres et les difformités qui les accompagnent, ont servi de transition aux recherches sur les difformités congénitales chez le fœtus et l'enfant, lesquelles à leur tour vont servir de complément démonstratif de la doctrine destinée à ramener ces trois groupes de faits à une seule et même origine : l'action perversive et convulsive du système nerveux.

Dans cette deuxième partie de cette vaste entreprise, M. J. Guérin s'est proposé d'établir la détermination chez le fœtus et l'enfant des divers vices de conformation qui résultent de cette influence originelle, restes de l'affection cérébro-spinale, insuffisante pour avoir réalisé la monstruosité, mais suffisante pour produire tous les degrés des vices de conformation et des difformités congénitales, depuis leur réunion simultanée chez le même enfant jusqu'à leur isolement sur une seule partie ou sur un seul membre.

Nous allons entrer ici en plein dans l'observation médicale, dans la clinique proprement dite des difformités, c'est-à-dire dans l'analyse résumée de faits qui sont presque tous passés sous nos yeux et un peu aussi sous nos mains.

Pour montrer l'identité d'origine des difformités congénitales chez le fœtus et l'enfant avec les difformités chez les monstres, M. J. Guérin rapporte des séries d'observations divisées en diverses catégories.

Une première catégorie comprend les difformités congénitales multiples des deux côtés avec traces d'affection cérébro-spinale.

La première observation reproduit la plupart des difformités congénitales dépendantes d'une affection primitive des centres nerveux : microcéphalie congénitale, idiotie, rétraction musculaire presque générale, etc. ; elle forme le trait d'union entre les mêmes difformités chez les monstres, le fœtus et l'enfant.

La seconde observation montre l'origine morbide de la microcéphalie : microcéphalie congénitale compliquée d'encéphalocèle, idiotie, convulsions, difformités.

Dans une troisième et une quatrième, on trouve les témoignages de l'hydrocéphalie antérieure et de l'origine convulsive des difformités congénitales, établis par l'état du crâne et l'ensemble des différents modes de rétraction et des difformités qu'elles ont produites.

Une cinquième observation fait voir le rapport de trois anomalies : un spina-bifida, avec un anus anormal et du pied bot, etc. Ce dernier fait clot la série des difformités congénitales produites par l'affection centrale du système cérébro-spinal et portant avec elles le cachet de cette origine.

Dans un groupe suivant, bien qu'il s'agisse encore de faits qui offrent toujours les rapports de subordination des difformités à l'altération du système cérébro-spinal et à son siège, celle-ci est déjà un peu moins accusée par les traces de la maladie cérébrale, soit par la déformation du crâne, soit par les lésions fonctionnelles du système.

Une seconde série d'observations comprend des faits de difformités hémiplégiques, dans lesquelles la même relation subsiste entre les traces matérielles et fonctionnelles de l'affection cérébro-spinale d'un seul côté et les difformités qui en résultent. C'est, par exemple, un cas d'hémiplégie congénitale incomplète du côté gauche, avec atrophie de la moitié gauche du crâne et un pied bot équin du même côté.

C'est un autre cas de paralysie unilatérale du côté gauche, avec réduction de la moitié droite du crâne et une série de difformités du membre supérieur gauche et du membre inférieur du même côté et des contractures spasmodiques et paralytiques des muscles correspondants aux difformités.

Une troisième série comprend les difformités congénitales multiples d'origine convulsive, mais sans traces matérielles d'affection cérébro-spinale.

Après être parti des vestiges de la lésion matérielle du système nerveux antérieure à la naissance pour conclure à la nature convulsive des difformités qui l'accompagnent, et, réciproquement, de la présence de ces difformités à la nature des lésions du système cérébro-spinal concomitantes, on partira désormais des mêmes difformités, mais non accompagnées de traces matérielles de la maladie, pour conclure à l'existence passée de cette maladie et à l'origine convulsive des difformités présentes. Exemples, entre autres : le fait d'une petite fille présentant des difformités congénitales multiples des membres à droite et à gauche, strabisme double convergent, contractures et rétractions associées, sans traces ni apparence aucune de lésions matérielles du système nerveux et avec intégrité intellectuelle parfaite ; ou celui d'un enfant atteint de difformités multiples des deux membres inférieurs (déviation des genoux, avec flexion permanente, pied bot valgus équin, etc.) compliquées de quelques autres vices de conformation, avec rétraction musculaire et paralysie combinée sans traces de lésion matérielle cérébro-spinale, sans hérédité ni convulsions après la naissance.

Une autre série est consacrée aux faits de difformités par rétraction musculaire convulsive, postérieure à la naissance. Les faits de ce groupe établissent que la rétraction musculaire, causée par une affection convulsive du système nerveux après la naissance, est susceptible de reproduire les difformités qu'elle produit pendant la vie intra-utérine, faits équivalents à une expérimentation. On y voit des exemples de rétraction musculaire presque générale et de difformités consécutives des quatre membres à la suite d'une lésion traumatique du système cérébro-spinal ; de difformités multiples bilatérales avec association des divers degrés de paralysie, de contracture et de rétraction, survenues à la suite de convulsions à divers âges, à quelques jours après la naissance, à trois mois, à six mois.

Enfin, dans un dernier groupe, M. J. Guérin a réuni les cas de difformités développées postérieurement à la naissance par des causes éloignées différentes se résolvant dans la même cause prochaine : la rétraction musculaire. Ici ce sont des convulsions survenues à la suite d'une rougeole ; là des convulsions survenues sous l'influence du travail de la dentition.

L'une des observations les plus intéressantes de ce groupe est celle d'une jeune fille de quatorze ans, qui, issue de parents sains et bien portante jusqu'à l'âge de sept ans, eut à cette époque une affection gastro-intestinale, à la suite de laquelle survinrent des convulsions qui laissèrent après elles une difformité générale occupant le tronc et les quatre membres (déviation latérale du rachis avec déformation consécutive du thorax ; flexion permanente à angle droit de l'avant-bras sur le bras, abduction forcée du poignet et flexion des doigts, du côté droit ; atrophie et paralysie de presque tout le membre supérieur gauche, avec flexion permanente du coude, extension du poignet et flexion des doigts ; flexion des deux cuisses sur le bassin et des jambes sur les cuisses ; pied bot valgus équin d'un côté et varus équin de l'autre).

Les faits de cette dernière catégorie établissent que la rétraction musculaire, causée par une affection convulsive du système nerveux, est susceptible de reproduire, après la naissance, les difformités qu'elle produit pendant la vie intra-utérine.

Ceci nous conduit, à travers de larges enjambées, au terme et aux conclusions générales de ce travail.

Voici en quels termes M. J. Guérin a formulé lui-même ces conclusions :

1° L'origine convulsive des difformités chez les monstres est attestée par la destruction graduée du cerveau et de la moelle, affection qui est tout à la fois le point de départ de la monstruosité et de la difformité, considérées l'une et l'autre comme parties intégrantes du même fait.

2° Les difformités congénitales seules, c'est-à-dire sans monstruosité, présentent presque toujours des traces décroissantes de la même origine.

3° Dans les unes et les autres catégories de difformités, la rétraction musculaire, qui est leur cause prochaine commune, imprime son cachet dans ses distributions anatomiques et topographiques, de façon à montrer un rapport constant et rigoureux entre l'action des muscles rétractés et les parties déviées auxquelles elles s'insèrent.

4° Les difformités postérieures à la naissance, résultant de maladies convulsives également postérieures à la naissance, mais depuis longtemps disparues, ne sont que la reproduction des mêmes maladies et des mêmes difformités antérieures à la naissance.

En résumé, ramener toutes les difformités articulaires du système osseux chez les monstres, le fœtus et l'enfant, à une origine commune, la rétraction active des muscles, provoquée par une lésion du système nerveux, soit du cerveau, de la moelle ou des nerfs eux-mêmes ; montrer que toutes les variétés de ces difformités sont le produit de cette rétraction différemment combinée et distribuée dans les muscles du tronc et des membres : tel est l'esprit général de tout l'ensemble de ces recherches.

Dans ce rapide exposé de faits et de déductions qui constituent la charpente et le ciment avec lesquels a été édifié ce monument dont la belle ordonnance et l'ensemble harmonieux n'ont pu échapper qu'à des regards distraits ou prévenus, il n'est pas possible que l'esprit du lecteur ne se soit plus d'une fois arrêté à l'idée des imperfections qu'on y pourrait signaler dans les détails, ou, pour parler sans image, des objections et difficultés qui ont pu être opposées à cette doctrine, de ses désaccords au moins apparents, sinon réels, avec des doctrines et des classifications tératologiques restées célèbres et qui font encore aujourd'hui autorité auprès de beaucoup de naturalistes.

C'est ce que nous examinerons dans un second article.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. JULES SIMON.

La diarrhée chez les enfants (1).

III

Après vous avoir parlé, dans la dernière leçon, de l'entérite aiguë, de cette affection si fréquente chez les petits

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 février 1883.

enfants et précédée le plus ordinairement d'une entérite catarrhale, j'en étais arrivé au traitement, lorsque l'heure nous a forcé à nous séparer. C'est donc par là que je commence cette nouvelle conférence sur la diarrhée.

Dans cette affection, le repos au lit est absolument indispensable; puis viennent l'hygiène et l'alimentation, lesquelles doivent être en rapport avec l'âge de l'enfant. Si l'on a affaire à des sujets très jeunes, on les soumet au régime lacté; s'ils sont plus âgés, à un régime diététique, à l'eau albumineuse, à l'eau de riz avec panades et bouillons. Puis vient le traitement médical. Pour un enfant de deux, trois et quatre ans, en outre de l'eau de riz et de l'eau albumineuse, on prescrira la décoction blanche de Sydenham, et si cela ne suffit pas, on aura recours à une potion ainsi formulée :

Bismuth	4 grammes.
Diascordium	2 —
Laudanum de Sydenham :	
Pour un enfant de 2 ans.	1 à 2 gouttes.
A partir de 3 ans	2 à 3 —
Eau gommeuse.	100 grammes.

Si l'enfant est encore à la mamelle, on emploiera la même potion, mais à des doses médicamenteuses plus faibles, c'est-à-dire 2 grammes seulement de bismuth, 50 centigrammes de diascordium et une goutte de laudanum de Sydenham, de six mois à un an, ou une demi-goutte de un jour à six mois. Cette potion est administrée par cuillerée à café d'heure en heure; elle est suspendue si la diarrhée diminue.

Mais l'entérite s'accompagnant souvent de phénomènes gastriques, de vomissements, le traitement en doit être complété par d'autres prescriptions. C'est ainsi que contre ces vomissements on aura recours à la potion de Rivière que l'on donnera de quatre en quatre heures tout en continuant la potion au bismuth. Si néanmoins les vomissements persistent, je fais appliquer un vésicatoire sur le creux épigastrique, en même temps que je fais faire des fomentations sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée. Enfin, lorsque l'enfant est un peu grandet, on lui administre des lavements d'amidon cuit avec une goutte de laudanum de Sydenham. De plus, le petit malade aura d'autant plus besoin d'être enveloppé de ouate, surtout au niveau des membres inférieurs, qu'il sera plus jeune.

Bien qu'un certain nombre de médecins aient conseillé l'emploi des purgatifs, je les repousse absolument en raison de l'inflammation intestinale qui en serait certainement accrue et par crainte du choléra infantile auquel les enfants ont une si grande tendance.

Quant au traitement que je viens d'indiquer, il devra être continué pendant 10 et 12 jours sans aucune interruption. J'ai vu des médecins s'étonner de voir la diarrhée n'en éprouver aucune heureuse influence, parfois même augmenter ; cela tenait, il faut bien le savoir, à ce que les prescriptions sont souvent loin d'être fidèlement suivies dans les familles, cela tenait aussi à ce que les médicaments étaient mal donnés : ainsi, par exemple, à ce que le bismuth restait au fond de la fiole qui contenait la potion, celle-ci n'ayant pas été agitée chaque fois au moment de s'en servir.

— Après l'entérite aiguë, je vous parlerais de l'entérite folliculeuse si le traitement n'en était pas le même. Je passe donc tout de suite à l'entérite pseudo-membraneuse.

L'entérite pseudo-membraneuse s'accompagne de coliques extrêmement douloureuses tant avant qu'après l'expulsion des fausses membranes. Aussi est-ce dans ces cas-là que je conseille l'usage des grands lavements, de façon à faire une véritable irrigation de l'intestin, et à arriver jusqu'à l'S iliaque. Pour un enfant d'un an, le lavement contiendra un verre d'eau tiède ; pour deux ans, deux verres à deux verres et demi. Puis on injecte immédiatement après, dans le rectum, dans une petite quantité d'eau, une goutte de laudanum de Sydenham.

— L'entérite cholériforme ou choléra infantile exige un traitement spécial. Maints auteurs ont présenté contre la diarrhée réellement foudroyante de cette affection l'emploi des substitutifs : l'ipéca, le nitrate d'argent, la poudre d'*hydrargyrum cum creta*; je les ai essayés et je n'ai pas eu à m'en louer. Dans le choléra infantile, il y a deux médications auxquelles il faille recourir : 1° une médication préventive, c'est-à-dire celle de la diarrhée lientérique ou catarrhale qui précède toujours l'apparition du choléra infantile et qu'il faut arrêter le plus promptement possible par les moyens que nous avons recommandés plus haut ; 2° une médication curative par les substances alcooliques, même chez les enfants à la mamelle. Chez ceux-ci, au-dessous de six mois, on donne une cuillerée à dessert de vin de Malaga dans un verre d'eau sucrée ; à un an, une cuillerée à bouche ; enfin, s'il est plus âgé, la dose de Malaga sera portée à 2 ou 3 cuillerées à bouche. En même temps toute la surface du corps sera frictionnée avec des substances alcooliques, des stimulants, de l'eau de mélisse par exemple, puis l'enfant sera enveloppé avec soin de ouate recouverte de taffetas gommé ou de caoutchouc. Si aucun soulagement ne se produit, l'enfant sera plongé soit dans un bain sinapisé, soit dans un bain de vin chaud, et maintenu jusqu'à ce que la peau rougisse. On alimentera aussi le petit malade avec du bouillon de poulet dégraissé, avec du lait coupé et additionné d'eau de chaux. Dès que les vomissements apparaîtront, on administrera la potion de Rivière, on la donnera au moment où l'enfant prend ses aliments (lait ou bouillon), on appliquera un vésicatoire à l'épigastre. On fera prendre aussi à l'enfant une sorte de sorbet fait avec de la glace râpée en neige et mêlée de sucre. Enfin on aura recours aux lavements amidonnés et laudanisés. En un mot, il s'agit d'un traitement stimulant contre une affection qui tue, avec la plus grande rapidité, les enfants qui en sont atteints.

— La diarrhée dysentérique qui simule la dysenterie véritable n'a rien de commun avec cette affection; elle n'est autre chose qu'une entérite s'accompagnant d'un saignement de la muqueuse rectale, semblable aux épistaxis que l'on remarque fréquemment chez les enfants. Ici le traitement se composera de lavements astringents à l'eau de noyer, avec le bois de campêche, le tanin à la dose d'un gramme, ou le cachou, 5 à 10 grammes dans un verre d'eau tiède. Repos au lit, alimentation liquide, diète lactée ou bouillon de poulet, traitement auquel on ajoutera celui de l'entérite ordinaire.

La dysenterie, au contraire, est très rare chez les enfants, à l'hôpital on ne la rencontre qne très exceptionnellement, en ville jamais, à peine l'ai-je ici rencontrée une fois tous les deux ou trois ans. Cependant, lorsque vous la rencontrerez, vous devrez savoir qu'elle exige un traitement spécial, car il s'agit là d'une affection intestinale ulcérative. Au traite-

ment de l'entérite aiguë on ajoutera, matin et soir, un grand lavement, suivi d'abord d'un second contenant seulement 30 grammes d'eau et 1 ou 2 centigrammes de nitrate d'argent, puis d'un troisième dans lequel on aura mis une demi-goutte ou une goutte de laudanum. Contre la faiblesse résultant de la perte de sang on donnera une potion au bismuth et au Malaga. Enfin tous les deux ou trois jours on prescrira une prise de calomel de 30 à 50 centigrammes, selon l'âge de l'enfant, comme médication substitutive destinée à faciliter la guérison des ulcérations de l'intestin.

Tel est le tableau à peu près complet des diarrhées aiguës que nous sommes appelés le plus souvent à rencontrer dans la pratique infantile.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 février 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Action de la vératrine sur les muscles. — M. MENDELSSOHN a étudié, par la méthode graphique, l'action de la vératrine sur les muscles. Les résultats qu'il a obtenus semblent montrer une action directe de la vératrine sur les muscles sans intervention des nerfs moteurs.

M. DASTRES rappelle avoir démontré, il y a déjà quelques années, l'action excitante de la vératrine sur le tissu musculaire.

Troubles de la motilité déterminés par les lésions de la protubérance. — M. BROWN-SÉQUARD rappelle avoir montré, en 1859, qu'une irritation de la face antérieure de la protubérance dans le voisinage du trijumeau se propage aux organes voisins, au pédoncule cérébelleux moyen, au bulbe et même au pédoncule cérébral. Ce fait explique comment une lésion de la protubérance peut développer des troubles fonctionnels très variés. M. Brown-Séquard n'appelle l'attention, aujourd'hui, que sur les troubles de la motilité, symptomatiques d'une lésion de la protubérance.

Sur 184 cas de lésions limitées à la protubérance, on constate 57 fois absence de troubles de la motilité, 42 fois paralysie directe, 32 fois paralysie croisée, 23 fois paraplégie, 1 fois paralysie des deux membres supérieurs, 4 fois paralysie des trois membres, 1 fois paralysie transverse, 22 fois paralysie des quatre membres.

Il était tout naturel de se demander si cette variabilité dans la localisation et la répartition de la paralysie dépendait du siège, de l'étendue, de la nature, de la consistance de la lésion. Il n'en est rien. La paralysie, dans ces cas, dépend de toute autre cause que d'une destruction de conducteurs ; elle dépend d'une influence qui s'exerce à distance. La localisation de la paralysie dépend beaucoup de l'excitabilité individuelle du sujet.

Action de l'eau oxygénée sur les substances albuminoïdes. — M. PAUL BERT, en son nom et au nom de M. Regnard, fait une communication sur ce sujet. Du blanc d'œuf agité avec de l'eau oxygénée devient incoagulable par la chaleur, tout en restant coagulable par les autres agents de la coagulation. Au polarimètre, cette albumine continue à dévier dans le même sens, mais à un moindre degré. Elle ne dialyse pas comme les peptones ; toutefois une partie de la masse passe à la dialyse et cette partie-là est incoagulable par la chaleur. Il en est de même pour l'albumine du sang que pour celle de l'œuf.

La fibrine, traitée par l'eau oxygénée, devient une substance incoagulable à la fois par la chaleur et l'acide nitrique, mais coagulable par les autres agents de la coagulation. C'est donc une nouvelle modification des substances albuminoïdes.

Mécanisme de la mort par piqûre du bec du calamus scriptorius. — M. LABORDE, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Brown-Séquard, fait observer que lorsqu'on pique légèrement et superficiellement le bec du calamus scriptorius, le phénomène qui frappe tout d'abord, c'est un arrêt instantané des mouvements thoraciques, le cœur continuant de battre. Cet arrêt des mouvements respiratoires s'observe encore lorsqu'on a préalablement sectionné les pneumo-gastriques, preuve qu'il ne s'agit pas d'un phénomène réflexe, comme l'a soutenu Rosenthal.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 février 1883. — Présidence de M. Millard.

COMMUNICATIONS

Chancres simples du col de l'utérus. — M. MARTINEAU fait une communication sur ce sujet.

L'existence du chancre simple, du chancre non infectant, du chancre non syphilitique sur le col de l'utérus, est admise sans conteste par les syphiligraphes. Cette affection a été étudiée par Ricord, Gossselin, Benner, A. Robert, Bernutz, A. Guérin, Rollet, Schwartz, de Molènes. Ce dernier, dans un travail très complet, fait à l'aide d'observations prises à Lourcine, dans le service de M. Martineau, a bien fait connaître tous les caractères du chancre simple du col de l'utérus.

M. Martineau présente un moule fait par M. Jumelin et qui reproduit un chancre simple occupant les deux lèvres du col et se propageant dans sa cavité. Ce moule a été pris sur une jeune fille de dix-huit ans, domestique, malade depuis quinze jours lors de son entrée à l'hôpital. Elle porte sur le périnée, au-dessous de la vulve, une ulcération à bords saillants, irréguliers, décollés et à fond jaunâtre ; de chaque côté du raphé, il existe une érosion analogue ; tout autour de l'anus, de nombreux follicules chancreux (folliculite chancreuse). Sur la face interne des deux grandes lèvres, sur la petite lèvre droite et au niveau de la fourchette, on observe plusieurs petites ulcérations à bords saillants et décollés ; adénite inguinale double, douloureuse, à droite. Le col utérin présente une ulcération à bords saillants, déchiquetés, à fond jaunâtre, rappelant la fusion de plusieurs ulcérations (ulcérations chancreuses simples du col). Sur la paroi du vagin, à droite, existe une ulcération de même nature (chancre du vagin). Par le toucher, on sent trois ganglions volumineux adhérents autour du col.

M. Martineau insiste sur l'existence de cette adénite péri-utérine, qui avait acquis, dans ce cas, un volume considérable. Il y avait trois ganglions adhérents au col, occupant le siège normal des ganglions péri-utérins, et trois autres plus petits, situés sur la paroi postérieure du vagin. Ils étaient douloureux, au point qu'on pouvait se demander si la suppuration n'allait pas les envahir, fait extrêmement rare et qui s'explique par la rapidité de la guérison spontanée du chancre simple du col utérin.

Au point de vue thérapeutique, il est un point à signaler, c'est l'auto-inoculation de cette lésion sur les parois vaginales, vulvaires et même périnéales, alors que le médecin n'y met aucun obstacle. C'est pour éviter cette généralisation que M. Martineau fait toucher tous les jours l'ulcération au moyen d'un pinceau imbibé d'un éthérolé d'iodoforme.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ signale un perfectionnement qui rend plus sûre encore l'application de l'éthérolé d'iodoforme dans ces cas ; c'est la pulvérisation d'un mélange fait dans les proportions suivantes : 3 grammes d'iodoforme pour 100 grammes d'éther.

M. GOUGUENHEIM a constaté que le chancre simple du col utérin amène presque constamment de la folliculite chancreuse. Il n'a pas observé d'adénite péri-utérine dans tous les cas de chancres simples du col. Celui-ci ne lui a pas paru aussi rare que semble le croire M. Martineau. MM. Gosselin et Fournier ont insisté sur la rapidité de la guérison de ce chancre ; M. Gouguenheim l'a vu, dans quelques cas, se montrer plus réfractaire et durer parfois dix

à quinze jours. Il pense que l'iodoforme est très bien indiqué dans ces cas, mais il faut l'abandonner aussitôt que la plaie de grisâtre devient rouge.

M. MARTINEAU rappelle que bien des ulcérations sont prises pour le chancre simple de l'utérus. C'est l'auto-inoculation seule qui permet d'affirmer le diagnostic. Peut-être y a-t-il là une explication des faits relativement fréquents observés par M. Gouguenheim.

M. GOUGUENHEIM a pratiqué l'auto-inoculation dans tous les cas qu'il cite comme étant des chancres simples du col utérin.

Maladies régnantes. — **M. DU CASTEL** donne lecture du rapport sur les maladies qui ont régné pendant le dernier trimestre de l'année 1882.

Pendant les mois d'octobre, de novembre et de décembre 1882, la moyenne de la température atmosphérique a été plus élevée que la normale ; la hauteur des pluies a été plus considérable, la pression barométrique peu marquée.

La mortalité générale, dans les hôpitaux, a été de 4,247 et dépasse sensiblement la mortalité moyenne des dix dernières années, qui est de 3,146. Mais il faut remarquer que l'Assistance publique a augmenté, dans des proportions notables, le chiffre de sa population.

La pneumonie et la pleurésie semblent avoir été moins fréquentes et moins graves que l'année précédente. La bronchite et la phtisie ont donné au contraire une mortalité plus considérable. La diphtérie a été aussi fréquente, mais moins meurtrière. Les fièvres éruptives, en particulier la scarlatine, ont présenté une fréquence et une mortalité moindres.

La fièvre typhoïde, après avoir présenté le maximum d'intensité au mois d'octobre, a subi une rémission marquée pendant les mois de novembre et de décembre. Cette diminution rentre dans les lois de l'évolution saisonnière si nettement mise en relief par M. Besnier. Il semble y avoir eu, pendant ce dernier trimestre, complication fréquente du côté de l'ulcération des plaques de Peyer.

Comparant la morbidité de l'année 1882 avec celle de l'année précédente, M. Du Castel fait surtout ressortir ce fait principal que les fièvres éruptives ont été généralement moins fréquentes et moins graves dans cette dernière année, tandis que la fièvre typhoïde a été, au contraire, beaucoup plus fréquente et plus grave.

MM. DUJARDIN-BEAUMETZ, DUMONTPALLIER et LABBÉ signalent des cas intérieurs de variole dans les hôpitaux et insistent sur la nécessité de l'isolement non seulement des varioleux, mais aussi du personnel des infirmiers, et sur les avantages des revaccinations.

Ulcération linguale. — **M. GUYOT** présente un malade qui porte sur l'un des côtés de la langue une vaste ulcération reposant sur une base indurée, s'étant accompagnée d'une adénopathie considérable, ulcération sur la nature de laquelle il n'est pas fixé.

M. MARTINEAU pense qu'il s'agit là d'un chancre transformé en syphilide papulo-hypertrophique et qu'il est indiqué de recourir aux injections sous-cutanées de peptonate ammonique de mercure.

M. GOUGUENHEIM, d'accord avec M. Martineau sur le diagnostic, préférerait l'iodure de potassium au mercure.

La séance est levée.

NOUVEL IRRIGATEUR-ASPIRATEUR

POUR LE NETTOYAGE DES CAVITÉS NATURELLES OU ACCIDENTELLES (1).

Par M. le docteur J. MARÉCHAL (de Brest),

Médecin principal de la marine en retraite.

II

Manœuvre de l'appareil. — Le tube en U (fig. 1) en ébonite, qui unit les deux branches du siphon, doit être placé à cheval sur le bord du récipient rempli du liquide à injecter et élevé de $1^m,50$ à 2 mètres sur un meuble voisin du lit ou suspendu à un clou suffisamment solide pour soutenir une dizaine de kilos. Dans certains cas, le siphon peut être amorcé par un vase ou une petite fontaine avec prise d'eau ménagée à sa partie inférieure. Ce récipient sera posé sur une table ou accroché au dos d'une chaise, à des hauteurs variées suivant la force désirée pour le courant liquide.

Le robinet D est saisi de la main gauche par le médecin ou le malade, de façon que les lettres gravées sur le boisseau apparaissent à découvert ; le doigt index est interposé aux tubulures AC qui limitent le secteur gravé du barillet.

Le pouce se place au-dessous de la tubulure C, tournée vers la cavité à laver, et les autres doigts sont rangés au-dessous du robinet entre les tubulures A et B.

Le tube T qui longe le doigt indicateur apporte l'eau du réservoir, et celui T' qui se dégage au-dessous du robinet emporte le liquide désormais inutile et le conduit dans un bassin placé sous le lit (1).

Le troisième tube CR, tourné également en dessous, mais passant entre l'index et le pouce gauche, est destiné aux cavités à irriguer et *ne doit être fixé aux tubes*, drains ou sondes qui y plongent, qu'*après* l'épreuve de l'appareil.

Celui-ci, disposé comme il vient d'être dit, *doit être préalablement amorcé ;* pour cela, l'index de la clef du robinet sera mis sur la flèche gravée en SI (fig. 2), de façon à laisser ouverte la voie verticale entre les deux récipients. Pour purger l'appareil de l'air qui y serait emprisonné, la main droite de l'opérateur pressera la poire de caoutchouc renversée un instant un peu au-dessous du robinet (voir fig. 4) jusqu'à ce que l'index soit ramené en F (c'est-à-dire que toutes les voies de celui-ci soient closes) ou le calibre du tube T' effacé par la pression du pouce et de l'index gauche auprès du robinet.

A ce moment, presque tout l'air étant chassé, l'élasticité de la poire aura suffi pour aspirer l'eau du réservoir supérieur à travers la petite branche de son siphon et amorcer celui-ci, ce dont on s'assurera en amenant de nouveau l'index en SI.

L'eau devra s'écouler aussitôt à l'extrémité du tube T'' et une pression de la poire, renversée comme le montre la figure 4, en accélérant l'écoulement, chassera les dernières bulles d'air.

Puis, l'index étant ramené en F, le siphon sera fermé et prêt à fonctionner.

Le moment est venu de joindre le tube en verre R *plein d'eau* avec le tube quelconque *également rempli* qui plonge dans la cavité à laver.

Le raccord tubulé et conique J (fig. 3-1), dont le bout tourné vers l'extérieur plus étroit embrasse exactement la sonde qu'on y a préalablement passée ; son bout le plus large est adapté au tube de verre et mis en continuité avec l'ensemble de l'appareil.

Si le tube plongeur est élastique, en caoutchouc par exemple (fig. 3-2), le joint peut se faire directement à l'aide du tube de verre taillé en sifflet. Ce raccord opéré, si l'on amène l'index du robinet en SV, la voie est ouverte du récipient vers la cavité (ce dont on peut s'assurer préalablement en plongeant le tube R dans un verre d'eau).

Cet apport du liquide peut être réglé au gré de l'opérateur en tournant plus ou moins la clef du robinet, et, s'il s'agit de la vessie, la sensibilité du malade sera le meilleur guide pour déterminer le volume qu'il ne faut pas dépasser ; sinon, un flotteur, ou la graduation extérieure appliquée à un récipient transparent, donnera la dépense du liquide pour chaque moment de l'opération.

S'agit-il de reprendre le liquide et de le porter au dehors ? l'index sera ramené en VI, en passant par la position interm

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 février 1883.

(1) En disposant à 15 ou 20 centimètres au-dessus du fond du récipient l'extrémité de ce tube alourdie par un poids, on peut se ménager le moyen d'être toujours averti du bon fonctionnement de ce conduit par le bruit que fait le liquide en tombant d'une certaine hauteur dans un récipient sonore.

diaire SI (dans laquelle le poids de la colonne supérieure ST-SI servira au dégorgement de la voie T''), et l'on constatera aussitôt la chute du liquide dans le récipient VI.

L'irrigation de certaines cavités commande quelques précautions pour limiter la force et la durée de l'aspiration faite dans la branche T'' du siphon. Pour la vessie notamment, dont la susceptibilité est parfois considérable, il convient d'apprendre au malade que la première sensation pénible sera sûrement évitée ou combattue, soit en ramenant vivement l'index en F et coupant court ainsi à toute aspiration, soit mieux en le ramenant doucement jusqu'en SV et reproduisant avec ménagement l'immersion du bas-fond vésical.

Il peut se faire qu'en cours de lavage une obstruction soit produite par l'engagement d'un caillot un peu volumineux, d'un petit calcul, de débris épithéliaux, d'une boue vésicale plus ou moins visqueuse, de fausses membranes, etc.

On saura de suite quelle est la voie obstruée et l'on y remédiera :

1° En amenant l'index en SI; si l'écoulement a lieu immmédiatement vers le récipient inférieur VI, il est évident que l'obstacle siège dans la direction de la cavité et que la voie T'' est libre, sinon en pressant vivement sur la poire P on déterminera l'expulsion de l'obstacle et le cours du liquide sera rétabli;

2° En amenant ensuite l'index en VI; si l'écoulement se fait dans le vase inférieur, c'est que l'obstacle aura disparu, sinon il faudra ramener l'index en SV et presser plus ou moins vivement la poire P suivant ce que l'on observera dans le tube R qu'engorgeaient les produits de la cavité à laver.

Le dégorgement se produira comme dans le cas précédent, seulement en refoulant ces produits dans la cavité et après avoir ramené l'index au point VI, c'est-à-dire en amorçant de nouveau le siphon évacuateur, on se convaincra que l'appareil est de nouveau perméable dans toute son étendue.

Cette dernière manœuvre, au besoin plusieurs fois renouvelée, suffira toujours à rétablir l'intégrité du parcours de la colonne liquide.

N.-B. — Ne pas oublier, si l'on tient aux injections tièdes, de toujours purger complètement l'appareil de l'eau qui s'y est refroidie dans l'intervalle des pansements.

NÉCROLOGIE

Le doyen de la chirurgie française, M. le professeur baron Jules Cloquet, vient de succomber, à l'âge de quatre-vingt-douze ans, à la maladie ou plutôt à l'affaiblissement graduel qui l'avait tenu, depuis quelque temps, éloigné du monde. La longue carrière de M. J. Cloquet peut se diviser en deux périodes : l'une, toute d'activité, dans laquelle il a développé une prodigieuse somme de travail qui l'a conduit à la haute situation qu'il a su conquérir; la seconde, de repos dans la fortune acquise, mais du repos de ces nobles oisifs de l'intelligence, suivant et encourageant les progrès de la science qu'il avait cultivée lui-même avec tant de succès et portant un intérêt presque égal aux choses de l'esprit et de l'art, auxquelles durant toute sa vie il avait su faire leur part.

Le nombre des travaux qu'a produits M. J. Cloquet dans cette première période active de sa vie, dont bien peu d'entre nous ont été témoins, est considérable; ils ont eu trait à presque toutes les branches des sciences médicales, à l'anatomie, à la physiologie humaine et comparée, à l'anatomie chirurgicale et à l'anatomie pathologique, à la clinique chirurgicale, à la médecine opératoire, enfin à la médecine proprement dite et à la thérapeutique. Il a, en outre, introduit dans la pratique une foule d'instruments et d'appareils de chirurgie. Qu'il nous suffise de rappeler ici, parmi les plus importants de ces travaux, son *Anatomie de l'homme*, avec figures lithographiées de toutes les parties du corps humain, en 5 vol. gr. in-folio, qui a été, dans le temps, le guide de nombreuses générations d'élèves; son mémoire sur les développements du cristallin, ses recherches sur la squelettopée ou la préparation des os, des articulations, et sur la construction des squelettes; son anatomie des vers intestinaux et divers mémoires d'anatomie comparée, qui ont été l'objet de rapports à l'Académie des sciences; ses recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen, sur les calculs urinaires, sur les fractures, sur les luxations, sur les anévrysmes, sur l'influence de la position des organes et des membres dans le traitement des affections chirurgicales, etc. Il n'est presque pas un point de la chirurgie qu'il n'ait traité. Nous rappellerons enfin le grand nombre d'articles qu'il a insérés dans le *Dictionnaire en 30 volumes*.

M. Jules Cloquet était le plus ancien des membres de l'Académie de médecine; il était même le seul survivant de ses membres fondateurs. Il était membre de l'Académie des sciences, professeur honoraire de la Faculté de médecine, commandeur de la Légion d'honneur et dignitaire d'un grand nombre d'ordres étrangers. Il laisse deux sièges à occuper, l'un à l'Académie des sciences, l'autre à l'Académie de médecine.

Les obsèques auront lieu mercredi 28 février, à midi, à l'église de la Madeleine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté sera fermée le mercredi 28 courant à l'occasion des obsèques de M. le baron Cloquet, professeur honoraire de la Faculté. Par suite, les examens qui doivent avoir lieu ce jour-là seront reportés au lundi 5 mars.

— Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgiens au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le jeudi 29 mars 1883, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir, se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 26 février 1883, et sera clos définitivement le mardi 13 mars, à trois heures.

— Par décret, en date du 21 février 1883, les docteurs en médecine ci-après désignés ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe (emploi vacant par organisation) : M. Maldant, médecin aide-major de première classe, démissionnaire de l'armée active.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe (emplois vacants par organisation) : MM. Leroux, Préaux, Leroy, Lotz, Coulomb, Lequeux, Bélugon, Laurand et Déjean.

— Par décision ministérielle, en date du 23 février 1883, M. Jagot-Lacoussière (A.-F.-X.), médecin aide-major de première classe au 29e régiment d'infanterie, à Autun, a été désigné pour occuper un emploi de son grade au service de la place de Paris et être affecté au bataillon du 114e régiment d'infanterie stationné dans ladite ville.

— Les élèves du service de santé militaire, attachés à l'hôpital militaire Saint-Martin, devront se trouver audit hôpital jeudi prochain, 1er mars, à huit heures et demie du matin. Ils devront apporter : 1° leurs notes de cours; 2° leurs observations cliniques; 3° leur carte d'étudiant de la Faculté; 4° leur carte de stage hospitalier, remise par l'Administration générale de l'Assistance publique. Ils seront aussi tenus d'indiquer, d'une façon précise : 1° leur situation au point de vue du recrutement; 2° le régiment ou le corps de troupe auquel ils sont affectés.

— Un concours pour une place de médecin suppléant à l'Hôtel-Dieu de Reims s'ouvrira le lundi 16 juillet 1883, à huit heures et demie du matin. Le registre d'inscription sera fermé le 30 juin 1883.

— Un emploi de répétiteur auxiliaire, attaché à la chaire d'anatomie des animaux domestiques et extérieur du cheval, est vacant à l'École vétérinaire d'Alfort. Le traitement affecté à cet emploi est fixé à 2,400 francs par an. Les candidats devront adresser leur demande au ministre de l'agriculture, par l'intermédiaire du directeur de l'École.

— M. le docteur Cosson, membre de l'Institut, est nommé membre de la commission des voyages et missions scientifiques et littéraires.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Pajot, professeur d'accouchements, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le deuxième semestre de l'année 1882-1883, par M. Budin, agrégé.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Deschamps (Hector-Marie) est nommé prosecteur d'anatomie, en remplacement de M. Tirmont, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Simonet, bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé des fonctions de chef des travaux de chimie pendant la durée du congé accordé à M. Doumerc.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14159.

N° 25. — JEUDI 1er MARS 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 1er MARS 1883. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. Tableau d'avancement pour l'année 1883. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. De la diarrhée chez les enfants. — Observation d'un cas de tétanos traumatique guéri par un traitement mixte. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — VARIÉTÉS. Documents pour servir à l'histoire de la médecine. — Circulaire concernant l'emploi des eaux minérales. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Tableau d'avancement pour l'année 1883.

(NOTA. — Le millésime placé en vedette indique la date de la première inscription au tableau d'avancement.)

Médecins principaux de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de première classe :

1881. — MM. Lèques, Fée et Tarneau.

1882. — MM. Morache, Libermann, Bourot, Hurst, Dujardin-Beaumetz, Poncet, Piard, Frilley et Chabert.

Médecins-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de deuxième classe :

1881. — MM. Sommeillier, Cros et Claudot.

1882. — MM. Coste, Bazille, Émery-Desbrousses, Nogier, Ducelliez, Perrin, Beltz, Driout, Deslande, Madamet, Renard, Marvaud et Duchemin.

Médecins-majors de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin-major de première classe :

1881. — MM. Bonnefoy, Ribard, Clément, Grandjean, Benoît, Ringeisen et Zuber.

1882. — MM. Collin (H.-E.), Mouton, Nicaud, Charbonnier, Caillet, Tibal, Bros, Martino, Ocana, Dionis du Séjour, Aron, Billet (P.-C.-L.), Cottel, Davignon, Linon, Colin (H.-J.-A.), Millet, Dornier, Pierrot, Passot, Lavat, Jourdan, Dubarry, Bois, Lippmann, Catteau, Billet (J.-V.), Pau de Saint-Martin, Annesley, Pébarde, Emmérique, Doubre, Lubanski, Renaud, Plaisant, Cluzan, Darricarrère, Duprey, Castaing, Margantin, Baudouin, Lallemand, Charvot, Delorme, Juloux, Michaud, Laurent, Moty et Boucher.

Médecins aides-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin-major de deuxième classe :

1881. — MM. Leroy, Louis (C.-F.-A.), Veillon, Bassompierre, Grodvolle, Achintre et Richard (J.-B.-A.).

1882. — MM. Cauchy, André, Ménard, Richard (P.-L.), Sommeillier, Dorange, Hocquard, Belhomme, Cazes, Vuillemin, Blanchet, Devin, Peraud, Rumen, Sudour, Godart, Virolle, de Valicourt, Deschamps, Troche, Didier, Martin, Lebesgue, Rousset, Dubrulle, Swaigues, Troy, Brindel, Carrière, Legrain, Mercier, Famechon, Trifaud, Marty, Tournier, Douart, Stoupy, Bercher, Schmitt, Lambert (M.-C.-H.), Boulian, Lambert (F.-P.), de Casabianca, Christy, Raynaud, Laydeker, Hermantier, Hugues, Chopard, Jarry, Ribes, Laget, Briot, Manfredi, Hermann, Bosquette, Augé, Pommay, Biéchy, Chambé, Mareschal, Gœbel, Torio, Génin, Richard (L.-M.), Pierron, Legrand, Polin, Badin, Salesses, Zimmermann, Lemarchand, Girardin, Colin, Lévêque, Lamuller, Vaugy, Jacquey, Mistarlet, Chenet, de Santi, Février, Lecomte, Schneider, Arnold, Paquy, Merz, Baur, Roux, de Balthazar de Gachéo, Comte, Paillard, Delamare, Sourris, Salle, Joly, Manquat, Langue, Durget, Warnecke et Hussenet.

Pharmacien principal de deuxième classe proposé et classé pour le grade de pharmacien principal de première classe.

1882. — M. Fleury.

Pharmaciens-majors de première classe proposés et classés pour le grade de pharmacien principal de deuxième classe :

1881. — MM. Mullet et Parant.

1882. — M. Thomas.

Pharmaciens-majors de deuxième classe proposés et classés pour le grade de pharmacien-major de première classe :

1881. — MM. Masson, Janin et Delahousse.

1882. — MM. Garnier, Camus, Morel et Mather.

Pharmaciens aides-majors de première classe proposés et classés pour le grade de pharmacien-major de deuxième classe.

1881. — MM. Maljean et Cambriels.

1882. — MM. Weill, Rousselet, Puig, Georges, Ducruzel, Nourry, Durand, Jégou, Boutté, Grellety, Corne, Bernou et Colin.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. JULES SIMON.

La diarrhée chez les enfants (1).

IV

Après nous avoir parlé successivement de la lientérie, de la diarrhée catarrhale, de l'entérite aiguë, de l'entérite pseudo-

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 février 1883.

membraneuse, de la diarrhée cérébrale ou mieux compliquée d'accidents identiques à ceux d'une méningite aiguë, après vous avoir montré les différences caractéristiques qui existent entre la diarrhée cholériforme ou choléra infantile et le choléra véritable, entre l'entérite dysentérique et la dysenterie; après vous avoir fait un tableau succinct, mais aussi complet que possible, des diverses formes que l'entérite aiguë peut revêtir; il me reste à vous entretenir aujourd'hui de l'entérite chronique, de la diarrhée syphilitique, de la diarrhée à forme intermittente dont je ne vous ai dit que quelques mots, et de la diarrhée diphtéritique et gangréneuse, pour en avoir fini avec le chapitre de la diarrhée chez les enfants.

L'entérite chronique est la pierre d'achoppement des jeunes médecins presque toujours appelés, à leur tour, à donner leurs soins à des enfants depuis longtemps déjà en traitement entre les mains d'autres confrères. Tous ont recours aux astringents, aux opiacés, au régime diététique, avant d'avoir découvert parfois la cause véritable de l'affection, scrofule, tuberculose, syphilis, etc.; aussi la médication n'aboutit-elle qu'à un demi-résultat, et peu après le mal réapparaît. C'est alors qu'il faut compléter le traitement — après l'opium — par la craie, par le bismuth, par l'eau de Vals (source Saint-Jean), dont je vous ai déjà parlé précédemment, puis par les révulsifs sur la peau, par la teinture d'iode, par le coton iodé, par l'huile de croton tiglium, médication à laquelle on doit joindre une hygiène particulière, une alimentation choisie de substances ni grasses ni féculentes en excès, le lait et une nourriture azotée. Enfin, si la médication ne suffit pas, l'on arrive à la viande crue, très bon moyen par lequel je finis le traitement, tandis que d'autres médecins l'emploient souvent au début. Je ne la prescris, en effet, malgré les bénéfices que le malade peut en retirer, que lorsque les autres moyens n'ont pu amener la guérison, et cela en raison du développement du tænia que l'usage de la viande crue entraîne souvent avec lui. Je l'ai maintes fois observé, et il ne se passe pas de mois où je n'en vois quelque exemple chez les enfants que leurs parents amènent à la consultation. Aussi, je le répète, ce n'est qu'en dernier lieu que je recommande l'emploi de la viande crue. Tout d'abord je la fais saisir par un feu ardent, puis réduire en pulpe, pour la donner à la dose de 50, 60 ou 100 grammes, selon l'âge de l'enfant, soit dans du sucre, soit dans de la confiture s'il le préfère, soit enfin dans tout autre véhicule qu'il accepte facilement. Mais, quoi que l'on fasse, ce traitement, il faut bien le savoir, doit être longtemps prolongé pour arriver à la guérison, et celle-ci sera grandement aidée par les bains sulfureux, par les eaux de Plombières. Cette station, en effet, est celle qui, en pareils cas, m'a rendu le plus de services, bien que ces eaux ne contiennent que très peu de principes minéralisateurs, moins même, je dirai, que l'eau de Seine. Les eaux de Plombières ont des propriétés qui nous sont encore inconnues, il est vrai, mais qui cependant ne nous laissent aucun doute sur leur efficacité chez les enfants.

— Dans la diarrhée des petits syphilitiques, il faut tout d'abord savoir bien distinguer si les accidents ne sont pas le résultat de l'alimentation, auquel cas le traitement spécifique n'aurait aucun effet. Mais lorsque chez les petits enfants atteints de syphilis héréditaire la diarrhée est entretenue par une hypersécrétion et une hyperfluxion du foie, diarrhée caractérisée par des selles vertes et abondantes, lorsque le lait, leur seule nourriture encore, est mal digéré, le dépérissement est rapide. Chez eux, il ne faudrait donc pas s'arrêter aux apparences de contradiction du traitement spécifique de la syphilis avec la diarrhée. Il faut, au contraire, aller droit à la liqueur de Van Swiéten et aux frictions hydrargyriques malgré la diarrhée. Bien que cette liqueur ait une action purgative, vous devrez néanmoins tenter de la donner; car, par sa spécificité, le médicament agira le plus souvent et sur l'hypersécrétion de l'organe hépatique et sur l'état général, et il diminuera ainsi, si même il ne les arrête pas tout à fait, les phénomènes diarrhéiques. Cependant, si, malgré la médication spécifique, la diarrhée persiste encore, suspendez-en l'emploi pendant un jour ou deux et donnez, dans l'intervalle, un peu de laudanum, du sous-nitrate de bismuth et du diascordium, pour revenir ensuite, les jours suivants, à la liqueur de Van Swiéten et aux frictions hydrargyriques.

— Les enfants atteints de diphtérie sont malheureusement aussi sujets à la diarrhée; mais chez eux le traitement est particulier. En effet, autant je vous ai vanté les bons effets de l'opium dans l'entérite, autant je m'en interdis l'emploi dans la diphtérie et la gangrène, où il enlèverait l'enfant plus vite que la maladie elle-même, le tuant plus sûrement encore.

Chez ces enfants, donnez, au contraire, les stimulants sous toutes les formes; donnez l'alcool à haute dose; donnez le bismuth, la craie, le café noir; donnez du vin de Champagne; donnez toutes substances excitantes et capables de relever et soutenir les forces du petit malade.

Agissez aussi de la même façon dans le cas où vous avez affaire à des enfants atteints de gangrène de la bouche ou de la vulve.

— Enfin, avant de terminer, quelques mots encore de la diarrhée de la fièvre intermittente. Ici il y a des diarrhées aiguës et des diarrhées chroniques qui n'ont d'autre origine que le paludisme, et que l'on ne parvient pas à arrêter par le traitement ordinaire, mais que l'on peut seulement diminuer ou enrayer pour quelque temps. Chez l'enfant à la mamelle, cette origine palustre est généralement difficile à diagnostiquer. L'accès intermittent est le plus souvent insaisissable, qu'il soit diurne ou nocturne. Chez l'enfant que l'on vient de sevrer ou chez le petit être âgé de deux à trois ans, la fièvre intermittente est assez souvent tierce ou double tierce et l'accès, quelquefois nocturne, est plus caractérisé. J'ai vu, chez un enfant, la fièvre palustre se manifester par une diarrhée subite et profuse, par des vomissements et un refroidissement général tel que la mort s'ensuivait. Dans ces diarrhées palustres, la médication est des plus importantes à bien faire d'emblée, sans tâtonnement. Il ne faut pas compter sur l'opium, ni sur les astringents, ni sur les cathartiques. Un seul médicament est indiqué par la nature même des accidents, c'est-à-dire le sulfate de quinine. C'est lui qu'il faut administrer immédiatement sans perdre de temps. Vous le donnerez en poudre dans du café noir ou dans du sirop de groseilles, dix ou douze heures avant l'accès. Chez l'enfant à la mamelle, vous le donnerez soit en lavements, soit en frictions sur la peau. La dose de ce médicament, administré par la bouche, est de 20 à 30 centigrammes chez un enfant âgé de deux ans.

Voilà ce que je voulais vous dire de la diarrhée sous les différentes formes qu'elle peut revêtir.

OBSERVATION D'UN CAS DE TÉTANOS TRAUMATIQUE

GUÉRI PAR UN TRAITEMENT MIXTE.

Par M. le docteur SÉDAN, médecin-major au 1[er] zouaves.

Le vendredi 26 janvier, M. F... (Joseph), âgé de vingt-quatre ans, qui travaillait sur la route de Coléah, fut violemment jeté à terre par un timon de charrette, qui lui fit en outre une blessure d'apparence bénigne au niveau de la bosse occipitale.

Relevé sans connaissance et en pleine stupeur, il fut soumis à une large déplétion sanguine, quinze sangsues deux fois de suite avec des cataplasmes consécutifs pour augmenter la déperdition. Pouls à 45, température inférieure à 36°. Au bout de deux jours, que le patient a passés sans pouvoir boire, manger, uriner ou aller à la garde-robe, il baisse à vue d'œil, et notre excellent confrère M. le docteur Desarbres nous fait l'honneur de nous appeler en consultation.

Le 28 janvier, à midi, jour où nous voyons le malade pour la première fois, il est dans un état d'excitation difficile à décrire : il crie, s'agite, et impose aux gens de son entourage la difficile mission de le maintenir. Son pouls est à 48, sa peau est froide et parcheminée, il répond à tort et à travers aux questions qui lui sont posées.

La prescription a surtout visé l'état d'anémie cérébrale, actuellement prédominant, et le réchauffement qui s'imposait : jus de viande, limonade, quinquina au malaga, et le soir une injection de morphine.

Le lendemain, peu de résultat, le pouls toujours très bas, la température légèrement plus élevée ; bref, une amélioration relativement très faible ; le malade reconnaît l'assistance, mais s'exprime sans ordre ni précision.

Le 30, il se plaint, après une fort mauvaise nuit, de douleurs aux mâchoires, raideur à la nuque ; impossibilité d'ouvrir la bouche et de redresser le cou ; strabisme évident, douleurs fulgurantes dans les membres, qui sont agités aux moments des crises par des tremblements et des secousses violentes.

Le diagnostic est posé : tétanos traumatique ;

Pronostic : très grave ;

Pouls, 52 ;

Température, 37° ;

Traitement :

1° Toutes les heures, 1 centigramme d'extrait thébaïque jusqu'à nouvel ordre ;

2° Simultanément, une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Bromure de potassium.	6 grammes.
Chloral.	4 —
Eau édulcorée.	75 —

3° Tous les matins, un lavement avec :

Teinture d'assa fœtida. . . . . — de valériane	āā 6 grammes.
Eau.	200 —

4° Le soir, vers neuf heures, s'il n'y a pas de résolution, une injection de chlorhydrate de morphine.

Repos absolu autour du malade, silence et obscurité.

Le 1[er] février, la nuit a été meilleure, mais il y a eu un ténesme vésical et rectal absolument pénible. Des applications de flanelles chaudes sur le ventre ont rapidement amené la détente urinaire ; un lavement purgatif a produit le même résultat sur l'intestin, une heure et demie après le lavement médicamenteux.

Le 3, amélioration réelle, mais insuffisante ; même traitement, sauf que les prises de une, deux et trois heures du soir seront suspendues et remplacées par l'absoption d'une décoction de feuilles de jaborandi (4 grammes pour 60 grammes d'eau sucrée) ; résultat évident, puisque le 4 on peut entrer un doigt entre les arcades dentaires.

Le 5, strabisme amélioré ainsi que les douleurs de la nuque qui persistent néanmoins ; toutefois les coliques violentes, mais fugaces, qui étaient simultanées avec les contractions, ont à peu près disparu ; même traitement, pas de décoction.

Le 6, état général bon ; pouls relevé, température meilleure, décoction de jaborandi (3 grammes sur 60) ; effet considérable ; suspension provisoire du centigramme d'extrait thébaïque et de la potion ; les deux sont repris le lendemain matin dès cinq heures, l'excitation paraissant augmenter ; retard des prises de deux en deux heures.

Le 7, le malade a demandé à manger ; il a repris à peu près ses sens, il est incommodé pourtant par des hallucinations, des rêves, des vertiges ; la bouche, la nuque, les membres et les yeux vont bien mieux.

Le 8, dernière décoction de jaborandi et continuation du traitement reporté de trois en trois heures ; état général bon, la bouche s'ouvre assez pour permettre l'introduction de deux doigts.

Pour éviter d'allonger sans intérêt cette observation, dont l'unique valeur est la gravité des symptômes observés et l'efficacité des moyens mis en pratique, nous nous bornerons à dire que le 16 février le malade a pu subir un transport en voiture ; que le 17, jour de la rédaction de cette note, il mange, boit, dort, lit et cause raisonnablement, et peut être considéré en conséquence comme guéri.

Telle est la narration sommaire de ce fait, qui, survenu après la discussion de la Société de chirurgie (août 1882), constitue un document de plus à l'actif de la curabilité du tétanos.

Puisse ce succès, le seul sur trois cas observés en huit ans par le même praticien, engager ses confrères à imiter cette façon d'agir et leur procurer le même consolant résultat !

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 février 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Bouchard, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de *pathologie médicale ;*

2° Une lettre de M. Ferrand, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de *thérapeutique* et *d'histoire naturelle ;*

3° Une lettre de remerciement de M. le docteur Ollier, nommé dernièrement membre associé national ;

4° Une lettre de remerciement de M. le docteur Aufreux, lauréat de l'Académie ;

5° Un mémoire manuscrit intitulé : *De l'opération césarienne avec section utérine*, par M. le docteur Poulet (de Plancher-les-Mines).

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Jules Cloquet, et, pour honorer sa mémoire, lève la séance.

VARIÉTÉS

Documents pour servir à l'histoire de la médecine.

IV

LE CHEVALIER DIGBY

OU

LE DOCTEUR SYMPATHIQUE (1)

Si jusqu'à présent nos recherches relativement à la *Fille médecin* sont restées vaines quant au manuscrit que nous eussions vivement désiré retrouver, cependant elles ont eu

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 6 février 1883.

ce bon côté que nous adressant à l'un des hommes qui connaissent le mieux le théâtre du dix-huitième siècle, à M. Ch. Marty-Laveaux, le savant archiviste de l'Académie française nous a rappelé certaine scène du *Menteur* de Corneille, où, dans sa hâblerie, Dorante raconte à son valet Cliton les effets merveilleux de la poudre de sympathie sur Alcippe, dont il se vantait d'avoir, de son épée, dans un combat singulier, traversé la poitrine de part en part à deux reprises successives.

Voici, du reste, le fragment de cette scène annoté par M. Marty-Laveaux, que nous reproduisons avec ses variantes, d'après la belle édition des œuvres de Corneille, qu'il en a donnée dans la *Collection des grands écrivains de la France* (1).

ACTE IV

SCÈNE III

. . . .

. . . .

DORANTE.

Alcippe te surprend, sa guérison t'étonne !
L'état où je le mis étoit fort périlleux ;
Mais il est à présent des secrets merveilleux :
Ne t'a-t-on point parlé d'une source de vie
Que nomment nos guerriers poudre de sympathie ?
On en voit tous les jours des effets étonnants.

CLITON.

Encore ne sont-ils pas du tout si surprenants ;
Et je n'ai point appris qu'elle eut tant d'efficace,
Qu'un homme que pour mort on laisse sur la place,
Qu'on a de deux grands coups percé de part en part,
Soit dès le lendemain si frais et si gaillard.

DORANTE.

La poudre que tu dis n'est que de la commune,
On n'en fait plus de cas ; mais, Cliton, j'en sais une
Qui rappelle sitôt des portes du trépas,
Qu'en moins d'un tournemain on ne s'en souvient pas (2) ;
Quiconque la sait faire a de grands avantages.

CLITON.

Donnez-m'en le secret et je vous sers sans gages.

DORANTE.

Je te le donnerois et tu serois heureux ;
Mais le secret consiste en quelques mots hébreux,
Qui tous à prononcer sont si fort difficiles,
Que ce seroient pour toi des trésors inutiles (3).

M. Marty-Laveaux fait suivre le vers :

Que nomment nos guerriers poudre de sympathie,

de certaines réflexions que nous ne croyons pas pouvoir partager complètement. L'opinion générale, dit-il, est que ce fut le chevalier Digby qui apporta en France ce prétendu remède. Il exposa ses principes devant l'Académie de Montpellier dans un *Discours* non daté, dont le privilège est du 21 décembre 1651, et une vive polémique s'engagea sur ce point ; mais on voit qu'il était question beaucoup plus tôt de la poudre de sympathie. Déjà, en 1647, un traité spécial était publié sous ce titre : *Nicolaii Papinii..... de pulvere sympathico dissertatio*, in-8°. Nous pouvons remonter encore un peu plus haut, ajoute M. Marty-Laveaux, l'édition de 1644 de l'*Abrégé chirurgical*, d'Honoré Lamy, est augmentée d'un *Discours de la poudre de sympathie*, par M. G. Sauvageon. Nous y retrouvons un renseignement qui nous reporte tout juste au temps où Corneille fait parler Dorante. « Il faut savoir, dit l'auteur, qu'il y a quelque deux ou trois ans que cette poudre commença d'avoir cours en ce royaume ; mais elle se donna ouvertement à connoître en l'année 1642 en l'armée de Roussillon. » La recette avait été achetée une cinquantaine de pistoles d'Espagne.

Mais cette poudre ne serait-elle pas plutôt, en raison de sa date, la poudre sympathique de *François Valory* (1643), dont M. le docteur A. Chéreau, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, a trouvé la mention à la page 209 du tome XIII des *Commentaires* de la Faculté de médecine de Paris, *Commentaires* dont les vingt-quatre volumes manuscrits et originaux renferment « une curieuse collection de charlatans de toutes nuances et de toutes catégories, *illicite practicantes, Agyrtes, Nebulones,* et autres bêtes venimeuses de la même espèce » (1). En effet, le discours de Montpellier n'est pas daté et le privilège de publication est seulement du 21 décembre 1651. Je sais bien que le discours est reproduit dès 1647 par Nicolas Papin dans son *De pulvere sympathico dissertatio*. Mais nous savons d'autre part que ce ne fut guère que dans les dernières années que le chevalier Digby s'adonna surtout à l'alchimie. Enfin il semble tout probable que le procès de Valory ne fut instruit qu'à la suite du bruit fait autour de cette poudre « donnée ouvertement en l'année 1642 en l'armée de Roussillon », c'est-à-dire à l'époque même où la comédie du *Menteur* paraît avoir été représentée pour la première fois.

Cependant, si la poudre de sympathie « *que nomment nos guerriers* » est bien celle de François Valory, d'autre part, la réflexion de Dorante à Cliton,

La poudre que tu dis n'est que de la *commune*,
On n'en fait plus de cas...

se rapportant encore au même Valory, ne serions-nous pas en droit d'admettre que lorsque Dorante ajoute :

Mais, Cliton, j'en sais une
Qui rappelle sitôt des portes du trépas,

il fait allusion à la découverte ou mieux à l'invention du chevalier Digby, dont la célébrité toute récente serait en train de renverser celle de Valory.

Bien que cette interprétation nous paraisse assez vraisemblable, nous n'osons cependant poser ici, aujourd'hui encore, qu'un point d'interrogation. Nous ajouterons seulement, avant de terminer, que M. Ch. Marty-Laveaux, à qui nous avions fait part, ces jours derniers, de nos doutes, lui demandant son avis, nous a répondu ces quelques lignes : « Le *Menteur*, achevé d'imprimer le 31 octobre 1644, a été représenté, suivant l'opinion la plus répandue, en 1642, mais peut-être seulement aussi en 1643 ; c'est donc très probablement François Valory que Corneille a eu en vue dans la troisième scène du quatrième acte. »

(1) *Les Grands Écrivains de la France*, nouvelles éditions publiées sous la direction de M. Ad. Régnier. — *Œuvres de Corneille*, par M. Ch. Marty-Laveaux, t. IV, pages 203-204. Paris, Hachette, 1862.

(2) *Var.* Qu'en moins de fermer l'œil on ne s'en souvient pas. (1644-1660.)

(3) Que ce *seroit* (au singulier) pour toi des trésors inutiles. (1644-1664.)

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, article *Charlatanisme*, par M. A. Chéreau, Première série, t. XV, pages 466-468. Paris. Asselin et G. Masson, 1874.

V

LE SEIGNEUR CRANISOF

OU

BONIMENT D'UN CHARLATAN PARISIEN EN 1848

Le Seigneur Cranisof, magicien de naissance, renommé dans plusieurs Cours de l'Europe et notamment à Carpentras, où il a laissé de délicieux souvenirs, a l'honneur de vous prévenir qu'il tient chez lui, à votre disposition, un assortiment complet de philtres très agréables et dont l'effet surprenant se produit à l'instant même sur les personnes qui veulent bien se soumettre à une cuisson convenable. Quand un de ses clients succombe dans l'opération, la valeur en est payée à ses héritiers.

Le Seigneur Cranisof est désolé d'être obligé de faire son propre éloge, mais il se doit à lui-même de déclarer que, comme opérateur, il n'a pas son pareil; en effet, il raccommode également bien les bras et les pipes, les tibias et les parapluies. Un vernis dont il est inventeur redonne à la peau la plus ridée la fraîcheur de la première jeunesse. Il va sans dire que la chaussure peut être embellie par le même procédé. Les parents du Sr Cranisof, qui, par suite de malheurs immérités, propageaient le madapolam dans le département du Loiret, ont fait usage de ce vernis jusqu'à leur dernier moment, et le Sr Cranisof lui-même garderait cet étonnant spécifique pour sa consommation personnelle, si des besoins pressants ne l'obligeaient à en tirer partie (il doit 9 francs à sa blanchisseuse et ses autres créanciers, fournisseurs l'accablent d'observations désagréables) lui que son talent oratoire et la vivacité de son esprit désignaient si bien au choix des électeurs pour la représentation nationale, lorsqu'un jour maigre, mangeant du poisson, une maudite arête s'implanta dans son gosier, et en modifiant la souplesse de son organe, le rendit à jamais impropre aux succès de la tribune.

Maintenant la place naturelle du Sr Cranisof est à l'Académie des sciences et il y serait déjà sans des envieux qui le dénigrent, notamment M. le Préfet de Police et plusieurs sergents de ville. Mais si vous daignez accorder votre confiance au Sr Cranisof, il appaisera (*sic*) sa blanchisseuse et, ayant l'esprit plus tranquille, il pourra terminer son grand ouvrage sur la manière d'analyser le lait de belotte (1) et de faire cuire les pommes en les exposant à la lumière d'une veilleuse.

L'apparition de cet ouvrage fera révolution dans le monde savant qui s'en préoccupe déjà, et cela à cause de la couverture qui sera en marbre rouge sterling, ayant l'apparence du nougat de Bretagne.

L'ouvrage n'aura pas plus de 100 volumes à 5 francs l'un. Le Sr Cranisof se fera un vrai plaisir de vous en offrir un exemplaire et cette charmante nouveauté ne vous coutera en définitive que 499^f50^c, vu la remise toute exceptionnelle de 50 centimes qu'il consent à vous faire en faveur du paiement immédiat.

NOTA. — Pour convaincre les incrédules le Sr Cranisof fera passer sous leurs yeux la peau d'un malade qu'il a guéri.

La réclame du seigneur Cranisof, autographiée sur papier bleu, est entourée d'un dessin représentant, en haut, un magicien à longue barbe, le chef couvert du bonnet classique, les bras étendus et tenant dans sa main droite la baguette divinatoire, tandis que sur les côtés on aperçoit à droite un hibou, des cartes à jouer, une cornue sur son fourneau, un crocodile, etc. ; à gauche, un chat à tête humaine, un lézard, un flacon d'élixir sans pareil, et un serpent dont la queue s'enroule avec celle d'un dragon ailé.

VI

Il n'est peut-être pas sans intérêt de rapprocher de la *Patenostre des Verollez*, que nous avons donnée dans notre numéro du 6 février dernier, le document suivant, que le *Progrès médical* a publié le 17 juin 1882. Il est extrait du *Livre bleu du Châtelet de Paris*, fol. III, v°.

CRY TOUCHANT LES VEROLLEZ

Combien que par cy devant ayt esté publié, crié et ordonné à son de trompe et cry public par les carrefours de Paris à ce que aucun n'en peust pretendre cause d'ignorance : Que tous malades de la grosse verolle vuidassent incontinent hors la ville et s'en allassent les estrangers ez lieux dont ils sont natifs, et les aultres vuidassent hors lad. ville sur peine de la hart : Neantmoins lesd. malades en contempnant lesd. cris sont retournez de toutes pars et conversent parmy la ville avec les personnes seines, qui est chose dangereuse pour le peuple et la seigneurie qui à present est à Paris : len defend de rechief de par le Roy et Mons le prevost de Paris, à tous lesd. malades tant hommes que femmes, que incontinent après ce present cry ils vuident et se departent de lad. ville et forsbourgs de Paris et s'en voisent, savoir lesdits forains faire leur residence es pays et lieux dont ils sont natifs et les aultres hors lad. ville et forsbourgs sur peine d'etre jectez en la riviere s'ilz y sont pris le jour dui passé. Et enjoint len a tous huissiers, quarteniers et sergens prendre ou faire prendre ceulx qui y seront trouvez pour en faire l'execution. — Fait le lundi xxxve jour de Juing l'an mil IIIJ IIIJ^xx et XVIIJ.

E. RIVIÈRE.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Circulaire concernant l'emploi des eaux minérales.

Le ministre de la guerre à MM. les gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, — les généraux commandant les corps d'armée, — les directeurs du service de santé.

Paris, le 10 février 1883.

MESSIEURS,

L'instruction du 18 mars 1862 sur l'emploi des eaux minérales a réservé spécialement aux militaires atteints d'affections des voies respiratoires l'admission à l'hôpital thermal d'Amélie-les-Bains pendant les saisons d'hiver. Néanmoins, un nombre assez considérable de malades affectés de bronchite chronique ou de tuberculose pulmonaire sont désignés chaque année pour faire usage des eaux d'Amélie pendant les saisons d'été. Or, il résulte des rapports qui m'ont été adressés que ces malades, en général très affaiblis et anémiés, supportent difficilement la chaleur qui règne à pareille époque dans cette localité et n'éprouvent que de mauvais effets de la médication thermale.

Je vous prie donc de veiller à ce qu'à l'avenir il ne soit pas dérogé à l'instruction précitée, et qu'aucun de ces malades ne soit dirigé sur Amélie en dehors des saisons d'hiver.

Mon attention ayant été appelée également sur l'envoi au même hôpital de malades arrivés à une période avancée de la tuberculose, et qui ont dû, pour ce motif, rentrer à leur corps ou obtenir des congés sans avoir pu suivre le traitement thermal, vous voudrez bien inviter les médecins chargés d'établir les certificats individuels à ne proposer pour faire usage de ces eaux, conformément aux règles dictées par l'expérience, que les malades atteints de phtisie pulmonaire au premier degré, qui seuls sont susceptibles d'obtenir des résultats favorables de cette médication.

Le ministre de la guerre,

THIBAUDIN.

---

(1) Faut-il lire belette ?

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

49. M. Péchin. Traitement de la conjonctivite purulente grave. — 50. M. Clary. Rupture des varices profondes du membre inférieur (coup de fouet). — 51. M. Gral Régis. De la fièvre typhoïde chez les tuberculeux. — 52. M. Deniau. De l'hystérie gastrique. — 53. M. Bigot. Contribution à l'étude du traitement de l'épiplocèle traumatique et en particulier de la ligature et de l'excision. — 54. M. Tourmento. Contribution à l'étude de l'influence du traumatisme utérin et péri-utérin sur la grossesse. — 55. M. Luizy. De la restauration du périnée, pratiquée immédiatement après l'accouchement. — 56. M. Magniatis. La fièvre intermittente à Paris. — 57. M. Delpeuch. Essai sur la péritonite tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte. — 58. M. Ledoze. De la non-intervention primitive dans les plaies par balles de revolver. — 59. M. Alberto Arteaga. Plaies du testicule. — 60. M. Pris. Considérations sur les fistules du canal de Sténon et de leur traitement. — 61. M. Vérut. Contribution à l'étude des abcès chauds. — 62. M. Barbé. Contribution à l'étude des fractures du métacarpe. — 63. M. Léviste. De l'opération de la cataracte chez les diabétiques. — 64. M. Bertillon. De la fréquence de la fièvre typhoïde à Paris, depuis 1865 jusqu'en 1882. — 65. M. Veil. Quelques considérations sur la pneumonie typhoïde et sur la pneumonie qui peut précéder la fièvre typhoïde et souvent à son début. — 66. M. Laurent. Du daltonisme; son étiologie; sa fréquence et ses dangers. — 67. M. Bornèque. Contribution à l'étude de l'aortite aiguë. — 68. M. Bourcy. Des déterminations articulaires des maladies infectieuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 février 1883, M. Durand, député, est nommé sous-secrétaire d'État au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts.

— Le concours pour la nomination à quinze places d'agrégé des Facultés de médecine (section de chirurgie et d'accouchements), s'ouvrira demain jeudi, 1er mars 1883, à cinq heures et demie, dans la salle des thèses de la Faculté de Paris.

Les candidats, au nombre de vingt-trois, sont : MM. les docteurs Bar, Brun, Bureau, Campenon, Champetier de Ribes, Doléris, Dubar, Duret, Henriet, Jalaguier, Kirmisson, Lagrange, Le Bec, Loriot, Maygrier, Marchant, Nélaton, Picqué, Pollasson, Porack, Ribemont, Schwartz et Segond.

— Par décision présidentielle, en date du 13 février 1883, M. le médecin inspecteur Baizeau, directeur de la 7e direction (service de santé) au ministère de la guerre, sera admis, le 6 mars, dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

— Par décret, en date du 13 février 1883, M. le médecin inspecteur Didiot, directeur de l'École de médecine et de pharmacie militaires, membre du comité consultatif de santé, a été nommé directeur de la 7e direction (service de santé) au ministère de la guerre, à dater du 6 mars, en remplacement de M. le médecin inspecteur Baizeau, qui passera, à cette date, dans la section de réserve.

— Par décision ministérielle, en date du 26 février 1883, M. Bernard (G.-E.), pharmacien-major de première classe à l'hôpital militaire de La Rochelle, a été désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris.

M. Moullade (C.-E.-A.), pharmacien-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, a été désigné pour l'hôpital militaire de La Rochelle.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront, le lundi 12 mars 1883, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques. Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique (ancien collège Rollin), tous les jours, de une heure à quatre heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année, qui doivent en justifier pour prendre la seizième inscription ; ils sont facultatifs pour les étudiants pourvus de seize inscriptions. Les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves de quatrième année sont admis sur la présentation de la quittance à souche, constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1883 ;

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions et les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir.

Sont dispensés de ces formalités les élèves ayant seize inscriptions et les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1882-1883. Ces élèves seront admis sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 francs). Les élèves indiqués dans les deux paragraphes qui précèdent devront se faire inscrire à l'École pratique (bureau du chef du matériel) de midi à quatre heures, du 20 février au 10 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Le prix de thèses, pour l'année scolaire 1881-1883, a été décerné à M. Thiébaut. — Mentions très honorables à MM. Lemaire, Ganzinotty et Lambling. — Mentions honorables à MM. Ricoby, Bernhardy et Macé.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Joyeux-Laffuie, docteur ès sciences naturelles, est chargé, jusqu'au 1er novembre 1883, des fonctions de maître de conférences de zoologie, en remplacement de M. Delage, appelé à d'autres fonctions.

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 2 avril 1883, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, depuis le samedi 3 mars jusqu'au samedi 17 mars inclusivement, de onze heures à trois heures.

— La Société de médecine pratique de Paris décernera, dans sa première séance de janvier 1885, un prix de 300 francs et une médaille commémorative à l'auteur du meilleur mémoire inédit traitant un sujet de médecine pratique qui lui aura été présenté avant le 1er octobre 1884. Les travaux, accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur, devront être adressés, avant le 1er octobre 1884, à M. le docteur Gillet de Grandmont, secrétaire général, 4, rue Halévy.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance a composé son bureau, pour l'année 1883, de la manière suivante :

Président : M. Le Coin; *vice-présidents :* MM. Paul Richard et Barbette; *secrétaire général :* M. Passant; *secrétaires annuels :* MM. Depasse et Vallereau (Ch.); *trésorier :* M. Le Noir; *archiviste :* M. Tolédano.

— Le budget de l'Assistance publique de la ville de Berlin s'est élevé, pour l'année 1881, à la somme totale de 6,061,746 marcs, sur lesquels les ressources propres de l'Assistance publique n'entrent en compte que pour 992,909 marcs, ce qui impose à la ville une contribution annuelle de 5,068,837 marcs. Le service des secours à domicile figure à ce budget pour une somme totale de 3,931,422 marcs, dont une faible partie seulement, soit 380,020, est couverte par les ressources propres de l'Assistance affectées à ce genre de secours; 184 commissions de bienfaisance, composées d'environ 1,427 membres, sont chargées de distribuer, chacune dans leur district, les secours publics. Le nombre des individus qui ont reçu des secours à raison de leur grand âge (soixante-cinq

ans), de leurs maladies ou de leurs infirmités (estropiés, aveugles, invalides), s'est élevé à 14,079; le nombre des mères qui ont été secourues à raison de leurs enfants (femmes en couches, etc.), s'est élevé à 42,219, soit au total 18,298.

Comme la ville de Berlin renfermait, en 1881, 1,127,895 habitants, la proportion des assistés était de 1 sur 62 habitants. On a remarqué que, depuis 1872, cette proportion s'était sensiblement accrue. A cette époque, la population de la ville était de 825,421 habitants et le nombre des assistés de 11,434, soit seulement 1 assisté sur 72 habitants. La somme totale des secours distribués par les commissions de bienfaisance s'est élevée, en 1881, à 2,513,751 marcs, soit 2 marcs 18 par tête d'habitant. En 1872, cette somme n'avait atteint que 1,374,860 marcs, soit 1 marc 66 par tête d'habitant. Il faut ajouter, aux dépenses du service des secours à domicile, le traitement des médecins des pauvres. Cinquante-un médecins et chirurgiens, payés par la ville, ont reçu la somme totale de 161,393 marcs, et les frais de médicaments, etc., qui se sont élevés à 105,294 marcs. (*Rev. gén. d'administration.*)

— Selon le tableau officiel du ministère de la guerre, l'effectif de l'armée de terre atteignait en Grèce, le 1er janvier 1883, le nombre de 21,839 hommes, sur lesquels on compte : médecins, 117; vétérinaires, 3; pharmaciens, 33. Commandement d'ambulanciers : sous-officiers, 51 ; trompettes, 2; soldats, 242.

— M. le docteur Bucquoy reprendra ses leçons cliniques, à l'hôpital Cochin, le mardi 6 mars, à neuf heures et demie, et les continuera les mardis suivants, à la même heure. A huit heures et demie, visite dans les salles et examen des malades par les élèves.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des opérations usuelles, par Louis THOMAS, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, etc., suivi d'un précis des opérations dentaires usuelles, par le docteur CRUET. 1 vol. in-18° avec 84 gravures intercalées dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Leçons sur l'épilepsie, faites à l'asile Sainte-Anne, en 1881-1882, par M. MAGNAN, recueillies par Marcel BRIAND. 1 vol. in-8° de 84 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des cystalgies et de leur traitement chirurgical, par le docteur GERGAUD. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14174.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Kyste hydatique du cerveau. — Deux cas d'ataxie à début et symptômes anomaux. — Traitement du furoncle; moyen de prévenir son auto-inoculation. — Note sur un cas de pustule maligne. — De l'opération du phimosis. — Revue de la Presse. — Société de Chirurgie. — Instruments et Appareils. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Kyste hydatique du cerveau.

Dans une thèse de 1879, M. le docteur Denlos montrait par plusieurs exemples, dont il avait été témoin dans les hôpitaux, la part qu'il conviendrait de faire à l'influence des traumatismes accidentels sur le développement de certaines productions morbides, et, en particulier, des kystes hydatiques. Parmi les faits rapportés dans son travail à l'appui de cette proposition, nous trouvons deux cas de kystes hydatiques développés à la suite de traumatismes dans le voisinage de centres nerveux ou dans ces centres eux-mêmes, dans le cerveau notamment. Tel est en particulier le fait suivant rappelé dans une thèse de M. Livon, de 1843, et qui s'est passé en 1811 à l'Institut policlinique de Berlin. Il s'agit d'une petite fille de sept ans, qui en tombant de sur une table vint frapper violemment de l'occiput contre le sol. Quelque temps après, l'intelligence de cette enfant, qui jusque-là avait été assez développée, commença à devenir paresseuse, en même temps que sa santé éprouva de légers mais fréquents dérangements. Il survint des vomissements alimentaires avec des convulsions épileptiformes portant surtout sur le bras et le pied gauche. Ces premiers phénomènes ne tardèrent pas à être suivis de nouvelles séries de convulsions, avec dilatation des pupilles et amblyopie. La paralysie et l'amblyopie faisant de jour en jour des progrès rapides, la mort arriva bientôt au milieu de mouvements convulsifs. A l'autopsie, on trouva l'hémisphère droit du cerveau plus volumineux d'un tiers à peu près que le gauche. La dure-mère enlevée, on trouva la portion du cerveau qui constitue la paroi supérieure du ventricule latéral très amincie, et en l'incisant on en vit sortir une grande quantité d'hydatides dont la masse était entourée d'une enveloppe particulière.

Les faits de ce genre sont assez rares pour qu'on n'en trouve à peine que quelques vagues indications, tant dans les relevés de Davaine que dans les recherches de J. Finsen sur les échinocoques en Islande (voir *Archives générales de médecine*, janvier et février 1869). Il vient de s'en présenter un dans le service de M. Vulpian à l'Hôtel-Dieu. En voici l'histoire en quelques mots :

Dans l'une de ses conférences du mois de janvier, où il entretenait son auditoire de plusieurs cas d'affections cérébrales, M. Vulpian nous présentait un malade âgé de trente-six ans, domestique, entré à l'hôpital le 3 décembre, pour des douleurs de tête habituelles, s'accompagnant de loin en loin d'accès éclamptiques, épileptiformes et d'une hémiplégie incomplète. Voici à quelles circonstances il faisait remonter l'origine de ses souffrances. Cet homme, qui était soldat en 1870, avait fait, pendant qu'il était prisonnier en Prusse, une chute sur la tête, à la suite de laquelle il lui resta pendant quelque temps des étourdissements. Quelques années plus tard, en 1877, il reçut un violent coup de pied de cheval sur la tête, sur la région fronto-pariétale gauche. Depuis ce temps il est resté constamment en proie à la céphalalgie. En novembre 1882, il est pris brusquement, au milieu de la nuit, d'un violent accès épileptiforme. Le jour suivant il a une deuxième attaque tout aussi forte que la première, durant deux heures, et pendant laquelle il se fait une morsure à la langue. Ce fut à la suite de ce second accès, qui lui avait laissé un très violent mal de tête, qu'il se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constate une légère déviation de la langue à droite, avec un certain degré de trouble de la vue. La région frontale gauche, qui est le siège plus spécial de la céphalalgie, est plus chaude que les parties voisines et notamment que la région frontale droite. Point de fièvre d'ailleurs, point de troubles digestifs.

Vers la fin de décembre, ses maux de tête s'étant accrus, on lui donne du bromure de potassium et on fait une application de sangsues aux tempes et aux apophyses mastoïdes, qui est suivie d'un prompt soulagement. Nouvel accès éclamptique survenu quelques jours après, nouvelle application de sangsues qui produit, comme la précédente, une très notable amélioration.

D'après les symptômes et la marche des phénomènes que nous venons sommairement de décrire, M. Vulpian n'hésita pas à porter chez ce malade le diagnostic de tumeur cérébrale siégeant dans l'hémisphère gauche. Mais de quelle nature était cette tumeur? Quel était son siège précis? C'est ce qu'il était assez difficile de déterminer. Tout au plus, vu l'état général et l'absence de symptômes cachectiques et d'antécédents morbides spécifiques, pouvait-on présumer qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne par elle-même, d'un de ces sarcomes à marche lente, mais progressive, et qui, par la progression même et par les phénomènes irritatifs de voisi-

nage qu'elle provoquait, avait donné lieu aux accès épileptiformes dont on a été témoin. Il n'en ressortait pas moins, malgré le caractère bénin probable du néoplasme, mais à cause même de son incessante progression, un pronostic extrêmement grave.

Ce pronostic devait se vérifier prochainement. Voici ce qui est survenu depuis le premier entretien de M. Vulpian sur ce malade.

Le 7 février, il fut pris, à quatre reprises différentes, de violents accès épileptiques, à la suite desquels il lui était resté un affaiblissement beaucoup plus prononcé qu'il n'avait été jusque-là du bras droit, légèrement contracturé. Il se plaignait toujours beaucoup de la tête, et lorsqu'on lui demandait à quel point de la tête il rapportait plus particulièrement sa douleur, il indiquait toujours la région fronto-pariétale gauche, et il caractérisait sa douleur en disant qu'il sentait là comme quelque chose qui remuait et qu'il aurait voulu arracher.

A dater de ce moment, le malade alla s'affaiblissant rapidement; il a eu, dans les derniers jours, de la dysphagie, et il a succombé en état d'asphyxie le 21 février.

A l'ouverture du crâne, la dure-mère s'est présentée dans un état parfaitement normal. L'ayant ouverte, l'hémisphère gauche est apparu très notablement modifié dans son aspect extérieur, les circonvolutions étaient comme aplaties. En pratiquant une incision horizontale, on fit sortir un flot de liquide transparent, bientôt suivi d'une membrane rétractile, sortant d'une vaste cavité kystique qui occupait la presque totalité du centre ovale de l'hémisphère gauche. Sur les parois de ce kyste il y avait un peu d'injection. Point de destruction, mais refoulement seulement de la matière cérébrale entourant le kyste, ce qui expliquait comment il n'y avait eu que des phénomènes paralytiques de peu d'intensité.

L'étude histologique qui sera faite ultérieurement de ce foyer révélera peut-être quelques particularités intéressantes, que, dans ce cas, nous nous empresserions de faire connaître. Pour le moment, nous nous bornons à retenir de cette observation ce fait curieux d'un kyste hydatique du cerveau développé — nous ne dirons pas par — mais à la suite d'un traumatisme du crâne. Quel peut être dans ce cas le mode d'influence du traumatisme sur la première manifestation et le développement ultérieur d'une production morbide aussi spéciale ? C'est ce qui reste à étudier.

Deux cas d'ataxie à début et symptômes anomaux.

Dans sa conférence clinique du 20 février, M. Vulpian a entretenu son auditoire de deux sujets atteints d'ataxie locomotrice, offrant tous deux des anomalies dans les symptômes de leur début et dans leur évolution, qu'il nous a paru intéressant de faire connaître.

Le premier est un homme de trente-sept ans, qui avait joui d'une santé à peu près irréprochable jusqu'en 1872, époque où il eut une syphilis qui fut traitée pendant six mois, mais d'une manière assez irrégulière. Sept ans après, en 1879, les premiers symptômes de tabes se manifestèrent, mais d'une manière anomale. Au lieu de débuter par ses symptômes initiaux ordinaires, l'incoordination des mouvements avec anesthésie ou hyperesthésie des membres inférieurs, douleurs fulgurantes, constriction thoracique, etc., les premiers phénomènes qui révélèrent le début de l'affection tabétique chez ce malade, furent des troubles fonctionnels de la vessie et du rectum, miction douloureuse, ischurie, sensation de corps étranger et de pesanteur dans le rectum, perte du sens génésique, autant de phénomènes morbides qui font ordinairement partie du cortège des symptômes secondaires. Ce ne fut que plus tard que survinrent les troubles oculaires, strabisme de l'œil gauche et diplopie. Tels étaient les phénomènes morbides qui s'étaient successivement développés de 1879 à 1881. Ce fut seulement dans le cours de cette année 1881 que se montrèrent pour la première fois les douleurs en ceinture et les douleurs fulgurantes des membres inférieurs, auxquelles succédèrent, six mois après, la difficulté de marcher et la manifestation des plaques d'anesthésie. A la même époque, à peu près, survint la chute spontanée de l'ongle du gros orteil gauche.

Voici dans quel état était le malade à son entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Vulpian. Il présentait, à un degré très prononcé, l'ataxie musculaire, l'irrégularité de la marche avec cette projection brusque des membres de côté et d'autre, impossibilité de se tenir debout, lorsqu'il a les yeux fermés ; perte des réflexes tendineux ; retard de la sensibilité ; douleurs aux membres inférieurs ; quelques troubles musculaires des bras, ayant débuté par une sensation d'engourdissement de l'annulaire et du petit doigt ; enfin persistance des troubles de l'urination et de la défécation, qui ont marqué le début de la maladie.

Cette évolution exceptionnelle de la maladie chez cet homme a dû en rendre le diagnostic difficile au début. Il n'a pu être fait que par les renseignements donnés par le malade sur la perte du sens génésique et par les troubles oculaires qui se manifestèrent quelque temps après.

On aura remarqué, dans l'exposé des antécédents, que ce malade avait eu une syphilis plus ou moins irrégulièrement traitée. Tous les médecins savent quelle importance on a attachée dans ces derniers temps à la relation de la syphilis avec le tabes dorsalis. On a évalué à 15 sur 20 environ la proportion des tabétiques ayant été préalablement syphilitiques. Celui-ci serait un exemple de plus à mettre en ligne de compte en faveur de cette relation pathogénique. Aussi ce malade a-t-il été mis à l'usage de la médication par l'iodure de potassium, qui paraît avoir déjà produit chez lui une amélioration sensible. Cette médication sera continuée, nous pourrons en constater les effets ultérieurs.

— Le second malade est un homme de trente-trois ans, sans antécédents morbides héréditaires ni diathésiques, bien portant jusqu'à l'âge de vingt-deux ans, et qui a été pris à cette époque, pour la première fois, sous l'influence d'une émotion vive, de troubles gastriques, de vomissements accompagnés de douleurs épigastriques qui nécessitèrent son admission à l'hôpital Lariboisière, où il resta deux ans. Il y a un an, sous l'influence d'une nouvelle émotion, retour des mêmes accidents, suivis cette fois, au bout de quelque temps, de douleurs fulgurantes. Il entre à l'Hôtel-Dieu annexe, où on lui pratique des lavages de l'estomac et des piqûres de morphine. Plus tard, dans un autre hôpital, on lui applique des cautères, qui paraissent produire une amélioration dans son état. Dans ces derniers temps, il est entré à l'Hôtel-Dieu, présentant, outre ses vomissements et ses douleurs épigastriques habituelles, de véritables accès d'*angor pectoris*. On constate, en même temps, un affaiblissement notable de la sensibilité dans tout le côté droit du corps avec abolition des réflexes tendineux du même côté,

enfin de la rachialgie, des douleurs fulgurantes dans le dos. Ajoutons que cet homme n'a rien dans les jambes, qu'il marche très correctement. M. Vulpian ayant mis ce malade à l'usage du nitrate d'argent, à la dose de 3 pilules par jour (d'un milligramme), après dix jours de cette médication, il en a éprouvé une telle amélioration dans son état, qu'il a demandé sa sortie. Enfin il est rentré de nouveau, tout récemment, à l'Hôtel-Dieu, ses vomissements ayant reparu. Il est en ce moment encore à l'usage des pilules de nitrate d'argent.

Voilà un autre exemple très curieux, comme on le voit, de tabes anomal, dont les troubles gastriques et respiratoires semblent constituer les symptômes dominants et où manquent presque entièrement les troubles moteurs des membres.

Traitement du furoncle. Moyen de prévenir son auto-inoculation.

Une petite question de thérapeutique. On sait aujourd'hui par des expériences, et on le savait déjà avant par l'observation, que la matière du furoncle est inoculable. Il n'est pas de médecin qui n'ait été à même de voir de ces exemples d'inoculation spontanée. D'après une communication faite par M. E. Labbé à la Société de thérapeutique, il serait de toute évidence pour lui que cette inoculation spontanée est favorisée par le ramollissement de l'épiderme que déterminent les cataplasmes dont on fait si habituellement usage dans ces circonstances. Le furoncle primitif devient ainsi le point de départ de furoncles secondaires qui se manifestent dans une certaine zone circonvoisine. Pour obvier à cet inconvénient, M. E. Labbé a eu l'idée d'employer successivement, pour le pansement des furoncles, des compresses imbibées d'une solution de chloral ou d'acide phénique. Mais il lui a paru que ce pansement, qui avait l'incontestable avantage d'être antiseptique, ne supprimait pas l'inconvénient du ramollissement de l'épiderme et de laisser, par conséquent, toujours la porte ouverte à une inoculation possible ; l'évènement est effectivement venu lui démontrer l'insuffisance de ce nouveau mode de pansement à ce point de vue ; des furoncles secondaires se sont développés autour du furoncle primitif. Il a eu recours alors à un autre procédé, — hâtons-nous de dire qu'il n'est pas nouveau, il y a longtemps que nous l'employons nous-même, mais il n'en est pas plus mauvais pour cela. — Ayant affaire à un sujet qui avait un gros furoncle isolé, il a entouré ce furoncle à sa base d'une couche de collodion de 3 à 4 centimètres de largeur, et il a pansé ensuite avec de l'onguent de la mère ; il n'y a pas eu d'inoculation autour.

Nous n'avons aucune raison pour ne pas reconnaître l'excellence de ce procédé que justifient d'ailleurs, outre le résultat obtenu, les recherches de M. Pasteur sur le microbe du furoncle, qu'il a trouvé exclusivement au sommet de la vésico pustule furonculeuse et jamais à sa base, ce qui explique sa dissémination facile par l'écoulement du pus sur les parties voisines. Mais il ne faut pas oublier ici ce qu'enseigne l'observation presque journalière, savoir : que ce n'est certainement pas toujours par inoculation que se multiplient et se propagent sur le même sujet ces innombrables furoncles que l'on voit se succéder souvent pendant des années entières sous l'influence d'une sorte d'état diathésique, indépendant du diabète auquel on a voulu le rattacher. Ceci est un autre point de vue de la question qui demande encore quelques éclaircissements et ne nous empêche pas de considérer comme très utile la mesure de pratique recommandée par M. E. Labbé.

NOTE SUR UN CAS DE PUSTULE MALIGNE

Par le Dr Bompaire (de Millau).

Observation. — Le 14 octobre 1881, je suis appelé auprès du nommé G..., mégissier, âgé de 20 ans, d'un très bon tempérament, sans autre antécédent pathologique qu'une variole contractée pendant son enfance. Je remarque au pied gauche en avant et au-dessous de la malléole externe un œdème au centre duquel un amas de vésicules de couleur violacée, confluentes, dont la grosseur varie depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un petit pois. Cette zone vésiculeuse forme un anneau dont la partie centrale déprimée ne contient pas de vésicules, mais des débris noirâtres d'épiderme (le malade s'est gratté pendant la nuit et a fait sortir assez de liquide pour qu'il ait pu sentir ses doigts mouillés). Ces vésicules percées avec une épingle laissent sortir une sérosité sanguinolente assez abondante. La surface sur laquelle existent ces vésicules, affecte une forme ovalaire à grand diamètre de 0m,015 et à petit diamètre de 0m,005 ; elle repose sur une escarre dure, bien limitée, débordant la zone vésiculeuse de 1/2 centimètre dans tous les sens. Cette escarre est formée par l'épaississement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Tout le pied, à l'exception des orteils, est le siège d'un œdème mou, gardant l'empreinte du doigt, sans chaleur, remontant jusqu'à la partie moyenne de la jambe, rouge surtout dans les parties avoisinant les vésicules, plus pâle vers les orteils, qui sont plus froids que ceux du pied droit. Pas de douleur locale, tout au plus une démangeaison légère qui a porté le malade à se gratter.

Température axillaire à 37°,6, sueurs froides, pouls petit à 88, angoisses, tendance à la lipothymie, inappétence, langue blanche.

Le malade s'est aperçu des premiers symptômes locaux le 11 (c'est donc aujourd'hui le quatrième jour), il a senti alors un petit bouton au siège actuel des vésicules. Les sueurs ont apparu cette nuit précédées de frissons, et depuis ce matin il se plaint d'une douleur au haut de la cuisse : à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale, du côté gauche, on constate quatre ganglions engorgés, douloureux à la pression, deux ont la grosseur d'une amande, les deux autres plus petits. Pas de phlébite ni de lymphangite appréciables sur le trajet des vaisseaux du membre inférieur.

Comme il a été dit plus haut, le malade est ouvrier mégissier et, comme tel, il est exposé à toucher des peaux d'agneau ou de mouton, brutes ou travaillées ; pendant son travail, il a, la plupart du temps, les pieds nus dans des sabots.

Examen microscopique. — La sérosité et le sang des vésicules, ainsi que les débris d'épiderme qui recouvrent la partie centrale, examinés avec un grossissement de 650 diamètres, je constate la présence :

1° De *bactéridies* sous la forme de tiges rectilignes, d'une très petite largeur, d'une longueur deux à trois fois plus grande que le diamètre des globules sanguins ; parmi les plus longues, quelques-unes sont coudées à angle obtus. Toutes sont fortement réfringentes, sans mouvement et s'aperçoivent dans les espaces interglobulaires ;

2° De *vibrions* très mobiles, apparaissant comme des croissants, formant presque un cercle complet, ayant l'aspect de petits points noirs arrondis. Je n'ai pu déterminer l'espèce à laquelle ils appartenaient.

D'après l'ensemble de ces signes, le diagnostic *pustule maligne* n'étant pas douteux, je soumets, séance tenante, le malade au *traitement* suivant : *Incision cruciale* arrivant jusqu'aux limites de l'escarre et comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; puis, le sang et la sérosité étanchés, cautérisation avec la pâte de Vienne appliquée pendant dix minutes, sur une surface comme une pièce de cinq francs. Des *injections hypodermiques phéniquées* avec la solution au 50e sont faites aux parties œdématiées, de

manière à cerner la zone vésiculaire : le contenu de dix pleines seringues de Pravaz est employé à faire ces injections. Pour *pansement*, je recouvre l'escarre avec un fort plumasseau de charpie trempé dans un mélange par parties égales de vin et de solution phéniquée au 20e, porté à une température de 60° ; ce plumasseau est recouvert d'une plaque de taffetas gommé et le tout maintenu par une bande. On renouvellera ce pansement toutes les trois heures.

Diète absolue. Tisane vineuse. Bouillotte d'eau chaude aux pieds.

Soir. — Pouls à 92, temp. 37°,7 ; les sueurs ont disparu. 10 injections phéniquées.

15 *octobre*.— Pouls à 76 ; l'engorgement ganglionnaire a diminué, il est moins douloureux à la pression. Rougeur vive autour de l'escarre noire produite par le caustique, indice d'une réaction inflammatoire franche. L'œdème a diminué en surface et en profondeur.

Régime : vin, potages. Pansements à l'huile phéniquée chaude.

16 *octobre*. —Plus de fièvre. Pouls à 68. Les ganglions ont encore diminué et ne sont plus douloureux à la pression. Escarre caustique sèche ; œdème moins prononcé ; il y a encore un peu de rougeur remontant jusqu'à mi-jambe.

Le malade reprend son régime ordinaire.

17 *octobre*. — Anorexie, langue saburrale. Il n'y a plus de rougeur qu'autour de l'escarre caustique.

Prescriptions : une bouteille d'eau de Sedlitz ; remplacer l'huile phéniquée par des pansements avec l'onguent de la mère.

18 *octobre*. — Cercle inflammatoire autour de l'escarre ; un peu de pus sur ses bords. Le ganglion sous-inguinal le plus rapproché de l'arcade crurale est seul douloureux.

Prescription : Cataplasmes de farine de lin, continuer les pansements avec l'onguent de la mère.

Les jours suivants l'appétit revient, l'engorgement ganglionnaire n'est plus douloureux et se résout progressivement. Du pus commence à se former sous l'escarre que j'enlève le 24 ; dès lors la cicatrisation se fait régulièrement, elle n'est tout à fait complète que le 15 novembre. La température axillaire n'a pas dépassé 38° pendant tout le temps de la maladie.

La destruction du principe virulent sur place est la première indication à remplir, quand on se trouve en présence d'une pustule maligne ; celle-ci est en même temps que la porte d'entrée du virus charbonneux, le foyer de production des *bactéridies*, qui envahissent les régions voisines et de là l'économie tout entière, par l'intermédiaire des vaisseaux absorbants (veines et lymphatiques), si une cautérisation vigoureuse ne détruit pas tout à fait ce réceptacle. L'incision cruciale, suivie de la cautérisation avec la pâte de Vienne, remplit cette première indication, qui peut suffire, lorsque le médecin est appelé à temps et qu'il n'existe pas encore d'œdème autour de la tumeur charbonneuse. Au contraire, lorsqu'un œdème étendu entoure la pustule comme cela arrive dès le troisième ou le quatrième jour, indépendamment de l'incision et de la cautérisation, il convient de chercher à arrêter les accidents, au moyen d'agents tuant les bactéridies et empêchant leur reproduction. L'*acide phénique* et l'*iode*, dont les propriétés toxiques pour ces microphytes sont aujourd'hui bien connues, sont les agents préférables. Ayant obtenu, jusqu'ici, de meilleurs résultats dans le traitement des maladies charbonneuses avec l'acide phénique qu'avec l'iode, je n'ai plus recours qu'à l'acide phénique, et comme MM. Déclat, Raimbert, Méplain (de Moulins), etc., je l'emploie par la méthode des injections sous-cutanées qui a l'avantage de déposer le liquide parasiticide au sein même du foyer qui récèle les *bactéridies*.

On sait, surtout depuis les travaux de Koch, que l'acide phénique a une influence très marquée sur la bactéridie charbonneuse (*Bacillus Anthracis*) : des traces arrêtent son développement et suffisent pour empêcher sa reproduction. « Ce fait, très important au point de vue de la thérapeutique, doit encourager l'emploi de l'acide phénique dans le traitement de la pustule maligne. » (Koch.)

La solution dont je me sers est au 1/50e ; jamais je n'ai eu d'accident local à la suite de ces injections : aussi ai-je la pensée d'essayer à la première occasion la solution au 1/25e, afin de rechercher si on peut avoir une ressource plus puissante pour les cas les plus graves. Ces injections se font dans les tissus œdématiés, à pleine seringue de Pravaz, en ayant soin de pousser l'aiguille aussi profondément que possible sous la peau, afin d'éviter l'issue du liquide par la piqûre aussitôt qu'on a retiré l'instrument. On peut faire 10 à 15 piqûres dans une seule séance et en augmenter le nombre quand l'œdème est étendu ; il est important de les faire non seulement sur les parties voisines du point de départ de l'œdème, mais encore près de ses limites ; cette dernière pratique me paraît empêcher la propagation de l'œdème. On persistera à faire les injections jusqu'à ce que l'œdème cesse de faire des progrès et jusqu'à sa résolution. Un excellent signe qui rend le pronostic favorable, c'est l'apparition du pus autour de l'escarre ; dès ce moment on cessera les injections tout en tenant le malade en observation.

Comme *pansements*, j'emploie selon les cas l'onguent styrax, l'onguent de la mère et le plus souvent l'huile phéniquée ou les préparations d'acide salicylique. La substance choisie pour le pansement, préalablement chauffée à une température aussi élevée que le malade peut la supporter (60° environ), est étendue sur un linge ou sur de la charpie, qu'on appliquera sur les parties malades en recouvrant de taffetas gommé, pour s'opposer autant que possible au refroidissement. Cette manière d'agir est une application des expériences de M. Pasteur, qui a fait voir que la température à laquelle la bactéridie ne peut plus se développer, serait inférieure à 44° ; avant lui, M. Davaine avait étudié l'action de la chaleur sur les bactéridies et était arrivé aux mêmes conclusions.

Contre les *symptômes généraux*, on administrera les antiseptiques dans le but de combattre le virus charbonneux dans l'économie ; à ce titre, je prescris l'acide phénique ou l'acide salicylique à la dose de 1 à 2 grammes dans une potion gommeuse. L'indication des toniques et des stimulants se présente souvent ; on y déférera en administrant les préparations de quinquina, l'acétate d'ammoniaque, les alcooliques. Comme tisane, je prescris l'infusion chaude de violettes ou de tilleul coupée avec du vin.

DE L'OPÉRATION DU PHIMOSIS.

Par le Dr F. Roux.

Les procédés imaginés pour opérer le phimosis sont nombreux : quelques-uns sont très simples, mais ne donnent pas un résultat parfait ; d'autres sont compliqués et exigent des instruments spéciaux. Ayant été pendant quelque temps médecin de l'hôpital de Chandernagor (Bengale), c'est-à-dire d'un pays où cette opération est très fréquente, et ayant été chargé, d'autre part, pendant six mois, du service des vénériens à l'hôpital maritime de Brest, il m'a été permis de comparer entre elles toutes ces opérations. Je me suis à la fin arrêté à un procédé qui m'a paru offrir des avantages nombreux : simplicité, possibilité de l'exécuter

avec les instruments de trousse, et surtout résultat que j'ai toujours vu très satisfaisant.

Le phimosis offre différents degrés qu'on peut ranger en deux catégories :

1° Le gland est plus ou moins découvert;

2° Il est recouvert par une longueur variable de tissus.

Dans le premier cas, il n'y a pas de doute. L'incision médiane faite avec le bistouri ou les ciseaux est l'opération de choix; mais, dans le deuxième cas, il n'en est pas de même. En effet, si l'on se contente de l'incision médiane, on laisse de chaque côté deux lambeaux de peau fort disgracieux. Si l'on suit le conseil d'A. Richard et qu'on en retranche partie, l'opération est plus compliquée et je crois préférable d'employer le procédé que je vais décrire.

Je suis d'avis qu'on s'est beaucoup trop préoccupé de marquer à l'avance le niveau de l'incision, de veiller à ne pas conserver trop de muqueuse, etc. Ces précautions, je les considère comme inutiles; car, malgré toute l'attention possible, on n'atteint pas toujours le résultat cherché.

Voici le procédé que je recommande :

On saisit de la main gauche l'extrémité du prépuce et on la tend modérément. On l'introduit ensuite entre les longues branches d'une pince à anneaux qui vient appuyer sur l'extrémité du gland de façon à la refouler légèrement. L'instrument est placé de façon à être assez fortement oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Cette précaution est nécessaire pour ménager l'artère du frein. Les auteurs ont, en effet, signalé à plusieurs reprises l'hémorragie que produit cette section et qui peut être très abondante. On s'en rend cependant facilement maître avec le thermo-cautère. La pince est confiée à un aide qui la maintient solidement serrée. Tendant alors fortement la partie à retrancher, on la sectionne avec un bistouri ou un rasoir glissant sur les branches de la pince.

Reste alors à examiner si le gland se découvre facilement. Si, ce qui arrive le plus souvent, ce résultat est obtenu, on procède à la réunion de la muqueuse et de la peau : sinon on donne un léger coup de ciseau sur la partie médiane de la muqueuse exubérante. Pour opérer la réunion, j'ai, comme beaucoup de chirurgiens, renoncé aux serres-fines qui se détachent facilement ou qui, si elles tiennent, donnent des points de gangrène, et je me sers de la suture entortillée faite avec des épingles d'acier très fines et de la soie. Les points de suture sont faits séparément et à une distance l'un de l'autre de 1/2 centimètre environ.

Au bout de quarante-huit heures, on enlève les épingles et on laisse les fils tomber seuls. On panse avec de l'eau et de l'alcool camphré. La guérison s'obtient facilement et le résultat est très satisfaisant.

REVUE DE LA PRESSE

Empoisonnement par la strychnine. — M. le docteur Faucon (de Lille) résume ses recherches sur cette question dans les conclusions suivantes :

En raison des propriétés qu'il possède de retarder les symptômes de l'intoxication strychnique, le café devra être administré aussitôt après l'ingestion du poison et d'une façon continue. Quoique les précipités obtenus par le tanin et l'iode aient une certaine tendance à se dissoudre, on ne devra pas négliger de recourir à l'emploi de ces deux antidotes, car s'ils n'arrêtent pas l'empoisonnement d'une manière définitive, ils permettent au moins de gagner un temps précieux. Les vomitifs, et en particulier l'ipéca et le tartre stibié, devront être administrés également aussi bien après l'emploi du café, du tanin et de l'iode qu'avant l'usage de ces derniers. Malheureusement, ainsi que la chose a été souvent constatée (Gallard), et comme nous l'avons vu également chez notre malade, ils sont assez fréquemment inefficaces. Lorsque, malgré l'emploi de ces moyens, les accidents se déclareront, on trouvera dans le chloral un antagoniste puissant de la strychnine.

Les injections sous-cutanées au tiers pourront être employées sans inconvénient, en même temps que l'administration par la bouche. Elles sont d'un grand secours pendant la période de tonicité; le fait actuel montre, en outre, qu'on peut toujours y avoir recours, avant de s'adresser à la ressource extrême des injections intraveineuses. La quantité de chloral sera proportionnée à l'intensité des accidents. Dans les empoisonnements graves, il sera quelquefois nécessaire de donner ce médicament à doses massives et d'une façon prolongée. Le chloral, malgré les différentes modifications que son usage peut imprimer aux accès, n'empêche pas que l'action de la strychnine reste reconnaissable quand cette dernière a été absorbée à dose éminemment toxique. Et comme dernière conclusion, j'ajouterai que : lorsque la mort n'est pas foudroyante, la grande quantité du toxique ingéré et la longue durée des accidents ne doivent pas faire perdre courage au praticien, ni lui enlever l'espoir d'obtenir quand même la guérison. (*Arch. de médecine.*)

Cirrhose hypertrophique graisseuse. — L'ictère dans la cirrhose hypertrophique graisseuse est, suivant M. Merklen, la conséquence d'une hépatite diffuse intra-lobulaire aiguë ou subaiguë, qui, par l'abondante néoformation embryonnaire qu'elle détermine entre les cellules hépatiques, interrompt le cours de la bile dans le lobule. L'intensité de l'ictère est en raison directe de l'intégrité des cellules hépatiques. L'ictère est d'autant moins prononcé que leur dégénérescence graisseuse est plus complète. (*Rev. de médecine.*)

Paralysise spinales. — Il est, disent MM. Landouzy et Déjérine, une forme de myélopathie caractérisée par : *a.* la paralysie et l'atrophie de tous les muscles du corps (ceux de la face exceptés) ; *b.* l'intégrité de la sensibilité et des sphincters ; *c.* l'intégrité de la nutrition cutanée ; *d.* une évolution rapide (quelques mois) ; *e.* la guérison complète et définitive de tous les troubles paralytiques et atrophiques.

Cette affection, pour laquelle nous proposons la dénomination de « paralysie générale spinale à marche rapide et curable », est à la paralysie spinale aiguë de l'adulte ce que la paralysie générale spinale antérieure subaiguë de Duchenne est à l'atrophie musculaire progressive. Cette affection dépend d'une lésion des cellules des cornes antérieures de la moelle, lésion siégeant dans toute sa hauteur. Si le siège de la lésion est démontré par l'anatomie pathologique, sa nature reste à déterminer. L'étiologie aussi bien que la pathogénie restent fort obscures.

La connaissance de cette forme de myélopathie présente un intérêt pratique considérable, puisque de sa différenciation dépend un pronostic favorable à brève échéance, là où, de prime abord, l'intensité et la diffusion des troubles paralytiques et atrophiques sembleraient devoir faire redouter une affection fatalement progressive. (*Rev. de médecine.*)

Des collections purulentes périspléniques. — M. le docteur C. Zuber résume ainsi ses recherches sur une affection peu connue :

On rencontre, dans l'étage supérieur de l'abdomen, des collections purulentes que l'on appelle périspléniques. Quoiqu'elles ne touchent à la rate que par une partie de sa surface et ne soient nullement localisées dans une atmosphère celluleuse, sous-séreuse de la rate, elles occupent de préférence l'espace irrégulier limité par l'estomac, la rate, le côlon et le diaphragme. Ces collections sont le dernier terme de péritonites circonscrites dues d'ordinaire à des lésions de la rate ou du tube digestif. Les splénites infec

tieuses, — y compris les lésions de l'impaludisme, — et l'ulcère de l'estomac paraissent jouer le rôle principal dans la production de ces abcès intra-abdominaux.

Les collections purulentes d'origine digestive contiennent des gaz, et ce mélange se traduit par un tableau symptomatique d'une constance remarquable, qui se résume en une ressemblance plus ou moins complète avec le pyo-pneumothorax, d'autant mieux qu'elles ne sont séparées de la plèvre que par le diaphragme fortement repoussé en haut. La nature de ces faux pneumothorax sera reconnue d'abord par l'existence de symptômes graves du côté des voies digestives, ensuite par la variabilité, l'exagération ou l'insuffisance des signes physiques observés.

Les collections d'origine splénique ne se caractérisent guère que par la tuméfaction et la douleur de la région hépatique et les signes généraux des suppurations latentes, rarement par des tumeurs plus ou moins marquées et fluctuantes. Le diagnostic ne se fera guère que par exclusion.

Quelle que soit l'origine, la profondeur, l'étendue de ces collections périspléniques, elles ne sont pas au-dessus des ressources de la chirurgie moderne. C'est ce point de vue, essentiellement pratique, qui domine la question. Il ne faut donc épargner aucun effort pour arriver à déterminer l'existence, puis la nature de ces abcès, et ne pas craindre outre mesure même les ponctions exploratrices profondes et multipliées.

Faites avec méthode et prudence, de pareilles explorations ne font courir au malade qu'un danger insignifiant, — les travaux récents sur les abcès du foie le prouvent surabondamment; — elles seules peuvent être, par contre, le point de départ d'une thérapeutique véritablement rationnelle et utile.

Céphalématome tardif. — Les pariétaux, et le droit plus que le gauche, sont prédisposés à une ostéite congestive et raréfiante qui, pour M. le professeur Gosselin, explique le céphalématome des nouveau-nés, le céphalématome tardif, non décrit jusqu'à présent, et les tumeurs sanguines toutes spéciales de Dupont. (*Arch. de méd.*)

Tumeur du faisceau sensitif. — M. le docteur M. Lannois, après avoir rapporté un cas d'épidymite caséeuse s'étant rapidement développée à la suite d'une orchite ourlienne et avoir signalé des symptômes de tumeur cérébrale, trouve à l'autopsie une tuberculose de l'appareil génital et une tuberculose miliaire généralisée. Dans l'encéphale, on trouve des tumeurs tuberculeuses extrêmement nombreuses, dont l'une occupe la partie postérieure de la capsule interne droite.

De cette observation et des considérations qui l'accompagnent, M. Lannois tire les conclusions suivantes : les tubercules cérébraux peuvent siéger dans le tiers postérieur de la capsule interne. Faisceau sensitif. Ces tumeurs donnent alors lieu aux symptômes habituels de l'hémianesthésie d'origine cérébrale. (*Rev. de médecine.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mars 1883. — Présidence de M. Guéniot.

CORRESPONDANCE

Rachitisme et syphilis. — **M. Cazin** (de Boulogne) adresse un mémoire sur la syphilis et le rachitisme. Les conclusions de ce mémoire, qui s'appuie sur un grand nombre de faits, tendent à montrer que, cliniquement, il n'existe aucune relation entre le rachitisme et la syphilis.

M. le Président, en annonçant la mort de M. Cloquet, propose de lever la séance.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Nouvel excitateur utérin double.



Cet instrument, présenté dans la séance de l'Académie de médecine du 20 février 1883 par M. Dujardin-Beaumetz au nom de M. Apostoli, a pour but de remplacer la faradisation unipolaire exclusivement employée jusqu'à ce jour, un pôle étant placé dans l'utérus et l'autre sur le ventre, par une faradisation double ou bipolaire, les deux pôles étant concentrés dans l'utérus.

Ce nouveau procédé, d'une pratique aussi simple que l'ancienne, est destiné à rendre l'opération :

1° *Plus facile*, en supprimant le concours souvent obligatoire d'un aide ;

2° *Moins douloureuse*, en évitant toute action sur la peau et par suite la douleur consécutive à l'application des tampons au-dessus du pubis ;

3° *Plus active*, en localisant l'action du courant dans l'utérus et en permettant ainsi d'élever facilement l'intensité électrique au maximum des appareils médicaux, ce qui n'était que très rarement possible auparavant ;

4° *Plus efficace*, en augmentant la contractilité utérine et par suite les effets thérapeutiques, qui en sont la conséquence directe.

Modification au siphon de Potain employé pour le lavage de la plèvre.

Par M. Voiturier.

Il est intéressant de rapprocher du nouvel irrigateur-aspirateur de M. Maréchal (1) la communication suivante, faite le 15 février 1882, par M. le docteur A. Faucon, à la Société des sciences médicales de Lille (2).

Un malade de la clinique était en traitement pour une pleurésie purulente ayant nécessité l'opération de l'empyème. Après lavage, on eut recours au pansement de Lister, et on prévint ainsi tout écoulement odorant.

Ce fait inspira à M. Voiturier (3) l'idée d'une disposition permettant au malade de faire facilement lui-même le lavage de sa plèvre, si besoin en était. Le tube en Y du siphon de Potain, dont une des branches plonge dans le flacon laveur et l'autre dans le vase à résidu, est remplacé par un tube en T muni de trois tubes en caoutchouc avec un robinet à trois voies dont le maniement est à la portée du malade lui-même.

Cette disposition est ingénieuse, mais MM. Faucon et Desplats préfèrent au siphon de Potain l'emploi d'un simple tube pour les lavages pleuraux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. Jules Cloquet ont eu lieu mercredi à l'église de la Madeleine, au milieu d'une affluence considérable de confrères et d'amis. L'Institut, la Faculté de médecine, l'Académie de médecine, le corps des hôpitaux, y étaient largement représentés. Au cimetière, six discours ont été prononcés par MM. Larrey, au nom de l'Académie des sciences, Gosselin au nom de la Faculté, Labbé au nom de l'Académie de médecine, Guyon au

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1883, pp. 165 et 189.

(2) Voir *Journal des sciences médicales de Lille*, 1882, p. 196.

(3) Élève du service de M. A. Faucon, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de médecine de Lille.

nom de la Société de chirurgie, Roger au nom de l'Association des médecins de France, et Péan, au nom des hôpitaux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bertillon, chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris, professeur de démographie à l'école d'anthropologie, décédé à l'âge de soixante et un ans, en son domicile, rue Charles-Laffitte, 72, à Neuilly-sur-Seine.

Les obsèques auront lieu le samedi 3 mars 1883, à quatre heures très précises. On se réunira à la maison mortuaire, d'où l'on se rendra directement au cimetière de Neuilly.

— Aux termes d'un arrêté préfectoral en date du 16 mars 1883, le service de l'inspection médicale du personnel enseignant dans les écoles publiques du département de la Seine est réparti, depuis le 1er janvier 1882, entre trois médecins-inspecteurs.

Les circonscriptions d'inspection sont déterminées comme il suit :

Première circonscription. — 1er, 2e, 3e, 5e, 6e, 7e, 13e et 15e arrondissements de Paris ; cantons de Sceaux et de Villejuif.

Deuxième circonscription. — 4e, 11e, 12e, 19e et 20e arrondissements de Paris ; cantons de Pantin, Vincennes et Charenton.

Troisième circonscription. — 8e, 9e, 10e, 16e, 17e et 18e arrondissements de Paris ; cantons de Courbevoie, Neuilly et Saint-Denis.

— Par décision ministérielle en date du 27 février 1883, M. Lemoine (G.-A.-H.), médecin aide-major de première classe au 16e régiment d'artillerie, a été désigné pour le 32e régiment de même arme.

— *Avis*. — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur, par le docteur Constantin Paul, membre de l'Académie de médecine, 1 beau volume in-8° de 850 pages avec 120 figures dans le texte et 1 planche en chromo-lithographie. — Prix : 15 francs. Paris, Asselin et Cie.

Traité technique de chimie biologique avec applications à la physiologie, à la pathologie, à la clinique et à la thérapeutique, par E. Quinquaud, médecin des hôpitaux. 1 volume in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Nouveaux fragments de clinique médicale, l'hystérie viscérale, les dilatations du cœur droit, par le professeur A. Fabre ; leçons recueillies par le docteur Audibert. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des inoculations préventives dans les maladies virulentes, à propos des vaccinations charbonneuses faites sous le patronage de la Société d'agriculture de la Gironde, au château de M. Bert, à Calais, par le docteur M. Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Brochure in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14185.

N° 27. — MARDI 6 MARS 1883. 156e ANNÉE. MARDI 6 MARS 1883. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Œuvres du docteur Jules Guérin. — Hôpital Necker. Tumeur sarcomateuse des fosses nasales. — Une application de l'entomologie à la médecine légale. — Société de Biologie. — Nouvelles.

Paris, 5 mars 1883.

ŒUVRES DU DOCTEUR JULES GUÉRIN (1).

II

L'œuvre de M. J. Guérin, avons-nous dit dans notre résumé analytique de mardi dernier, n'a certainement dû être à l'abri ni des critiques ni des objections ; et bien qu'à plus de quarante ans de distance, fait assez rare, il n'ait cru devoir rien changer aux conclusions de ses premières recherches, nous lui rendrons cette justice qu'il n'a pas la prétention d'avoir dit sur ce point de la science le dernier mot.

Les principales critiques qui ont été faites et les objections que l'on pouvait pressentir, ont porté sur deux points principaux. On a mis en question, plutôt sous forme dubitative que comme objection formelle, la réalité de l'existence d'une lésion primitive du système nerveux comme origine commune des monstruosités et des difformités qui les accompagnent. On a objecté à sa doctrine qu'elle n'était applicable ni à toutes les monstruosités, celles, par exemple, dont l'origine remonte aux premiers temps du développement fœtal, c'est-à-dire antérieurement à l'époque de la formation du système nerveux; ni à tous les cas de difformités soit congénitales, soit postérieures à la naissance, plusieurs de ces cas ayant pu se produire sous l'influence de causes diverses plus ou moins exactement déterminées et échappant par conséquent à la théorie de la rétraction musculaire. Enfin, l'une des fins de non-recevoir qui lui ont été opposées est son prétendu désaccord avec la théorie si célèbre des arrêts ou des régressions de développement qui, pour beaucoup, fait encore loi dans la science.

Pour répondre en bloc et d'un coup à ces objections, il nous suffirait de rappeler ici les précautions prises par M. J. Guérin et formulées en plusieurs parties de son œuvre, à la page 532 notamment, où répondant lui-même à la question qu'il s'est posée, savoir : si toutes les difformités congénitales, non accompagnées de monstruosités, sont invariablement le produit d'une affection cérébro-spinale ou d'une affection quelconque du système nerveux, il répond en ces termes : « En principe, et sans rien préjuger de ce que l'observation ultérieure apprendra, nous admettons pour les difformités congénitales simples, comme pour les monstruosités, la possibilité d'une causalité autre qu'une affection destructive et convulsive du système nerveux. Nous dirons même que, pour le premier ordre de faits, c'est-à-dire pour les difformités, cette possibilité trouve bien plus sa raison d'être dans l'ordre des conditions accidentelles, dont l'action peut se limiter à telle ou telle partie du squelette, que pour les monstruosités qui expriment une action générale d'ensemble. » Et ailleurs : « Nous avons déclaré formellement, qu'en ramenant une grande classe de monstres et les difformités qui les accompagnent, à un seul et même ordre de causes, les affections cérébro-spinales, nous n'avons entendu en aucune façon exclure de la tératologie la participation de tout autre ordre de causes. Nous avons circonscrit rigoureusement notre terrain à l'aide d'une caractéristique fournie par l'action immédiate de la rétraction musculaire, celle-ci considérée comme cause prochaine des vices de conformation et difformités. Nous avons ainsi laissé à l'éventualité possible de toute autre conception étiologique la faculté de se produire, mais à la condition de se démontrer à son tour par le même ordre de preuves, c'est-à-dire par la caractéristique des causes prochaines. »

Étant ainsi admis que M. J. Guérin n'entend expliquer par sa théorie ni toutes les monstruosités, ni toutes les difformités, mais une catégorie déterminée d'entre elles seulement, toutes les objections tirées d'autres faits attribuables à d'autres causes tombent d'elles-mêmes, et il ne reste plus qu'à chercher si l'application qu'il en a faite aux catégories spéciales de faits rapportés dans son travail est fondée. Là est toute la question. Or, sur ce terrain, nous ne pourrions que répéter ce que nous disions dans le premier article que nous avons consacré à son œuvre (V. le numéro du 1er juin 1880). Lisez attentivement le texte des observations et rapprochez-le des belles planches qui accompagnent chacune des livraisons, et vous aurez devers vous tous les éléments d'un jugement motivé. Nous serions bien surpris s'il n'était pas le même que le nôtre.

L'une des conséquences qui résulteraient de l'ensemble des recherches de M. J. Guérin, — et c'est là le motif de l'une des objections qu'on lui a faites et que nous avons rappelée plus haut, — serait la nécessité de réformer la tératologie et la classification des monstres.

Sur ce point, M. J. Guérin a mis les lecteurs à même de

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 février 1883.

se prononcer aussi en connaissance de cause, en plaçant sous leurs yeux le texte d'une discussion qui s'est élevée en 1866 entre M. le professeur Joly (de Toulouse) et lui, à propos d'un monstre qui n'avait pas encore sa place dans les cadres tératologiques d'Isid. Geoffroy Saint-Hilaire. Il s'agissait d'un monstre affecté tout à la fois d'exencéphale, de pied bot, de polydactylie, d'hermaphrodisme et d'inversion splanchnique générale. M. Joly, cherchant en vain une place à ce monstre d'après la méthode naturelle, proposa, dans sa communication à l'Académie des sciences, d'en faire un type à part dans la famille des exencéphaliens, sous le nom de métencéphale.

Dans un article critique de la *Gazette médicale* sur cette communication, M. J. Guérin, s'appuyant sur ce fait que les monstres, produits fortuits, accidentels, pervertis, d'espèces normales, n'offrent ni fixité de caractère, ni caractères subordonnés, ni reproduction par voie de génération de ces deux conditions, contestait qu'on pût leur appliquer la méthode dite naturelle de classification des végétaux et des animaux qui repose précisément sur cette fixité même et cette subordination des caractères incessamment reproduites par la génération. Pour lui, ce monstre rentrait par quelques-uns de ses principaux caractères dans l'ordre des exencéphales, était, comme la plupart des monstres appartenant aux genres anencéphale, podencéphale, notencéphale, exencéphale, le produit de l'altération du système cérébro-spinal. Il y était conduit, comme il l'avait été pour les autres, par la double constatation des vestiges de l'affection des centres nerveux d'une part, et de l'autre par la coexistence de difformités articulaires absolument semblables à celles qui accompagnent les autres malformations. Rien n'empêchait, pour les autres vices de conformation concomitants, d'en rechercher la cause dans d'autres conditions.

On le voit, toute la discussion roulait sur une question de méthode. A la méthode des zoologistes fondée sur la description des caractères morphologiques extérieurs, M. J. Guérin proposait de substituer une méthode beaucoup plus médicale que naturelle, celle des causes pathologiques et de leurs conséquences immédiates ou éloignées.

Voltaire, dans l'article Monstres du *Dictionnaire philosophique,* termine la série des hypothèses tératogéniques qu'il passe en revue, par cette exclamation renouvelée de Montaigne : « Allons, courage, disons ensemble : Que sais-je ? » Il s'est fait bien des changements depuis. Sans doute, longtemps encore bien des questions scientifiques et philosophiques viendront se heurter en dernière analyse contre cette désespérante formule du doute. Mais il faudrait fermer volontairement les yeux à la lumière pour ne point être frappé des progrès considérables réalisés dans ces derniers temps, en ce qui concerne particulièrement le sujet qui nous occupe, et des lumières qu'ont jetées vers les faits jadis si obscurs de la monstruosité, les travaux des Meckel, des Tiedmann, des Geoffroy Saint-Hilaire, des Serres, des Breschet, en fondant la tératologie sur l'embryogénie et en créant ces belles classifications morphologiques basées sur le principe de la méthode zoologique ou méthode naturelle, qui a permis de mettre, au moins provisoirement, un ordre dans des faits jusque-là perdus ou disséminés dans les archives d'une science purement descriptive. M. J. Guérin, venant à son tour, après ces illustres maîtres, et s'attachant plus particulièrement à la recherche de la cause des malformations et des déviations dans un certain ordre déterminé de monstres simples acéphaliens, est arrivé à trouver, dans un fait pathologique initial accompli pendant l'existence fœtale, la cause commune de la plupart de ces monstruosités avec les difformités diversement groupées qui les accompagnent et les caractérisent et de ces mêmes difformités existant à l'état isolé. D'où l'idée, et c'est là, indépendamment des conséquences pratiques qui en sont ressorties, un des plus grands mérites de son œuvre et ce qui en fait mieux saisir la portée, de substituer aux méthodes naturelles de classification de ses devanciers, la méthode étiologique. On a vu le parti qu'il en a su tirer dans l'étude dont nous avons cherché à résumer les principaux points. Une fois la méthode formulée et son application démontrée possible à un ordre déterminé de faits, à d'autres de suivre la voie frayée et de compléter l'œuvre en cherchant à remonter, selon les divers âges de la vie intra-utérine, où peuvent se former les divers types des autres monstruosités, les causes pathologiques qui ont pu les préparer ou les faire naître.

Nous reproduirons ici, et c'est par là que nous terminerons, ce qu'a dit M. J. Guérin à la fin de sa polémique scientifique avec M. Joly : « Tel est le résultat d'un débat que nous sommes heureux d'avoir accepté, sans autre prétention que celle d'avoir travaillé en commun à l'élucidation de questions qui ont préoccupé nos illustres devanciers et qui préoccuperont encore nos successeurs. » Nous dirons à notre tour, avec l'humilité qui convient à notre rôle, et toute proportion gardée dans les situations respectives : heureux si nous avons pu, par le faible concours que nous avons prêté à cette partie des œuvres de M. J. Guérin et par ces analyses même, contribuer aussi, pour quelque part, à sa propagation.

Dr H. Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

Tumeur sarcomateuse des fosses nasales.

Le malade dont je vais aujourd'hui vous parler est des plus intéressants au point de vue du diagnostic et de l'intervention chirurgicale. C'est un homme de 63 ans, couché au n° 35 de la salle Saint-Pierre, qui nous a été adressé pour une tumeur de la région nasale, ou pour dire mieux de la fosse nasale gauche. Cet homme est d'habitude vigoureux, énergique et bien portant.

Le début de la maladie remonte à deux ans ; il a été caractérisé par une épistaxis très abondante de la narine gauche, remplacée, les jours suivants, par de petits saignements, quotidiens pour ainsi dire, qui durèrent pendant plusieurs mois et furent suivis d'une suppuration muco-purulente de longue durée. A ce moment il n'existait encore ni déformation du nez, ni tumeur des fosses nasales.

Ce ne fut qu'un peu plus tard, c'est-à-dire il y a un an environ, qu'il s'aperçoit pour la première fois de la présence dans la narine gauche d'une petite tumeur, saignant avec la plus grande facilité. Cette tumeur alla en grossissant jusqu'au moment où elle se détacha, en partie, du moins. Notre malade affirme même que des fragments tombèrent ainsi cinq ou six fois depuis cette époque. Depuis lors les saignements de nez ont continué, comme avant l'apparition de la tumeur. A cette époque, la lésion n'avait encore entraîné aucune déformation extérieure de la région nasale.

Mais, il y a six semaines environ, on constata un commencement de tuméfaction de la partie supérieure gauche du nez, tuméfaction qui n'occupait pas la région du canal nasal, mais qui était située un peu en avant de ce canal. Au premier abord, il semblait qu'on eût affaire à quelque tumeur lacrymale ; en réalité, il n'en était rien. En même temps que cette tuméfaction se développait, on constatait, entre l'œil et la ligne médiane du nez, une certaine rougeur s'accompagnant d'un peu de gonflement et que l'on prit, au début, pour un commencement d'érysipèle.

C'était là une erreur, et peu de jours après la partie malade était le siège d'un abcès qui s'ouvrait spontanément près de l'angle interne de l'œil, à 7 ou 8 millimètres en dedans. Cet abcès, depuis lors, est resté fistuleux et son ouverture donne passage à un pus clair et séreux.

Cet homme, à son entrée à l'hôpital, était donc atteint, en apparence du moins, de deux lésions simultanées : 1° d'une tumeur de la narine gauche, distendant l'aile du nez ; 2° d'une seconde tumeur avec fistule située à l'angle interne de l'œil gauche.

La première se présente à l'orifice de la narine gauche comme une tumeur d'un gris sale, blanchâtre, de consistance charnue, se prolongeant vers la partie supérieure et profonde de la fosse nasale, qu'elle occupe en totalité sans paraître cependant le dépasser en arrière. Elle obstrue suffisamment la narine pour empêcher le malade de souffler par cette voie. La région est tuméfiée. Enfin il n'existe rien dans l'orbite correspondant à la seconde tumeur, l'œil a d'ailleurs toute sa mobilité et l'on constate à peine du larmoiement.

Voici, avec quelques détails en plus, l'observation telle qu'elle a été prise par l'un des internes du service, M. Coudray.

Le médecin qui avait soigné ce malade, avant son entrée à l'hôpital, avait émis, — sous certaines réserves, car il ne le satisfaisait pas complètement, — le diagnostic de polype nasal avec tumeur et fistule lacrymale. Mais comment admettre un polype muqueux avec des saignements de nez ; pourquoi cette désagrégation de la tumeur par fragments tombant de temps en temps ; enfin quels rapports présentent-ils avec la seconde tumeur, celle qui est située à la racine du nez? Ce sont là différents points qu'il nous faut étudier.

Tout d'abord la tumeur ne se prolonge pas en arrière, autant qu'il m'a été possible de m'en assurer malgré la longueur du voile du palais. Elle ne fait point saillie dans l'arrière-cavité des fosses nasales ; car, si elle sortait par son orifice postérieur gauche, elle s'étalerait dans cette arrière-cavité et donnerait lieu à un enchifrènement des deux narines droite et gauche.

Si maintenant nous examinons la tumeur située beaucoup plus haut, près de l'œil gauche, nous trouvons une fistule étroite qui ne permet que difficilement l'issue du liquide purulent qu'elle renferme ; cependant j'ai pu la vider complètement ; cette tumeur m'a donné un centimètre cube environ de pus. Derrière cette cavité purulente j'ai constaté l'existence d'une tumeur dure, osseuse, résistante, inégale, qui indique certainement une modification du squelette de la région. Quant à l'œil, il n'est intéressé ni dans ses fonctions, ni dans ses mouvements, ni dans ses muscles.

Voilà pour l'examen extérieur de ces deux lésions. Il nous reste maintenant à voir ce que l'étude histologique a donné à M. Latteux, qui a analysé un fragment détaché de la tumeur nasale.

Analyse histologique. — Si l'on examine une coupe pratiquée à travers quelques fragments enlevés au malade, on constate tout d'abord, à l'aide d'un faible grossissement, que la tumeur est formée de deux tissus : l'un, très abondant, fibreux ou stroma, et l'autre de nature épithéliale.

Le premier, très abondant, je le répète, et constituant la majeure partie du néoplasme, est extrêmement embryonnaire ; il montre, en certains points, de telles quantités de vaisseaux tellement rapprochés que l'on croirait avoir affaire à un tissu caverneux. Ces vaisseaux sont gorgés de sang, ce qui explique très bien, vu la minceur de la paroi, la fréquence des épistaxis.

Le second, de nature épithéliale, est formé soit par l'épithélium de la muqueuse pituitaire hypertrophiée et dont la surface présente de vastes anfractuosités, soit par les glandes de Bowmann dont l'épithélium gonflé et dégénéré tend à combler les cavités.

En résumé, l'élément dominant est le tissu conjonctif embryonnaire, contrairement à ce que l'on observe dans les polypes muqueux ordinaires, où ce sont surtout les glandes dilatées qui tiennent la plus grande place.

Tels sont les résultats de l'examen histologique de la tumeur nasale, d'où le diagnostic de polype sarcomateux ou sarcome, d'où aussi l'indication d'une opération étendue afin de se mettre complètement en dehors du mal, par une large ablation.

Il nous faut, en effet, enlever la tumeur nasale qui paraît appartenir à la paroi externe de la fosse nasale gauche, car elle a défoncé les os et fait saillie en dehors du canal nasal, sans qu'elle ait cependant déformé ni le sinus maxillaire, ni l'œil, ni la voûte palatine. L'opération devra donc comprendre la paroi externe de la fosse nasale néoplasiée, ainsi que la partie de l'orbite qui l'avoisine et tout ce qui est malade au niveau de la racine du nez. Nous devrons certainement avoir un écoulement de sang assez considérable, car nous rencontrerons sur notre passage certaines branches terminales de l'artère faciale. L'incision devra circonscrire toute la partie rouge de la peau, et nous permettra d'accéder profondément pour sectionner les parties osseuses, enlever une portion des os du nez, l'apophyse montante du maxillaire supérieur, et une petite portion de l'ethmoïde lui confinant. La section du maxillaire supérieur aura lieu au bord inférieur de l'orbite et sur la paroi antérieure du sinus.

L'incision des parties molles laissera un espace formant une véritable lacune ; aussi me suis-je demandé s'il ne conviendrait pas de tailler un lambeau dont un des bords serait le bord même de l'incision et auquel on ferait décrire un quart de circonférence. En fermant ainsi l'orifice créé par l'opération, je rétablirais, il est vrai, les choses dans leur forme à peu près normale, mais d'autre part je n'aurais plus accès dans la cavité opératoire que par la fosse nasale, c'est-à-dire par un orifice insuffisant pour surveiller convenablement la plaie. Aussi je crois plus rationnel de ne rapprocher que les parties qui se laisseront spontanément réunir, de rétrécir la portion supérieure de la plaie et à laisser bâiller le reste. Si tout se passe bien par la suite, je procéderai, dans quelques mois, à une nouvelle opération, en prenant mon lambeau vers le sourcil, afin de le faire descendre et combler la lacune dont je viens de vous parler. Tel est le mode opératoire auquel je vais avoir recours.

MÉDECINE LÉGALE. — M. Mégnin.

Une application de l'entomologie à la médecine légale.

Il y a quelques mois tous les journaux quotidiens parlèrent d'une trouvaille lugubre faite dans une chambre de logeur qui avait été habitée quelque temps auparavant par une femme équivoque. Cette trouvaille consistait en un cadavre, complètement desséché, d'un enfant de sept à huit ans, enfermé dans une double caisse. Peu de temps après, une femme Robert était arrêtée par la police et avouait que le cadavre en question était celui de son fils mort de maladie, disait-elle, dix-huit mois auparavant; elle ajoutait qu'ayant oublié de déclarer cette mort à la mairie en temps voulu, elle n'avait plus osé ensuite demander l'inhumation.

Le cadavre en question porté à la Morgue, M. le professeur Brouardel fut chargé de rechercher, s'il était possible, les causes de la mort et l'époque probable de cette mort, afin de vérifier les dires de la femme Robert, accusée d'infanticide ou tout au moins d'inobservation des prescriptions légales sur les inhumations.

M. le professeur Brouardel ayant remarqué dans les étoffes qui enveloppaient le cadavre et dans ses cavités splanchniques une grande quantité de dépouilles d'insectes, pensa que ces restes pourraient fournir des renseignements précieux pour la solution d'une partie au moins des questions posées, et demanda à ce que je lui fusse adjoint, comme deuxième expert, chargé spécialement d'étudier le rôle que les insectes avaient joué et d'apprécier le temps qu'ils avaient mis à amener le cadavre du jeune Robert à l'état de momie sèche sous lequel il se présentait.

Voici la note que je rédigeai après l'étude en question et qui fait partie du rapport d'ensemble remis au tribunal :

« Le cadavre du jeune Robert, desséché et momifié, gît dans une double caisse semblable à des caisses à savon d'épicier, trop courte pour sa taille, ce qui fait que ses jambes sont repliées et croisées dans la position dite *en tailleur*. Le torse est habillé d'une veste de laine, et le reste du corps enveloppé d'étoffes, restes d'un vieux jupon et d'un vieux water-proof de femme. Ce qui frappe en développant ces étoffes, qui sont empesées par un liquide gélatineux desséché dont elles ont été imprégnées, c'est la quantité innombrable de *coques* de nymphes, ou *chrysalides* de *diptères*, qu'on met à jour : tous les plis en sont remplis et on les y voit rangées l'une à côté de l'autre comme les alvéoles d'une ruche d'abeilles ; leur nombre incalculable peut être évalué à plusieurs milliers et les préparations nº 2, nº 3 et nº 6 (1) en montrent quelques spécimens. L'immense majorité de ces coques sont vides, ce qui indique que les insectes parfaits se sont échappés : cependant on en trouve quelques-unes encore occupées par les nymphes mortes, et même quelques insectes parfaits prêts à sortir permettent de déterminer à quelle espèce de diptères elles appartiennent. Les plus grandes de ces coques ont été produites par la *Sarcophaga laticrus* et les plus petites par la *Lucilia cadaverina*. Nous verrons plus loin les enseignements que l'on peut tirer de la présence de ces restes de diptères.

La momie, débarrassée de ses enveloppes, montre ses téguments collés aux os par suite de la dessiccation et de la disparition presque complète de la substance musculaire, qui ne paraît pas, du reste, avoir été abondante. Ces téguments sont détruits en grande partie, percés d'une foule de trous en écumoire, et remplacés sur une grande étendue par une matière pulvérulente jaunâtre. La plupart des os sont à nu et recouverts de cette même poussière, qui, examinée au microscope, se montre entièrement composée de dépouilles d'acariens de l'espèce *Tyroglyphus longior* et de leurs déjections. Quant aux viscères, ils n'existent plus non plus, remplacés par une matière noirâtre, grumeleuse, d'une odeur pénétrante de vieille cire. L'intérieur de la boîte crânienne est de même rempli d'une matière grossièrement pulvérulente, noirâtre, à reflets micacés produits par des cristaux de cholestérine. Dans cette matière, et surtout dans celle du cerveau, on voit encore un grand nombre de coques des diptères susnommés, et en plus des coques de nymphes d'insectes d'un autre ordre, de deux grandeurs différentes (préparations nº 9 et nº 10) et ayant les caractères bien connus des dépouilles des dermestes et des anthrènes ; du reste, en cherchant bien, nous finissons par trouver de rares cadavres d'individus adultes de ces genres, dans lesquels on reconnaît le *Dermestes lardarius* et l'*Anthrenus museorum* (préparations nº 7 et nº 9). Ce sont ces insectes et leurs larves qui ont produit les trous en écumoire dont sont percés en différents sens les téguments ou les matières organiques desséchées qu'ils recouvrent en quelques endroits.

Une partie du cuir chevelu, avec les cheveux y adhérant, ayant été mise de côté et examinée, on la trouve farcie de poux énormes et de leurs œufs : chaque cheveu est une véritable brochette de *lentes*, et les individus adultes de l'espèce *Pediculus capitis* étaient d'un développement remarquable. La mort de ces poux est contemporaine, à quelques jours près, de celle du sujet, puisque ces parasites ne pullulent que sur les corps vivants et ne peuvent vivre sur les cadavres.

Voyons maintenant les renseignements que nous pouvons tirer, relativement au temps qui a dû s'écouler depuis la mort de l'enfant, de la présence de ces restes de différents insectes.

Lorsqu'un cadavre est exposé à l'air libre, il est rapidement envahi par une foule d'insectes qui viennent pondre à sa surface, et surtout à l'entrée de ses ouvertures naturelles ; les larves sorties des œufs le pénètrent en tous sens pour se nourrir de ses humeurs et activent singulièrement sa décomposition. Ainsi agissent les diptères du groupe des sarcophages, et certains coléoptères dont les adultes de certaines espèces pénètrent même sous la peau, comme les *sylphes*. Les larves de diptères, connues vulgairement sous le nom d'asticots, et celles des coléoptères suffisent pour absorber à peu près entièrement les humeurs liquides du cadavre et à l'amener presque à l'état de squelette, imbibé encore d'acides gras que l'on connaît sous le nom de gras de cadavre ; c'est à ce moment qu'arrivent les larves de dermeste qui font disparaître, jusqu'aux dernières traces, tout ce qui existe de ces matières grasses. L'action des dermestes terminée et le cadavre réduit à l'état de momie, les parties organiques sèches, les tendons, la peau et les parties musculaires épargnées par les précédents s'il en reste, sont attaquées par les anthrènes et les acariens détriticoles du genre Tyroglyphe qui se montrent alors par myriades et réduisent à l'état pulvérulent tout ce qui reste de matière organique à la surface des os.

Dans le cas actuel, le cadavre n'était pas tout à fait à l'air libre, mais la caisse qui le renfermait avait les ais assez mal joints pour laisser entre eux des intervalles de 2 millimètres au plus ; voilà pourquoi les gros coléoptères qui attaquent les cadavres et les grosses mouches des genres *Calliphora, Sarcophaga* et même *Lucilia* n'ont pu y pénétrer ; deux petites espèces de diptères seulement, la *Sarcophaga laticrus* et la *Lucilia cadaverina*, ont réussi à atteindre le cadavre, et ce sont leurs innombrables larves, produits de plusieurs générations, qui ont commencé l'œuvre de destruction du cadavre du jeune Robert et laissé les nombreuses enveloppes de nymphes dont les étoffes sont remplies. Les larves de ces diptères se développent très rapidement (moins d'un mois leur suffit pour arriver à l'état de nymphe et à peu près autant pour arriver à l'état parfait) ; une génération a donc de six semaines à deux mois d'existence et celles qui suivent augmentent en nombre suivant une progression géométrique croissante, ce qui explique la quantité innombrable de dépouilles qu'elles ont laissées, et cela pendant plusieurs mois. Comme ce n'est que dans la belle saison que ces insectes fonctionnent, lorsque le froid arrive, leurs métamorphoses sont arrêtées. Dans les étoffes enveloppant le cadavre, toutes les pupes des mouches étaient vides, à l'exception de quelques rares exemplaires contenant des nymphes mortes dont l'évolution n'a pu être arrêtée que par le froid. Nous pouvons conclure de ce fait que les mouches carnassières ont

(1) Une boîte de préparations, en partie microscopiques, de tous les restes d'insectes trouvés sur ou dans le cadavre, a été jointe au rapport des experts.

opéré pendant toute une belle saison, et qu'à l'arrivée de l'hiver leur œuvre était à peu près terminée.

Pendant l'hiver, il y a eu repos pour les travailleurs de la mort.

Au retour du printemps, le cadavre, débarrassé des humeurs aqueuses, a été envahi par les dermestes, dont le nombre de dépouilles est assez considérable. On sait que les dermestes restent quatre mois à l'état de larves avant de se transformer en insectes parfaits; l'absorption du gras de cadavre a donc été faite en quatre ou cinq mois. Puis sont venus les anthrènes et les acariens du genre tyroglyphe. Toute la matière pulvérulente qui recouvre les différentes parties du corps est entièrement composée de leurs dépouilles résultant des mues successives de ces acariens, de leurs cadavres, de leurs larves hypopiales et de leurs déjections, ainsi que le montrent les préparations n°s 11 et 12. Quelques mois ont encore été nécessaires pour la production de ces nombreuses générations d'acariens. Une deuxième saison tout entière a donc été employée par les dermestes, les anthrènes et les acariens.

Ce sont donc deux belles saisons successives qui se sont passées depuis la mort du jeune Robert, qui, en conséquence, peut remonter à dix-huit mois ou deux ans au minimum.

La constatation de l'existence de myriades de poux dans les cheveux ne nous a servi à rien pour apprécier l'époque approximative de la mort du jeune Robert, mais cette constatation prouve que le malheureux enfant a manqué des soins les plus élémentaires pendant les dernières semaines de son existence, qu'il a été complètement abandonné et dévoré littéralement par la vermine.

(La maladie et la mort en prison de la femme Robert viennent d'arrêter la procédure dirigée contre elle, mais le rapport des experts n'en montre pas moins quels services l'étude de la vie des insectes, et en particulier de celle des parasites, peut rendre parfois à la médecine légale.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 mars 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Une application de l'entomologie à la médecine légale. — M. MÉGNIN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Emploi de l'eau oxygénée. — M. BERT et REGNARD ont réuni dans un mémoire tous les cas chirurgicaux dans lesquels on a employé l'eau oxygénée. M. Bert demande à ce sujet si l'eau oxygénée ne pourrait pas être également utilisée en médecine, à l'intérieur, en potion par exemple, dans les cas de phtisie, et en lavement contre certaines diarrhées chroniques, la diarrhée de Cochinchine, en particulier, qui, on le sait, sont entretenues par la présence, dans la dernière portion du gros intestin, de micro-organismes spéciaux.

Explication des phénomènes métalloscopiques. — M. BURQ, pour bien faire comprendre comment les choses se passent en métalloscopie, fait connaître la conception suivante, qui lui paraît tout à fait démonstrative :

Imaginons, dit-il, une de ces balances du commerce, dites *pesons*; mais, au lieu de l'index à plateau que l'on sait, appliquons à l'instrument un cadran comme le représente la figure ci-après. Nous appellerons R le ressort, C le cadran, A l'aiguille et S le crochet de suspension de la charge.

Dans l'état normal A oscille bien en son orient, c'est-à-dire au point d'intersection des deux secteurs blancs I et I. Mais survienne une cause quelconque qui détende R, aussitôt A de descendre sur C à droite ou à gauche, suivant le sens de l'action de R sur l'arbre de A, d'une quantité correspondante. Supposons-la arrêtée sur le secteur X : tirons dessus par S avec lenteur. Qu'arrivera-t-il ?

Premier temps. — A remontera vers son orient, en passant successivement sur la ligne de la *dysesthésie* (interversion dans les sensations thermiques), qui marque la limite entre l'*anesthésie* et l'*analgésie*, sur les différents secteurs du département Ouest de l'*analgésie* et de l'*amyosthénie* sur les secteurs III, II et I de la *sensibilité* et de la *motilité normales*, département Nord.



Deuxième temps. — A redescendra à gauche, en suivant, par rapport aux différents secteurs, un chemin absolument inverse. Elle passera donc du département Nord dans le département Est de l'*analgésie* et de l'*amyosthénie*, et de ce dernier dans le département de l'*anesthésie* et de la *parésie*, mais non sans avoir passé à nouveau par la ligne intermédiaire de la *dysesthésie*, et, si la tension est assez forte, A pourra descendre plus bas encore qu'elle n'était partie, atteindre le 11e secteur ou l'extrême limite du 12e A y restera tout le temps que l'on continuera la tension de R, en décrivant toutefois quelques oscillations si la main qui tire est elle-même hésitante.

Cessons peu à peu la tension de R, et nous aurons le *retour* de A vers son point de départ primitif, en *deux temps* (3e et 4e) identiques aux deux premiers. Seulement A, au lieu de redescendre cette fois à droite jusqu'au secteur X, pourra s'arrêter au IX et même plus haut, suivant que la tension de R aura été plus grande et aura duré plus longtemps, c'est-à-dire que R aura acquis plus de bande.

Il va de soi ces trois choses : la première, que si une cause quelconque a plus ou moins immobilisé les spires de R dans leur gaine, A pourra n'accomplir qu'un seul temps, ne pas franchir plus d'un secteur ou deux, ou même ne pas bouger du tout, quelle que soit d'ailleurs la force déployée, si toutes les spires sont condamnées; la seconde, qu'il en sera absolument de même si la traction exercée sur R n'est point en proportion de sa résistance à se laisser tendre jusqu'au bout; et la troisième, que si, au moment où la main tire sur S, un obstacle, une tablette d'arrêt, par exemple, vient à l'immobiliser, tout aussitôt A cessera de tourner et restera à son point d'arrivée, quel qu'il soit, ne témoignant plus de la persistance de l'effort que par quelques oscillations.

Eh bien, substituons par la pensée à R un bras frappé d'anesthésie et d'amyosthénie, qui tirait dessus un métal actif M, et nous aurons, pour les deux premiers temps, les phénomènes dits *métalliques*, pour les deux autres, ceux dits de *retour*, et finalement un bénéfice en rapport avec la forme et la durée d'action de M sur les nerfs sensitifs et moteurs.

Mais, 1° si nous sommes en présence d'une aptitude métallique dissimulée, le premier temps ou une portion de ce premier temps ourra seulement s'accomplir comme tout à l'heure, lorsque les spires de R étaient plus ou moins immobilisées, la sensibilité pourra rester, par exemple, dans l'analgésie ou même dans la dysesthésie, et si la dissimulation est à son comble, nous n'aurons pas le moindre effet, quelle que soit d'ailleurs l'action de M.

2° Si M n'est qu'une sous-caractéristique de l'idiosyncrasie (bimétallisme), nous n'aurons encore que des effets partiels ;

3° Et si sur M on applique un métal neutre — *plaque d'arrêt* — N, les phénomènes acquis en ce moment seront immobilisés tels quels.

Allons maintenant plus loin. Reprenons notre image du peson, mais formé d'une paire de ressorts foulants, et non plus d'un seul, montés solidairement, l'un, D, à droite, et l'autre, G, à gauche du pignon de A, dans une gaine distincte, et tendus de façon à représenter les deux plateaux d'une balance chargés, chacun, d'une tare égale. Supposons qu'au moyen de dispositions faciles à concevoir on ait arrangé les choses de façon qu'on puisse agir séparément, soit sur D, soit sur G. La tension ou la distension de l'un des ressorts ne pouvant avoir lieu sans que tout aussitôt il ne s'opère sur l'autre ressort un effet absolument inverse, ou, en d'autres termes, sans que G perde ou gagne tout juste ce que D aura gagné ou perdu et réciproquement, on aura aussi une idée assez exacte de ce qui se passe dans le phénomène dénommé *transfert*. Cette expression fut, à son origine, l'objet d'une vive critique de la part de M. Briquet. Nous sommes nous-même très loin de la trouver irréprochable ; mais nos raisons sont autres que celles invoquées par l'ancien médecin de la Charité. Pour ces raisons, faciles à déduire de ce qui précède, nous aurions, nous, préféré de beaucoup le mot de *balancement* à celui de transfert, qui a le double inconvénient d'impliquer une idée fausse et de faire croire, *à priori*, que les applications métalliques sont inutiles comme traitement.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — La première séance a eu lieu jeudi soir à 5 heures et demie pour la constitution du jury, l'appel des candidats et l'indication des Facultés pour lesquelles ils se présentent. 33 candidats, sur 36 qui s'étaient fait inscrire, ont répondu à l'appel de leur nom, dont 25 pour la section de chirurgie et 8 pour celle d'accouchements. Ce sont pour :

Paris. — 1° *Chirurgie* (3 places) : MM. Brun, Campenon, Duret, Henriet, Jalaguier, Kirmisson, Le Bec, Marchant, Nélaton, Picqué, Piéchaud, Schwartz et Segond ; 2° *accouchements* (1 place) : MM. Bar, Bureau, Doléris, Loviot, Maygrier, Porak et Ribemont.

Bordeaux. — *Chirurgie* (2 places) : MM. Auquier, Dupau et Lagrange.

Lille. — *Chirurgie* (2 places) : MM. Auquier, Baudry, Dubar et Dupau.

Lyon. — 1° *chirurgie* (3 places) : MM. Auquier, Chandelux, Dupau, Polasson et Sabatier ; 2° *accouchements* (1 place) : M. Poullet.

Montpellier. — *Chirurgie* (1 place) : MM. Auquier, Dupau et Montet.

Nancy. — *Chirurgie* (2 places) : MM. Auquier, Baraban, Dupau, Étienne et Rohmer.

La seconde séance a eu lieu vendredi pour les compositions écrites. Les sujets donnés ont été :

1° Pour les candidats de la section de chirurgie : Le système veineux, anatomie et physiologie ;

2° Pour les candidats de la section d'accouchements : L'utérus à l'état de vacuité, anatomie et physiologie.

De plus, l'ordre des lectures a été fixé ainsi qu'il suit :

A. Chirurgie : 1° M. Rohmer ; 2° M. Étienne ; 3° M. Campenon ; 4° M. Nélaton ; 5° M. Kirmisson ; 6° M. Auquier ; 7° M. Chaudelux ; 8° M. Dupau ; 9° M. Sabatier ; 10° M. Baraban ; 11° M. Schwartz ; 12° M. Lagrange ; 13° M. Picqué ; 14° M. Le Bec ; 15° M. Péchaud ; 16° M. Baudry ; 17° M. Duret ; 18° M. Dubar ; 19° M. Henriet ; 20° M. Segond ; 21° M. Montet ; 22° M. Marchant ; 23° M. Brun ; 24° M. Jalaguier ; 25° M. Polasson.

B. Accouchements : 26° M. Doléris ; 27° M. Maygrier ; 28° M. Ribemont ; 29° M. Bureau ; 30° M. Bar ; 31° M. Porak ; 32° M. Poullet ; 33° M. Loviot.

Trois lectures auront lieu par séance ; la première a eu lieu samedi soir.

— Par décret, en date du 20 février 1883, le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences de l'Institut de France est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, le legs universel à elle fait par le sieur Petit d'Ormoy, suivant son testament olographe du 24 juin 1875 et son codicille du 15 septembre 1879, et consistant en divers immeubles. Ces immeubles seront vendus judiciairement en la Chambre des notaires, et les prix de vente devront être employés en achats de rente nominative 3 p. 100, avec mention sur l'inscription de la destination des arrérages. Les arrérages devront servir à la fondation de prix et récompenses attribués moitié à des travaux théoriques, moitié à des applications de la science à la pratique médicale, mécanique et industrielle.

— Par décret, en date du 27 février 1883, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Paris est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs de vingt mille francs (20,000 fr.) que lui a fait la dame Renard, veuve du docteur Perron, suivant son testament olographe du 9 mai 1879.

Cette somme de 20,000 francs sera placée en rente sur l'État français, avec mention sur l'inscription de la destination des arrérages. Les arrérages serviront au paiement d'un prix quinquennal de 5,000 francs, qui recevra la dénomination de prix Perron.

Ce prix, fondé à perpétuité, sera décerné par l'Académie de médecine à l'auteur du mémoire qui lui paraîtra le plus utile au progrès de la médecine. Il pourra être partagé entre plusieurs savants.

— Par décret, en date du 28 février 1883, M. Ollivier (E.-P.), pharmacien principal de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de pharmacien principal de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

— Par arrêté, en date du 28 février 1883, le concours qui devait s'ouvrir, le 6 août 1883, à l'École de médecine d'Alger, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est reporté au 15 octobre 1883.

— Par décision ministérielle, en date du 2 mars 1883, M. Lejeune (A.-H.-L.), médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, a été désigné pour le 9e régiment d'artillerie.

— M. Morel (Georges), professeur au lycée Henri IV, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, est délégué dans les fonctions de chef du cabinet du président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Maubrac (Pierre-Octave-Joseph) est nommé, pour trois ans, prosecteur d'anatomie, en remplacement de M. Marcoudès, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Legay, aide-préparateur d'histologie, est nommé préparateur d'histologie (emploi nouveau).

M. de Guerne, licencié ès sciences naturelles, aide-préparateur d'histoire naturelle, est nommé préparateur d'histoire naturelle (emploi nouveau).

M. Coquard (Paul-David), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé aide-préparateur d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Aubert (Pierre-Clément), bachelier ès sciences, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, des fonctions de chef des travaux chimiques, au laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Eymonnet, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Sont chargés des cours auxiliaires ci-après désignés, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-1883, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Regimbeau, pathologie interne; — Serre, pathologie externe ; — Mosse, pathologie et thérapeutique générales; — Carrieu, anatomie pathologique et histologie ; — Bimar, physiologie élémentaire.

— M. Maury (Paul), bachelier ès lettres et ès sciences, préparateur, à titre temporaire, au laboratoire de botanique (classification des familles naturelles), à l'École pratique de Hautes-Études, (troisième section), est chargé, à titre définitif, desdites fonctions, en remplacement de M. Léon Berthelot, décédé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 11191.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DU MIDI. Phagédénisme syphilitique. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. De la choroïdite antérieure. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Gangrène du scrotum ; dénudation complète des testicules ; anaplastie par la méthode française ; réunion immédiate. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la fièvre typhoïde, forcément interrompue le mardi précédent, a repris son cours hier. MM. Vulpian et Bouley se sont succédé à la tribune. Tout en embrassant dans son ensemble la thérapeutique de la fièvre typhoïde, qu'il considère, d'une manière générale, comme très insuffisante, n'ayant encore rien de spécifique à opposer à la spécificité de la maladie, M. Vulpian est revenu sur l'un des agents dont il avait déjà entretenu l'Académie dans sa communication du mois d'août de l'année dernière, l'acide salicylique, et il a rendu compte des effets qu'il en a obtenus pendant le cours de l'épidémie qui vient de se terminer. Pour lui, l'acide salicylique est le plus puissant de tous les antithermiques empruntés à la matière médicale, et il n'est pas antithermique seulement, mais antipyrétique. Il attribue, en grande partie, à l'usage qu'il en a fait dans les cas graves exclusivement, le chiffre de mortalité inférieur qu'il a eu dans son service pendant la période épidémique par rapport au chiffre total de tous les autres services réunis de l'Hôtel-Dieu ; et il signale, en outre, comme un résultat attribuable à l'emploi de ce médicament, l'absence d'escarre et l'absence des abcès de la convalescence.

M. Bouley a été appelé à la tribune par les deux discours de M. Jaccoud et de M. Peter, qui ont montré l'un et l'autre peu de tendresse pour le microbisme. Cela nous a valu une dissertation *in forma* sur les théories microbiennes appliquées à la pathologie en général et particulièrement à la fièvre typhoïde. Mais nous n'en avons pu entendre malheureusement qu'une partie, M. Bouley ayant été obligé de s'interrompre pour le comité secret, dont l'objet a été la discussion des titres des candidats pour la section de thérapeutique.

Si nous sommes bien informés, la liste de présentation est arrêtée de la manière suivante : 1° M. Féréol ; 2° MM. Hayem et Vidal ; 3° MM. Desnos et Dumontpallier ; 4° M. Ferrand.

A mardi prochain l'élection et la fin du discours de M. Bouley.

HOPITAL DU MIDI. — M. CHARLES MAURIAC.

Phagédénisme syphilitique.

I

C'est le phagédénisme syphilitique qui fera le sujet de cette leçon. Vous connaissez déjà la plupart des désordres graves qu'il est suceptible de produire. J'ai eu l'occasion de vous en entretenir plusieurs fois, quand je vous ai décrit les complications du chancre infectant, et surtout plus récemment, lorsque nous nous sommes occupé des syphiloses de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. — On l'observe aux deux périodes extrêmes de la maladie, mais il est loin d'y avoir la même fréquence et la même portée. Dans la syphilis primitive, il est exceptionnel et relativement peu dangereux. Il est rare, en effet, qu'il ne s'arrête pas de lui-même ou qu'il ne cède pas très vite à l'action du traitement. Dans la syphilis tertiaire, au contraire, il règne en souverain. C'est là son véritable domaine. Une fois qu'il s'en est emparé, il ne le quitte plus. On ne peut ni prévoir ni calculer avec certitude les dommages qu'il causera. Nos moyens pour le combattre, tout-puissants et rapides qu'ils soient, ne suffisent pas toujours pour l'arrêter ou pour prévenir et paralyser ses attaques. Les notions que je vous en ai données, se trouvant dispersées çà et là, perdent un peu de leur importance. Elles gagneront à être réunies et concentrées. Pour le phagédénisme primitif, je vous renvoie à mes leçons sur le chancre. Aujourd'hui, j'aurai surtout en vue le phagédénisme tertiaire, et, par sa description détaillée, je compléterai l'histoire des dermatopathies ulcéro-tuberculeuses et des gommes de l'hypoderme.

Est-il besoin de vous donner une définition du mot phagédénisme? Son étymologie est significative : elle veut dire ulcération qui ronge, qui dévore. Remarquez qu'elle n'implique nullement la nécessité d'une cause vénérienne ou syphilitique, comme on est trop porté à le croire. Cette disposition étrange et fatale de certaines plaies à franchir en étendue et en durée les limites ordinaires de leur action morbide, à détruire les tissus sans cesse, en tous sens, pour un temps illimité, et trop souvent en dépit de nos agents thérapeutiques, cette malignité locale, qui est le propre du phagédénisme, s'observe dans un grand nombre d'affections étrangères aux maladies vénériennes. C'est donc une complication d'ordre commun et non spécifique, un symptôme irrégulier, anomal, une déviation et une modalité vicieuse, que peuvent présenter tous les états morbides dont l'ulcé-

ration est un des phénomènes essentiels ou accessoires, habituels ou accidentels. Si l'on a coutume de lui attribuer, dans le langage ordinaire, une origine et une cause suspectes, c'est qu'il est plus fréquent dans les maladies vénériennes que dans les autres.

Quoique ce ne soit pas le lieu de faire la pathologie générale de cet accident, je crois qu'il ne sera pas inutile de vous énumérer les principales circonstances dans lesquelles il peut se manifester, en dehors de la syphilis. D'abord, dans le cadre des maladies qui nous occupent, nous trouvons le phagédénisme chancrelleux, celui qui s'empare quelquefois de la chancrelle ou chancre simple, chancre mou et du bubon de même nature. C'est un des phagédénismes les plus curieux, les plus redoutables et les plus typiques. Il est empreint d'une spécificité particulière qu'on ne retrouve sous le même mode dans aucun autre, et qui dépend, non pas de lui, mais de la lésion dont il s'est emparé. Cette spécificité consiste dans le caractère contagieux, inoculable et auto-inoculable de la chancrelle, qui lui reste inhérent et persiste sans s'atténuer ni s'aggraver à travers toutes les péripéties de la complication phagédénique. Je vous prouverai par la suite que nous sommes quelquefois forcés de recourir à une de ces propriétés, l'auto-inoculabilité, pour distinguer l'un de l'autre le phagédénisme tertiaire et le phagédénisme chancrelleux, quand leurs affinités topographiques ou leurs analogies de symptômes et de processus deviennent trop étroites et trop marquées.

Parmi les maladies constitutionnelles qui se rapprochent le plus de la syphilis, il faut mettre la scrofule en première ligne. Le phagédénisme est un de leurs traits d'union. C'est même un lien de parenté qui expose à la confusion. Les dermatopathies scrofuleuses se compliquent de cet accident au moins aussi souvent que les syphilodermies. Les différentes variétés du lupus, l'*exedens*, le *vorax*, le *térébrant*, le *malin*, constituent, par leur processus impitoyablement envahissant, destructeur, réfractaire et d'une durée désespérante, une des expressions les plus complètes et les plus sérieuses du phagédénisme. Or, entre ce phagédénisme et celui de la syphilis tertiaire, la ressemblance est souvent telle qu'il faut faire appel à toutes les ressources du diagnostic, en dehors de la lésion elle-même, pour en déterminer la provenance et la nature.

Dans les maladies précédentes, le phagédénisme n'est pas une complication inéluctable. Il dépend plutôt d'une prédisposition individuelle que de l'état morbide lui-même. Mais il en est d'autres où il ne manque jamais. A un degré quelconque il se manifeste constamment. Ce n'est plus un accident, c'est une façon d'être fatale qui fait partie intégrante de la lésion. Il en résulte que ces affections sont, par excellence, des affections malignes. Vous avez deviné qu'il s'agit du cancer et de l'épithélioma. Ils rongent, ils dévorent les chairs avec une voracité plus grande encore que la syphilis et la scrofule, mais sous un mode qui les classe à part. Aussi leur processus phagédénique présente-t-il en général une physionomie tranchée qui ne permet pas de le confondre avec les trois précédents.

Certaines dermatoses habituellement résolutives peuvent se compliquer de phagédénisme lorsque les sujets qui les portent deviennent cachectiques sous l'influence de l'âge et des mauvaises conditions hygiéniques. On trouve des exemples de cette tendance phagédénique aux deux extrêmes de la vie, surtout chez les vieillards qui sont fréquemment atteints d'ecthyma et d'ulcères variqueux de mauvaise nature. La misère physique et morale, les privations de toute nature, les excès, les intoxications et parmi elles l'alcoolisme, sont susceptibles d'imprimer une déviation phagédénique dangereuse à des ulcérations qui sont naturellement et qui seraient restées inoffensives. Le climat occupe aussi une grande place dans les causes du phagédénisme, comme en font foi les ulcères phagédéniques de Cochinchine, de Mozambique, de la Nouvelle-Calédonie, etc., dont la place nosologique est difficile à fixer, et qu'un médecin de la marine, M. le docteur Aude, propose de désigner sous le nom commun d'ulcères phagédéniques de la zone tropicale.

Ces préliminaires vous montrent suffisamment que la syphilis, si importante que soit sa place dans l'étiologie du phagédénisme, s'y trouve en compagnie nombreuse. Ils vous donnent en même temps la preuve que le processus ulcéro-phagédénique est loin d'être exclusif; qu'il est même banal, puisqu'il se développe dans un grand nombre d'affections différentes; qu'il ne constitue point, par conséquent, une maladie, mais une modalité symptomatique dont les traits varient suivant la lésion fondamentale qui lui sert de substratum et de prétexte.

Étudions maintenant les particularités que présente le phagédénisme de la syphilis.

Dans la durée indéfinie de la syphilis, à quel moment le phagédénisme se déclare-t-il? A cet égard, comme à tant d'autres, il y a des variétés sans nombre, suivant les individus. Toutefois il est de règle que cette complication est beaucoup plus rare dans la phase secondaire que dans les deux premiers mois et surtout que passé la première et la deuxième année; ce qui revient à dire qu'elle est une exception pendant la période virulente, qu'elle n'est pas commune pendant la période primitive, tandis qu'on l'observe fréquemment pendant la période constitutionnelle. C'est un processus qui fait même partie intégrante du tertiarisme, car il existe, à un degré très faible il est vrai, et sous ses formes les plus bénignes, dans presque toutes les manifestations cutanées, muqueuses ou hypodermiques de cette période. S'il est imperceptible alors et ne sort pas des limites de l'ulcération normale, circonscrite et qui parcourt régulièrement ses périodes, il est ou il devient parfois de plus en plus imminent, à mesure que les accidents se multiplient, récidivent et prennent une teinte de plus en plus constitutionnelle. N'allez pas croire toutefois qu'il soit possible de lui assigner des dates fixes, qu'il fasse défaut ou qu'il survienne aux époques précises que nous avions calculées. Si dans son évolution générale la syphilis montre une régularité plus grande que les autres maladies diathésiques, elle échappe par beaucoup de détails à ces évaluations mathématiques qu'on prétendait lui imposer. Le phagédénisme en est une preuve. Combien de fois ne le voit-on pas surgir tout à coup quand rien ne le faisait prévoir, ni les conditions de santé antérieures ou actuelles du malade, ni les allures de sa syphilis. Nos prévisions se trouvent donc fort souvent déjouées, et nous sommes exposés à bien des surprises, surtout à une époque éloignée de l'intoxication, lorsque les premiers phénomènes s'évanouissent et se perdent dans un passé lointain, où il est difficile de deviner leur nature et de suivre leur filiation.

La chronologie du phagédénisme primitif n'est pas embarrassante à établir, puisque l'évènement, s'il se produit, ne dépasse pas les limites de deux ou trois mois, au plus. Eh bien, là encore, notre jugement est exposé à des déceptions.

On rencontre, par exemple, des chancres syphilitiques qui paraissaient superficiels et bénins dans les premiers jours, et qui se creusent, s'étendent, se phagédénisent tout à coup spontanément au bout de quelques semaines. J'en ai observé qui ne subissaient cette déviation que vers le quarantième ou le cinquantième jour, au moment précis où se montraient les premiers accidents généralisés de l'intoxication. Par contre, il y en a qui, depuis leur début jusqu'à leur terminaison, possèdent plus ou moins les caractères d'une ulcération phadégénique.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. — M. Coursserant.

De la choroïdite antérieure.

(Leçon recueillie par le docteur Léviste, chef de clinique.)

La malade que je vous présente aujourd'hui, et que nous venons d'examiner ensemble, est atteinte d'une choroïdite antérieure, à foyers disséminés. Cette forme particulière de choroïdite sur laquelle j'ai appelé l'attention dans un travail antérieur (1) est intéressante, non par la nature spéciale des lésions, mais par leur siège insolite dans les parties du tractus choroïdien situées en avant de l'équateur de l'œil. Et comme la position très périphérique de ces lésions échappe souvent à des observateurs très expérimentés, il m'a paru utile de vous en dire quelques mots, au sujet de cette malade.

C'est une femme encore jeune, de vingt-neuf ans, paraissant jouir d'une bonne santé. Dans ses antécédents, nous n'avons relevé qu'une fièvre scarlatine. Elle est faiblement myope, elle a toujours eu, dit-elle, la *vue basse*; cependant son acuité normale lui a permis de se livrer, sans verres correcteurs, aux travaux délicats nécessités par son état de couturière. Mais, il y a trois mois, elle s'est aperçue d'une baisse sensible dans la vue, surtout le soir, quand elle faisait un travail appliqué ; elle éprouvait alors une douleur sourde dans les globes oculaires, douleur qu'elle localise très bien dans les profondeurs de l'organe. Souvent même, la douleur était caractérisée par des élancements aigus qui obligeaient cette femme à cesser brusquement son travail et à rechercher l'obscurité. Depuis peu, elle a dû renoncer à la couture et demander conseil à un spécialiste.

Examinée dans une clinique de la ville, elle a été reconnue *simplement myope*. Peut-être a-t-on cru pouvoir mettre les accidents dont elle se plaint, sur le compte d'une congestion choroïdienne simple, telle qu'on la rencontre chez certains myopes. En effet, on lui a conseillé une cure d'instillations d'atropine et quelques déplétions sanguines à la tempe. Mais, se sentant très faible dans ce moment, la malade a hésité devant ce dernier moyen, et elle est venue nous demander avis.

Vous avez pu constater qu'il n'existe rien sur les membranes externes : pas de conjonctivite, pas de kératite, rien du côté des iris qui sont dilatés *ad maximum* par l'emploi de l'atropine. A l'éclairage oblique, en examinant attentivement l'état de la lentille, vous avez remarqué dans celle-ci et des deux côtés un pointillé blanc, très fin, situé à la périphérie des cristallins, siégeant manifestement, non pas sur la cristalloïde, mais dans l'épaisseur même de la lentille. Cette particularité seule m'a fait penser aussitôt à un trouble de nutrition, situé dans les parties antérieures de la choroïde. Du reste, l'examen ophtalmoscopique du pôle postérieur est venu confirmer cette première idée. — Pas de lésion rétino-choroïdienne ; une transparence parfaite du corps vitré, sauf à droite, où j'ai aperçu un seul corps flottant, petit, il est vrai, mais nettement figuré. L'examen des parties antérieures de la choroïde nous a révélé, au contraire, qu'elles étaient atteintes. Pour voir les lésions, vous avez remarqué qu'il fallait faire regarder fortement la malade dans les directions extrêmes, qu'il fallait que les pupilles fussent très dilatées pour arriver sur les parties atteintes ; chez cette femme, nous avions précisément cette dernière condition indispensable. Et alors vous avez pu reconnaître, grâce à mon ophtalmoscope à deux observateurs, deux ordres de lésions situées principalement en bas et en dehors :

1° Des plaques irrégulières, légèrement jaunâtres, à contours pigmentés situés manifestement dans le stroma choroïdien (les vaisseaux rétiniens passant en avant de ces plaques). Dans quelques-unes, il existe, au centre, un point fortement pigmenté, qui semble s'être produit aux dépens du cercle pigmentaire, moins accusé.

2° Autour de ces plaques qui sont consécutives à l'atrophie plus ou moins complète de la choroïde, avec dégénérescence graisseuse de ses éléments et migration ou prolifération de la matière pigmentaire, d'autres foyers rouge sombre. Ceux-ci masquent les dessins si variés des vaisseaux choroïdiens, et sont dus non à des épanchements sanguins, mais à des congestions partielles du système vasculaire de la choroïde.

Vous avez été témoins de la douleur causée par l'examen ophtalmoscopique. La malade vous a accusé la sensation pénible de brulûre due à la projection des rayons lumineux à la surface de ces foyers d'inflammation. — C'est un symptôme que vous rencontrerez toujours dans les cas de choroïdite antérieure. Il vous explique pourquoi les malades sont douloureusement impressionnés par la vive lumière et surtout par la lumière artificielle. — Dans les choroïdites du pôle postérieur, vous constaterez bien de l'éblouissement, de la photophobie, mais jamais aussi douloureux que dans la forme que je vous présente. — Vous pouvez même provoquer cette douleur, en exerçant à travers les paupières fermées une pression sur les foyers ; il suffit, pour cela, de promener un stylet autour de l'œil, à une certaine distance de la cornée. Vous trouverez souvent la douleur aiguë et si cruelle de la cyclite vraie ; les malades accusent la sensation d'un coup de canif dans l'œil. La douleur de la choroïdite antérieure augmente toujours, lorsque l'accommodation entre en jeu ; elle s'explique très bien, du reste, quand on sait que la partie antérieure de la choroïde subit des tiraillements et des plissements, par le fait de l'action du muscle dit *tenseur de la choroïde*. D'où l'indication de supprimer cet effet, en mettant l'œil au repos absolu (atropine, carré noir).

Il faut que vous soyez avertis de la fréquence relative de ces lésions antérieures, car, dans la plupart des cas, il n'existe pas de signes externes. — Vous ne verrez presque jamais de conjonctivite, de rougeur de l'épisclère, comme dans la scléro-choroïdite antérieure ou épisclérite. Votre attention devra être éveillée quand certains malades se présenteront à vous, accusant une notable diminution de l'acuité visuelle, une douleur pongitive dans l'œil, devenant lancinante

(1) V. *Étude sur la choroïdite antérieure*, par le docteur Coursserant. — Thèse inaugurale (mention honorable), 1877. — Paris, Coccoz.

au moment du travail appliqué, alors que rien dans le pôle postérieur ne vous aura donné la clef de ces phénomènes nquiétants.

A quelle cause pouvons-nous rattacher cette choroïdite? Nous ne trouvons, chez notre malade, ni rhumatisme ni syphilis. Mais nous sommes en présence de troubles sérieux, du côté de l'utérus et du gros intestin. — Les règles sont irrégulières : tantôt abondantes, tantôt presque nulles. L'appareil utéro-ovarien fonctionne mal : jamais, en effet, il n'y a eu de grossesse. — La constipation est opiniâtre, car il se passe souvent six ou sept jours sans que cette femme aille à la garde-robe. J'appelle particulièrement votre attention sur ces deux points auxquels j'attache une haute importance dans la production et surtout dans l'évolution des affections choroïdiennes. C'est, en effet, à régulariser les fonctions utérines et intestinales, que vous me voyez souvent mettre les efforts d'une thérapeutique rationnelle.

Partant de cette idée très évidente pour moi, que l'inflammation choroïdienne est sous la dépendance directe d'une congestion réflexe, j'institue tout d'abord un traitement énergique, basé sur les drastiques (aloès et coloquinte), destiné à congestionner violemment les parties inférieures de l'intestin, en même temps que nous aurons des débâcles intestinales fortement décongestives. Puis, ce résultat obtenu, c'est par l'hygiène et une alimentation bien comprise, que nous essaierons de régulariser les évacuations alvines (lavements simples, graine de lin sèche, prise au moment des repas, présentations régulières à la garde-robe). — Contre l'irrégularité des menstrues, sinapismes aux cuisses et aux mollets, quelques jours avant les époques, fumigations chaudes et aromatiques dirigées vers les organes sexuels, bains de siège, etc., exercices modérés et réglementation du travail assis.

Pour arrêter la formation de nouveaux exsudats dans la choroïde, exsudats qui se terminent toujours par l'atrophie plus ou moins complète de la membrane, nous aurons recours aux antiplastiques : mercure et iode. Je me suis très bien trouvé de l'usage longtemps prolongé de pilules faibles au bichlorure de mercure.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Gangrène du scrotum. Dénudation complète des testicules. Anaplastie par la méthode française. Réunion immédiate.

Par M. le docteur Rascol, de Murat (Tarn).

Joseph C..., trente-quatre ans, bien constitué, sanguin, fut atteint, vers le 12 septembre 1882, d'un érysipèle qui, partant du bas-ventre, occupa graduellement toute cette région, le haut des cuisses et les parties génitales. Arrivé aux bourses, il prit un caractère gangréneux qui ne tarda pas à compromettre la vitalité de leur tissu. Au bout de quatre ou cinq jours, la mortification était complète et on put détacher, d'une seule pièce, cette enveloppe des testicules qui restèrent à nu; c'était le 22 septembre. Cependant l'érysipèle n'avait pas encore abandonné le voisinage des parties mortifiées, il opérait lentement sa retraite. La chute de l'escarre avait laissé une plaie dont la vue effraya tellement le malade, qu'il demandait l'ablation des testicules, dans la crainte où il était de ne les voir jamais plus recouverts. Ces organes n'avaient conservé entre eux qu'une mince cloison, surmontée par un reste du raphé médian, dans l'étendue de 2 centimètres, en haut, à partir de la racine de la verge.

Une fois toute trace d'érysipèle disparue, le docteur Roque, de la Salvétat (Hérault), qui soignait le malade, voyant qu'il ne pouvait compter sur les ressources de la nature pour recouvrir une pareille dénudation, résolut d'avoir recours à l'anaplastie et me pria de l'assister dans cette opération qui fut pratiquée le 7 octobre 1882.

Les deux testicules sont pendants sur leurs cordons, leur surface est parsemée de granulations charnues. La peau saine qui doit fournir le nouveau tégument est, généralement, à 3 ou 4 centimètres des points à recouvrir.

Un premier lambeau, à droite, est pris partie sur le pubis, partie au pli de l'aine et partie sur la cuisse jusqu'au delà du trajet de l'artère crurale. Une disposition particulière des bords de la plaie fait donner à la partie de lambeau prise sur la symphyse pubienne la forme d'un croissant à convexité supérieure. L'ensemble du lambeau, presque aussi grand que la main, est oblong et aussi large à sa base que dans sa portion libre. Il est ramené en avant au-dessus du testicule droit et uni, par trois points de suture, à la portion du raphé qui sépare les deux testicules.

Un lambeau semblable, pris à gauche, est réuni au même raphé par d'autres points de suture. Dans leur portion inférieure où n'existe pas le raphé, les bords des deux lambeaux sont affrontés directement et maintenus en contact par une suture entortillée. Pareille suture est faite à la partie supérieure, près de la verge, pour unir les lambeaux et les fixer au raphé.

Arrivés à ce point de l'opération, les deux testicules étaient recouverts aux deux tiers; restait le tiers inférieur.

Deux lambeaux pris à droite et à gauche, dans la région du périnée, sont relevés pour recouvrir ce qui restait à nu et rattachés chacun au lambeau supérieur correspondant, aussi bien qu'entre eux, par une série de points de suture. De cette manière les testicules furent entièrement recouverts.

Cependant entre le lambeau supérieur et le lambeau périnéal existait, de chaque côté, une lacune qui est comblée par une languette triangulaire prise sur la peau des fesses et maintenue, par des sutures, au contact des deux lambeaux supérieur et périnéal.

Les bords de la plaie, déjà recouverts d'une pellicule cicatricielle, furent ravivés, avant d'être amenés au contact, pour favoriser la réunion immédiate.

De cette manière les testicules et leurs cordons furent entièrement recouverts par des lambeaux parfaitement adaptés, munis d'un large pédicule et n'ayant subi aucune torsion. Une couche épaisse de tissu cellulaire avait été conservée dans leur dissection et ils étaient si richement pourvus de vaisseaux que nous avions eu à lier deux artères, dont une assez volumineuse. Le malade perdit peu de sang, malgré la longueur de l'opération qui dura près de deux heures. Nous étions dans une maison isolée, à la campagne, où il ne fut possible d'avoir qu'un aide qui, se trouvant mal à un moment donné, nous causa beaucoup d'embarras et prolongea la séance.

Le malade avait demandé à être anesthésié, nous le soumîmes aux inhalations de chloroforme. L'opération commencée pendant l'insensibilité, nous dûmes renoncer à continuer les inhalations que nous ne pouvions surveiller.

Le pansement consista en une compresse fenêtrée, ointe de cérat et recouverte d'une couche de charpie. Le tout fut fixé par deux mouchoirs de Mayor, entourant chacun une cuisse et se réunissant au devant du scrotum. Les bouts isolés furent fixés chacun de son côté à une ceinture qui recevait les bouts unis sur le devant. Toutes les pièces du pansement, la charpie surtout, furent largement arrosées d'eau phéniquée. Les pansements ultérieurs furent faits de même.

Rapporté dans son lit, le malade qui avait beaucoup souffert, éprouva un bien-être qui ne se démentit pas. Il n'y eut de réaction ni ce jour-là, ni les jours suivants. La réunion immédiate des lambeaux entre eux et avec les couches sous-jacentes eut lieu d'une façon complète. Les points de suture donnèrent seuls un léger suintement purulent superficiel. L'état du malade ne cessa d'être des plus satisfaisants, chaque jour marquait un progrès, il s'ali-

mentait graduellement, ses fonctions se faisaient régulièrement. Au bout de douze jours il marchait, et le vingt et unième il reprenait ses occupations d'agriculteur.

Cette opération est remarquable par sa rareté, par l'étendue de la surface à recouvrir, par les difficultés du manuel, provenant de la région, des circonstances et du milieu où elle a été pratiquée Enfin elle est admirable par ses résultats.

L'air pur de la campagne, si envié par les chirurgiens des hôpitaux, n'a pas fait défaut ici ; il a nécessairement contribué, pour sa part, à écarter les accidents à redouter en pareil cas et a facilité, par suite, la réunion immédiate. Mais il ne faut pas non plus méconnaître le mérite de l'opérateur qui a préparé le succès par le soin qu'il a apporté à la régularité et à la dissection des lambeaux, aussi bien que par la précision de leur adaptation. Si l'on tient compte des difficultés que présente une pareille opération, pratiquée à la campagne, avec un aide peu aguerri, que le premier cri du patient fait tomber en défaillance ; si à cela on ajoute les mouvements de l'opéré qu'on ne peut maintenir longtemps dans le sommeil anesthésique, on aura une idée de ce qu'a eu de pénible la situation du chirurgien occupé, pendant près de deux heures, à disséquer délicatement six larges lambeaux, à les affronter et à les maintenir par un nombre infini de points de suture. Quel est celui de nos grands chirurgiens qui accepterait d'instrumenter dans de pareilles conditions ? Tel est cependant le lot du médecin de campagne, obligé de savoir se suffire à lui-même et de suppléer à ce qu'il n'a pas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mars 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend l'ampliation du décret qui autorise l'Académie à accepter le legs d'une somme de 20,000 francs que lui a fait Mme Renard, veuve de M. le docteur Perron.

La correspondance non officielle comprend : 1° un pli cacheté déposé au nom de M. le docteur Crouzat (accepté) ; 2° une lettre de M. le docteur Lajoux (de Boissy-Saint-Léger), qui sollicite le titre de membre correspondant ; 3° une note de M. le docteur Bousquet (de Marseille) sur le moyen d'activer la sécrétion laiteuse par l'emploi de la graine de coton ; 4° une brochure en italien de M. Oliveres sur le glaucome ; 5° un travail manuscrit sur les fièvres dites paludéennes, par M. Luc Bellos (d'Athènes) ; 6° une note de M. le docteur Carivène, médecin-major, intitulée : *Étude sur le vaccin humain et essai de revaccination par injection sous-épidermique.*

PRÉSENTATION

M. GOSSELIN présente, au nom de M. Paquelin, un nouveau type de thermo-cautère spécialement destiné aux opérations délicates de la chirurgie ignée.

LECTURE

M. LABBÉ donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Jules Cloquet.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. VULPIAN. La discussion qui, au début, avait porté sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, s'est concentrée, dans les précédentes séances, sur le point de vue thérapeutique ; c'est de ce dernier point de vue que je désire dire quelques mots. J'ai été étonné d'entendre quelques-uns de nos collègues parler de leur mode de traitement personnel, alors qu'en réalité ce traitement n'était autre que celui de tout le monde. Sans doute chacun d'eux a pu introduire quelque chose de spécial dans la manière d'administrer tel ou tel médicament, mais cela ne constitue pas, en réalité, une médication personnelle. Au fond, tous les traitements de tous nos collègues ont été, à peu de chose près, les mêmes : j'en excepte ceux qui ont consisté dans l'usage exclusif des bains froids, du sulfate de quinine ou de l'acide salicylique. Pour moi, qui n'ai fait usage exclusivement d'aucune méthode et qui m'en suis tenu au traitement banal, je désire cependant dire ce que j'ai constaté dans les cas où j'ai fait intervenir dans ce traitement l'acide salicylique. Je dois dire d'abord qu'afin de bien me fixer sur la valeur de cet agent dans la fièvre typhoïde, je n'y ai eu recours que dans les cas graves. Je ne l'ai employé ni dans les cas où la maladie m'a paru tendre d'elle-même à un arrêt prochain, ni à la fin de l'épidémie, où la plupart des cas étaient simples. Je dois dire qu'aucun des autres agents expérimentés dans les mêmes conditions ne m'a paru aussi puissant que celui-là pour abaisser la température. J'obtenais un abaissement sensible dès la fin de la première journée de l'administration, ce que je n'ai jamais obtenu avec le sulfate de quinine donné à la dose de 1gr,50, 2 grammes et même 2gr,50, dose que je n'ai jamais dépassée, il est vrai. Peut-être l'acide phénique aurait-il produit les mêmes résultats, mais à la condition de le donner à des doses qui seraient loin d'être sans danger.

On a dit aussi que l'acide salicylique n'avait pas la même influence sur le pouls que le sulfate de quinine. M. Sée a soutenu que le dicrotisme, en particulier, ne disparaissait pas sous l'influence de l'acide salicylique comme sous celle du sulfate de quinine. Or j'ai vu maintes fois le dicrotisme persister malgré l'administration de doses élevées de sulfate de quinine.

Il est vrai que l'élévation de la température et celle du pouls ne constituent pas les caractères uniques de la fièvre, il faut reconnaître que l'élévation de la température en est l'indice le moins trompeur, la traduction la plus fidèle. Or l'acide salicylique est incontestablement antithermique, et, par conséquent, antipyrétique ; c'est un puissant médicament.

On a dit que l'on avait eu tort d'attacher une aussi grande importance à l'hyperthermie, qu'il fallait tenir compte surtout de l'état du cœur. On a objecté, à propos de l'acide salicylique en particulier, qu'il était un antithermique, mais non un antipyrétique. C'est une erreur ; je crois que l'acide salicylique est un véritable antipyrétique, et c'est parce qu'il est antipyrétique qu'il est antithermique. J'ai remarqué que toutes les fois que j'obtenais par ce moyen un abaissement de la température, il survenait toujours simultanément une amélioration dans l'état général.

On a dit : Prenez garde ; les moyens que vous employez sont des poisons. Mais tous les médicaments sont des poisons ; tous ceux qui agissent ont une action toxique légère. On a beaucoup exagéré aussi les contre-indications tirées de l'état du foie et des reins. Je ne crois pas à l'action nuisible de l'acide salicylique sur les reins. On sait qu'il y a presque toujours de l'albuminurie dans la fièvre typhoïde ; je ne l'ai jamais vue arrêtée par l'acide salicylique, je l'ai même vue augmentée, mais momentanément, et pour disparaître ensuite, malgré la continuation de la médication salicylée. Je trouverais plutôt des contre-indications dans les fortes bronchites, dans le délire, l'acide salicylique pouvant augmenter la dyspnée ; mais, en pareil cas, il suffit de supprimer son emploi pendant quelques jours pour voir la dyspnée disparaître. Je ne crois pas à l'influence fâcheuse de l'acide salicylique sur les hémorragies.

Bien que n'ayant pas grande confiance dans les statistiques, je donnerai cependant la mienne comparée à celle de tous les autres services de l'Hôtel-Dieu. 1108 malades ont été traités, à l'Hôtel-Dieu, pour la fièvre typhoïde, dans l'espace de six mois ; il y a eu 113 décès, soit environ 10 p. 100. Dans mon service seul, je compte 168 cas, 154 guérisons, 14 morts, soit 8,4 p. 100. J'ai toujours constaté l'absence d'escarres dans le cours de la maladie et

l'absence d'abcès dans la convalescence. Je crois avoir démontré que l'acide salicylique donne des résultats au moins aussi satisfaisants que beaucoup d'autres médications.

Il n'y a pas de traitement curatif de la fièvre typhoïde. Nous ne savons pas guérir cette affection. Toutefois il n'y a pas lieu de se décourager. Il s'agit d'une maladie spécifique, on peut espérer qu'on trouvera une thérapeutique spécifique, soit par un agent thérapeutique, soit par une vaccination. J'ai foi en la médecine, je crois à la thérapeutique, et je me plais à espérer qu'à l'impuissance du traitement dit rationnel se substituera la puissance du raitement dit spécifique.

M. BOULEY commence la première partie d'une argumentation en faveur de la doctrine microbienne et combat les opinions émises par MM. Jaccoud et Peter.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rappport sur les candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique, d'hygiène et de médecine légale.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

69. M. Diaz. Considérations sur certaines plaies de la région antérieure du cou chez les suicidés. — 70. M. Vérut. Contribution à l'étude des abcès chauds. — 71. M. Barbé. Contribution à l'étude des fractures du métacarpe. — 72. M. Léviste. De l'opération de la cataracte chez les diabétiques. — 73. M. Bertillon. De la fréquence de la fièvre typhoïde à Paris, depuis 1865 jusqu'en 1882. — 74. M. Chiniat. De la révulsion dans les affections cardiaques. — 75. M. Bouchet. De l'exercice musculaire insuffisant. Son influence sur le développement d'un certain nombre de maladies. — 76. M. Repéré. Des manifestations hystériques simulant le rhumatisme cérébral. — 77. M. Mormiche. Contribution à l'étude de l'adénome palatin. — 78. M. Didsburg. De l'état des gencives chez les femmes enceintes et de leur traitement. — 79. M. Charier. Essai sur l'œdème consécutif aux hémorragies. — 80. M. Picot. Traitement de la fistule à l'anus par la ligature élastique non serrée, ou tube à drainage.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les cours du second semestre et les exercices pratiques commenceront, à la Faculté de médecine de Paris, le 16 mars 1883.

— *Doctorat ès sciences médicales.* — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a adressé, en date du 17 février 1883, aux recteurs, la circulaire suivante :

« Monsieur le recteur, un assez grand nombre de conseils académiques ont fait remarquer que le temps leur avait manqué, dans la dernière session, pour donner un avis suffisamment motivé sur la circulaire en date du 31 octobre 1882, qui est relative au doctorat ès sciences médicales ; ils ont exprimé le vœu d'en délibérer à nouveau. Pour faciliter cette délibération, je vous adresse les rapports faits dans les Facultés, dans les écoles et devant les conseils. Vous saisirez une seconde fois le conseil de la question, en lui demandant s'il a un avis à exprimer. Vous ferez de même à l'égard des Facultés et des Écoles : elles ont toute liberté pour une délibération complémentaire.

Les résultats de l'enquête ne peuvent être bien appréciés que par la lecture des procès-verbaux que je vous envoie. Toutefois quelques faits sont, me semble-t-il, évidents :

1° Les Écoles préparatoires sont opposées à un nouveau grade ;

2° Les Facultés de Nancy et de Montpellier s'y déclarent également contraires ;

3° Les Facultés de Bordeaux, Lille et Lyon y sont favorables, à certaines conditions particulières ; ces conditions sont surtout un changement de nom, le doctorat ès sciences médicales pouvant plus convenablement être appelé, à leur avis, doctorat ès sciences biologiques : — une disposition formelle, qui ne réservera pas ce grade à une Faculté particulière. Sur ce dernier point, mon administration peut facilement faire connaître sa manière de voir. Tout ce qui diminuerait l'activité et la décentralisation scientifique serait absolument contraire au programme qu'elle s'est imposée et qu'elle s'efforce de réaliser.

4° La Faculté de Paris souhaite la création d'un doctorat ès sciences anatomo-physiologiques : — d'un certificat spécial pour l'exercice de la médecine publique (hygiène et médecine légale) ;

5° Le vœu est général de voir disparaître le diplôme d'officier de santé.

Il appartient aux Écoles et aux Facultés de mettre d'accord ces opinions souvent contradictoires, de discuter les avis divers qui ont été exprimés, de le faire avec un juste sentiment de déférence pour l'importance des corps qui les ont émis, pour la sincérité et la liberté des doctrines, et dans le seul but de concourir au progrès de l'enseignement dans notre pays. Pour cette question, comme pour celle de l'agrégation, comme pour d'autres encore, mon premier devoir est de consulter et de recueillir les avis, non sans espérer qu'il se formera une opinion capable de réunir l'approbation du plus grand nombre des professeurs intéressés, qui sont aussi, quand d'aussi graves intérêts sont en cause, les autorités les plus compétentes. »

— Par décret, en date du 2 mars 1883, M. Mouillié (M.-A.-G.), médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

— Par arrêté ministériel du 18 février, M. Barruet (Maurice), employé au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, est nommé auxiliaire expéditionnaire au troisième bureau de la direction de l'enseignement supérieur.

— Par arrêté du préfet de la Seine, en date du 19 février 1883, M. le docteur du Mesnil est nommé membre de la Commission administrative des logements à bon marché.

— M. Petit, chef du sixième bureau de la direction de l'enseignement primaire, est nommé membre de la Commission des sciences physiques et naturelles.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur B. Vladescu, un des principaux rédacteurs du *Progresul medical Roman*, décédé à Bucharest, le 6 février dernier.

— La Société française d'hygiène a mis au concours pour l'année courante les questions suivantes :

1° Hygiène et éducation physique de la deuxième enfance (période de six à douze ans) ; 2° des mutilations professionnelles et plus spécialement des mutilations des membre dans l'industrie privée et l'agriculture ; des moyens de les éviter ; des moyens de les atténuer.

Les mémoires auront l'étendue d'un *tract* de trente-deux pages in-12. — La Société propose pour ces deux concours : une médaille d'or de la valeur de 250 francs ; une médaille d'argent ; deux médailles de bronze. — On recevra les mémoires en français, anglais, allemand, espagnol et italien. Ils devront être remis avant le 31 décembre 1883, dernier délai, au siège de la Société, 30, rue du Dragon, Paris.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 14 mars, à huit heures du soir, à l'Administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : — 1° Constitution médicale du mois de février ; policlinique. — 2° De l'intervention des médecins traitants dans le traitement des déformations, par M. Dally.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1883, par le docteur E. Bouchut. 1 vol. in-8° de 256 pages.— Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'accouchement naturel chez les primipares, par le docteur Dieterlen. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'hiver à Cannes et au Cannet, les bains de mer de la Méditerranée, les bains de sable, par A. Buttura, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien médecin de l'hôpital de Cannes, membre de la Société impériale de médecine de Constantinople, chevalier de la Légion d'honneur. 1 vol in-8° avec figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude sur les taches bleues, historique et recherches nouvelles, par le docteur Mallet. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le choléra et la fièvre typhoïde, moyens pratiques de s'en préserver, par le docteur Fournel. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des lésions anatomiques et de la nature des myxœdèmes, par le professeur Henrot. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la perforation du tympan, de ses cicatrices, moyens d'y remédier, par le docteur Baratoux. In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14213.

N° 29. — SAMEDI 10 MARS 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 10 MARS 1883. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr. ».	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De l'influence des poussières sur le développement de la phtisie. — Le microbe de la phtisie. — Névrome interstitiel du nerf médian, suite d'un ancien traumatisme du coude; résection; conservation de la sensibilité. — THÉRAPEUTIQUE. Un côté de la question du lait. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'influence des poussières sur le développement de la phtisie.

Celles de nos femmes ou de nos filles qui portent des oiseaux de toutes tailles ou de toutes couleurs, perchés sur leurs chapeaux, fixés sur le corsage ou étalés sur la jupe de leurs robes, ne se doutent guère probablement à quel prix s'obtiennent ces objets de parure. Il en coûte souvent la santé, et parfois même la vie, des ouvriers employés à leur préparation. Faut-il en citer des exemples ? En voici un.

M. Potain, dans l'une de ses dernières leçons cliniques, a entretenu ses élèves de deux malades de son service qui présentent tous les symptômes et tous les signes d'une tuberculose pulmonaire arrivée à un degré déjà assez avancé, mais d'une tuberculose tardive, à marche lentement progressive et d'un caractère un peu spécial, presque identiquement le même dans les deux cas. Ces deux hommes, dans l'âge moyen de la vie, environ de trente-cinq à quarante ans, d'assez bonne constitution, ne présentent ni l'un ni l'autre aucun signe, ni aucune trace de ces états diathésiques précédant si fréquemment la phtisie. Rien dans leurs antécédents ne paraît indiquer non plus une prédisposition à cette affection. Point de circonstance d'hérédité ni ascendante ni descendante, ni probabilité de contagion. Ils sont issus l'un et l'autre de parents sains, ils sont mariés et ont des enfants, leur femme et leurs enfants sont bien portants. Ils ne se sont trouvés ni l'un ni l'autre dans les conditions d'existence qui conduisent à la misère physiologique. Enfin ils ont subi tous deux les épreuves du service militaire, sans que leur santé en ait été atteinte.

La maladie a débuté chez eux à un âge plus avancé que celui où elle se manifeste le plus ordinairement. Ils présentent tous deux actuellement une induration tuberculeuse du sommet du poumon gauche avec de petites cavités au milieu de cette induration et de la bronchite généralisée, sans état fébrile bien prononcé et sans dépérissement notable. En un mot, la maladie paraît avoir une marche lente, essentiellement chronique et un caractère un peu torpide.

En l'absence de tout antécédent morbide, de tout état constitutionnel prédisposant et des causes les plus communes du développement de la tuberculose, à quel genre d'influence peut-on faire remonter chez ces deux individus l'origine de leur maladie ? Il n'y en a qu'une seule admissible et elle est sinon identiquement la même, du moins très semblable pour les deux cas : c'est une influence professionnelle. L'un de ces malades a exercé longtemps l'état de matelassier, qu'il a quitté depuis quelque temps pour celui de garçon emballeur. L'autre est un ouvrier préposé à la préparation des oiseaux destinés à la toilette. Nous n'avons pas besoin de nous arrêter sur l'action bien connue du travail de la matelasserie. Pour le second, celui qui nous intéresse plus particulièrement ici, sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans les détails techniques de la préparation des oiseaux, il nous suffira de dire que cette préparation exige l'usage et la manipulation de poussières arsénicales et de poussières de tanin réduites à une grande ténuité. C'est après un assez long exercice de cette profession que cet homme a commencé à tousser et a fini par tomber malade.

Ce dernier fait nous a paru intéressant à ce point de vue, en ce qu'il montre un exemple de la nocuité d'une industrie assez rare et assez restreinte jusqu'à présent, mais qui pourrait, les caprices de la mode aidant, acquérir peut-être par la suite une importance assez grande pour prendre place à côté du grand nombre d'industries d'un genre analogue, signalées par leur nocivité et pour appeler comme elles la vigilance des conseils de salubrité.

A cette occasion, M. Potain rappelait combien l'extension considérable qu'ont prise parmi nous, dans ces dernières années, un grand nombre d'industries dégageant des poussières de toute sorte, tendait à multiplier les maladies professionnelles des voies respiratoires et en particulier la tuberculose; ajoutant ainsi un nouveau contingent étiologique au nombre des conditions pathogéniques déjà si complexes qui concourent à son accroissement incessant. Tout cela, soit dit en passant, pourrait bien porter quelque atteinte au principe de l'unité de la phtisie et surtout à la tendance de nos jours à la rapporter à une cause parasitique unique.

Pour avoir une idée de la proportion considérable d'affections des voies aériennes auxquelles peuvent donner lieu les nombreuses professions « à poussières », comme on les appelle, — depuis le catarrhe simple jusqu'aux diverses variétés de pneumonie ou de pneumoconiose, jusqu'aux formes particulières de phtisie dont nous venons de signaler deux exemples, — il suffit de parcourir les pages que M. le docteur

A. Proust a consacrées à ce sujet dans son beau Traité d'hygiène publique et privée. On y verra les affections pulmonaires produites par l'inhalation des poussières végétales, par la poussière de charbon (anthracosis, pneumoconiose anthracosique), par la poussière de tabac (tabacosis), par les poussières de coton (byssinosis), de lin et de chanvre, les poussières de bois, les farines ; celles qui succèdent à l'inhalation de poussières animales, poussières de laine, de soie, de cheveux, de poils, de plumes, de nacre ; celles qui résultent de l'inhalation de poussières minérales et métalliques, les poussières de fer (siderosis), de silice (chalicosis), de houille, de plomb, de cuivre, etc. ; enfin celles qui sont produites par l'inhalation de poussières organiques seules ou mêlées avec des poussières inorganiques, etc.

Dans les faits de cet ordre, comme dans ceux que nous venons d'exposer plus haut, c'est moins à la thérapeutique qu'il faut faire directement appel qu'à l'hygiène. C'est par la cessation de la profession reconnue insalubre, par le repos, par un bon régime général et alimentaire surtout, que doivent être traités ces malades. Ici l'hygiène devient thérapeutique. Mais c'est surtout pour la prophylaxie, pour la recherche des moyens d'atténuer ou de neutraliser les effets funestes des poudres inhalées, que l'hygiène intervient utilement et prend les proportions d'une institution de premier ordre. C'est à ceux de nos confrères qui s'occupent plus spécialement de ce genre d'étude, que nous renvoyons ce signalement.

Le microbe de la phtisie.

Nous venons de faire allusion, en passant, à l'étiologie microbique de la phtisie, qui, si elle venait à être démontrée, ramènerait plus que jamais à la doctrine de l'unité de la tuberculose, que nous venons de mettre en suspicion.

Bien qu'il ne s'agisse encore là que de faits de laboratoire, vis-à-vis desquels la clinique a dû rester jusqu'à présent, nous ne dirons pas indifférente, mais passive, nous pensons cependant qu'il ne sera pas sans intérêt de dire en quelques mots où en est la question sur ce point.

Il y a quelques mois, les journaux ont fait grand bruit de la découverte que M. le professeur Koch, de Berlin, aurait faite du microbe de la phtisie. Ce microbe serait une bactérie appartenant au groupe des bacilles, tellement petite qu'on ne la trouve qu'avec difficulté. Partout, dit le professeur Koch, où le processus tuberculeux est récent ou en rapide évolution, ces bacilles sont en grande quantité. Lorsque l'acmé de l'éruption tuberculeuse est dépassé, les bacilles deviennent plus rares ; ils n'existent plus qu'à la périphérie des lésions, et souvent ils sont difficiles alors à reconnaître ; ils peuvent manquer totalement dans les endroits où le processus tuberculeux est silencieux.

Cette constatation anatomique a été répétée un grand nombre de fois avec un succès complet dans toutes les formes de la phtisie. Mais cette coïncidence des bacilles et des affections tuberculeuses n'impliquant pas forcément une relation de cause à effet, M. Koch, pour établir sa conviction, a fait des cultures et avec le produit de ces cultures il a reproduit la maladie chez les animaux.

Depuis que ces faits ont été portés à la connaissance des savants français, M. le docteur Feltz, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, s'est proposé de répéter les expériences du professeur Koch, comme il avait répété les expériences de M. Pasteur sur le charbon et les virus atténués. Dans une lettre insérée dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, M. Feltz rend compte des résultats de ses expériences ; ces résultats ont été négatifs. Toutefois il ne se prononce pas ; en présence de son insuccès, il demande qu'on veuille bien lui fournir les renseignements nécessaires pour éviter ces sortes de mésaventures, car, ajoute-t-il, je ne voudrais pas mettre en doute, avec les seuls faits que je viens de mentionner, les résultats que M. Koch affirme d'une façon positive.

Voilà où en est pour le moment la question. Si, par de nouvelles expériences, elle vient à être résolue dans le sens des résultats annoncés par M. Koch et prévus par M. Pasteur, il y aura là sans doute un fait important acquis à la science et avec lequel la clinique à son tour devra compter. Mais, dût-on, dans ce cas, faire une catégorie à part des phtisies professionnelles dont nous venons d'indiquer sommairement les nombreuses origines, il nous serait impossible de renoncer à une donnée étiologique d'une telle importance et établie sur un aussi grand nombre de faits.

Névrome interstitiel du nerf médian, suite d'un ancien traumatisme du coude; résection; conservation de la sensibilité.

M. Verneuil, dans l'une de ses leçons cliniques du mois dernier, appelait l'attention de son auditoire sur un de ces exemples, si fréquents et trop souvent négligés peut-être, des conséquences à longue portée d'un ancien traumatisme.

On a trop généralement le tort, dit-il, de considérer tout comme fini du moment où une plaie est cicatrisée. On fait alors un inventaire que l'on croit définitif. C'est une grande erreur. L'expérience démontre, en effet, qu'il peut survenir, longtemps encore après la cicatrisation d'une plaie, des accidents imprévus, qui en procèdent. Tel est le cas d'un jeune malade, âgé de dix-neuf ans, actuellement dans le service, qui a eu, à l'âge de six ans, — il y a, par conséquent, treize ans de cela, — une fracture compliquée de l'humérus. La guérison n'a pu être obtenue qu'au prix d'une ankylose du coude. L'une des premières conséquences de ce traumatisme a été l'atrophie du membre par défaut de fonctionnement. Il était difficile de se défendre de l'idée que le nerf médian n'eût point été atteint par le traumatisme, d'autant que l'articulation l'avait été elle-même. Or, lorsqu'un nerf a été blessé, il en reste presque toujours des vestiges. Ces vestiges sont le plus ordinairement des névromes comme on en rencontre si souvent sur les moignons d'amputés.

Pendant longtemps ce jeune garçon n'a eu à se plaindre que des suites physiologiques de la lésion complexe dont son bras a été le siège ; mais depuis quelque temps il s'y est joint des douleurs. Si ces douleurs n'étaient que passagères, on aurait essayé de les combattre par des moyens médicaux, mais elles sont continues. A quoi ces douleurs peuvent-elles être dues ? Il peut survenir, à la suite de traumatismes semblables à celui qu'a subi ce jeune garçon, plusieurs sortes de lésions du nerf, des lésions extra-nerveuses ou de voisinage, agissant par la compression ou l'irritation du nerf, des lésions intra-nerveuses interstitielles.

On trouvera des exemples très curieux de ce premier genre de lésions dans les Mémoires de chirurgie de M. Nepveu.

De l'étude clinique attentive de l'état de ce jeune malade, M. Verneuil est arrivé à conclure qu'il se trouvait probablement là en présence d'un névrome interstitiel.

Pourquoi le névrome qui est resté longtemps indolent chez ce malade, est-il devenu douloureux dans ces derniers temps? Il s'était fait évidemment un travail inflammatoire, une névrite.

On a émis dans le temps diverses opinions pour expliquer le retour de la sensibilité et de la douleur, à la suite de traumatismes des nerfs, ainsi que le prompt rétablissement de la sensibilité qui a lieu à la suite de la section des nerfs. On a longtemps soutenu l'hypothèse du rétablissement de la sensibilité par la réunion bout à bout des deux extrémités des nerfs divisés. Cette question a été étudiée expérimentalement dans ces derniers temps, et les résultats de ces études ont conduit à une théorie tout autre.

On sait, depuis les recherches de MM. Arloing et Tripier et celles de M. Ranvier notamment, quelles sont les conditions de la persistance de la sensibilité dans le bout périphérique des nerfs sectionnés ou contusionnés, — savoir que jusqu'à ce que la transmission directe puisse être rétablie par la reproduction des cylindres-axes dans les points intermédiaires aux deux bouts du nerf sectionné, ce qui nécessite toujours un temps assez long, — c'est par la voie collatérale des anastomoses nerveuses ou des récurrences que la transmission de la sensibilité se continue ou se rétablit provisoirement. Ce qui a fait donner à cette sorte de suppléance les noms de sensibilité collatérale, sensibilité récurrente ou simplement sensibilité suppléée. M. L.-G. Richelot a communiqué, il y a quelques années (en 1879), à la Société de chirurgie, un cas très intéressant de blessure incomplète du nerf médian, qui lui a fourni l'occasion de délimiter nettement le champ d'innervation de ce nerf et le champ, plus indéterminé, plus vaguement limité, de la sensibilité de suppléance. Des deux cas rapportés par M. Richelot et qui ont été recueillis tous deux dans le service de M. Verneuil, et de quelques autres cas semblables qu'il en a rapprochés dans son travail, il ressort, entre autres résultats importants en anatomie, ce fait clinique intéressant de l'intégrité, plus ou moins absolue, parfois relative seulement, de la sensibilité, malgré la section du nerf cubital dans une grande étendue (les 4/5es), par la suppléance des branches nerveuses voisines de ce nerf lui-même ou du radial.

Se fondant sur ces faits et sur son expérience personnelle acquise par d'autres faits du même genre, M. Verneuil s'est déterminé à pratiquer chez ce jeune garçon, pour remédier aux douleurs presque irréductibles auxquelles il est en proie, à la mise à découvert du nerf médian, à la recherche de son point malade et à sa résection dans l'étendue que cette lésion rendrait nécessaire.

L'opération a été faite séance tenante. Vu l'étendue du névrome qui fut en effet constaté, M. Verneuil a dû réséquer de 5 à 6 centimètres au moins du nerf médian. Le résultat immédiat de cette opération a été la cessation des douleurs vives et presque constantes que le malade éprouvait avant, sans que la sensibilité des parties desservies par ce nerf en ait été notablement altérée, — confirmation des faits ci-dessus énoncés. — C'est ce que nous avons pu constater nous-même, quelques jours après, avec les nombreux médecins et élèves qui assistent à la visite. La plaie résultant de l'opération est actuellement en voie de réparation. Nous nous tiendrons au courant du résultat définitif de cette opération.

THÉRAPEUTIQUE

Un côté de la question du lait.

Par M. le docteur Delattre.

L'Administration, émue des réclamations énergiques et répétées des hommes compétents, vient, sous la direction du professeur Parrot, d'organiser une nourricerie annexée à l'hospice des Enfants-Assistés. Il est donc possible de poursuivre désormais les expériences que réclamait avec tant d'insistance le regretté docteur Coudereau.

Les renseignements communiqués récemment sur les premiers résultats de cet essai nous ont remis en mémoire l'aventure amusante et surtout instructive, dont un critique des plus connus fut le héros, il y a quelques années.

C'était à l'époque où le savant professeur, faisant ses premières leçons sur l'athrepsie, montrait combien d'enfants mouraient d'inanition à l'hospice. Un assistant, peu familier, sans doute, avec les termes médicaux, court, tout ému, raconter à notre critique que, de l'aveu des médecins, l'Administration hospitalière laissait *mourir de faim* des centaines d'enfants.

L'occasion était trop belle pour la laisser échapper et quelques lecteurs se rappellent peut-être encore avec quels accents indignés était flétrie cette Administration marâtre, qui pratiquait l'infanticide sur une aussi vaste échelle, et cela au moment même où, de toutes parts, on signalait un inquiétant arrêt dans le développement de la population de la France, etc. C'était une charge à fond.

Il faut convenir, du reste, qu'avec sa parfaite bonne foi, l'auteur de ces articles n'hésita pas à reconnaître sa méprise, lorsque, sur l'invitation des médecins, il eût vu par lui-même l'état réel des choses. Il comprit bientôt, en effet, que les enfants manquaient non pas de nourriture, mais de la faculté de l'assimiler; ils mouraient de faim au sein de l'abondance.

Quand l'estomac est hors d'état de remplir ses fonctions, c'est en vain qu'on lui donne les meilleurs aliments, si en même temps on ne lui procure pas le moyen de les digérer et de les assimiler.

La démonstration en fut faite à ce même hospice sur une série de douze enfants pris au hasard parmi les nouveaux entrés, par le docteur Tardieu, alors interne. On les soumit au même régime que les autres; seulement on ajouta aux aliments du lacto-phosphate de chaux. Sur les douze enfants, tous profondément inanitiés, dix sortirent vivants de l'hospice pour être dirigés sur la province, ce qui renversait presque exactement les proportions de la mortalité à cette époque.

Un tel résultat ne doit pas étonner, car l'acide lactique contenu dans la préparation assure la digestion, tandis que le phosphate de chaux, pénétrant dans les organes avec les albuminoïdes, les fixe à l'état de tissus. C'est ainsi que M. Dusart explique l'action digestive et reconstituante du lacto-phosphate de chaux, dans le mémoire publié en 1869-70 dans les *Archives générales de médecine*.

On comprend tous les services qu'une telle action rend aux enfants, aussi bien pendant la période d'allaitement que pendant le long et souvent dangereux travail de dentition. Il n'est pas nécessaire, du reste, de donner le médicament directement à l'enfant : dans bon nombre de cas, il suffit de l'administrer à la nourrice.

C'est ce que j'ai fait dans des cas très nombreux, parmi lesquels je citerai le suivant :

Une jeune mère, très fatiguée, mangeant mal, dormant peu et se plaignant de douleurs épigastriques et dorsales, ne donnait qu'un lait clair et bleuâtre à son enfant, âgé de trois mois. Celui-ci, toujours affamé, pleurait, ne dormait pas, et souffrait d'une lientérie qui avait déterminé aux fesses, aux cuisses et jusque sur le ventre un vaste érythème.

Il suffit de donner à la mère trois cuillerées à bouche, chaque jour, de sirop de lacto-phosphate de chaux pour lui rendre l'appétit, rétablir la richesse du lait et, par contre-coup, guérir l'enfant.

Il est bien rare que je n'aie pas eu à constater ces résultats à la suite de l'administration de cette préparation. Je n'ai pas été moins heureux lorsque j'ai donné le sirop ou le vin de Dusart aux femmes enceintes, spécialement à celles qui se font remarquer par la mollesse des chairs et la tendance au lymphatisme. Dans ces cas, non seulement je relève les forces générales, mais le plus souvent l'enfant qui naît après un pareil traitement se fait remarquer par sa vigueur.

Ce résultat, facile à prévoir pour ceux qui connaissent l'action physiologique du lacto-phosphate de chaux, est surtout évident lorsque plusieurs grossesses se suivent et que le médicament n'est administré que pendant une ou deux, à l'exclusion des autres.

Je connais plusieurs familles dans lesquelles il est facile de reconnaître, au premier aspect, les enfants dont la naissance a été précédée par l'administration du lacto-phosphate de chaux.

En résumé, si l'on veut que le lait de femme, surtout dans les grandes villes, soit toujours suffisamment riche, il faut donner à la femme pendant la grossesse, et à la nourrice pendant tout l'allaitement, le phosphate de chaux, spécialement sous la forme physiologique adoptée par M. Dusart, sirop ou vin. Si l'on recourt à l'allaitement artificiel, il faut donner directement cette préparation à l'enfant, ou ne lui donner que le lait d'animaux nourris avec des substances riches en phosphate de chaux, herbe jeune, avoine, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mars 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

M. GUYON, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Cloquet.

Hernies inguinales congénitales. — **M. TRÉLAT**, vers la fin de janvier, recevait dans son service un malade atteint de hernie inguinale étranglée. Le soir, l'interne de garde fit la réduction; mais le lendemain matin la hernie s'était reproduite; M. Trélat l'opéra et se trouva en présence d'une variété d'étranglement insolite. Ce malade est mort quarante-huit heures après l'opération avec la persistance des phénomènes d'étranglement. Les pièces, à l'autopsie, furent soigneusement examinées. A l'occasion de ce malade qu'il rapproche d'un certain nombre d'autres cas analogues, M. Trélat fait une communication sur les hernies inguinales congénitales.

Cette variété de hernies, dit-il, est grave pour des motifs divers; elles sont le point de départ d'étranglement subit d'emblée, elles sont sujettes à des formes variées, à des degrés divers dont le plus fréquent est à la partie interne et supérieure du canal inguinal et dont la plus rare est à la partie inférieure du sac; ces sièges sont absolument constants. Cette variété de hernie présente des difficultés de diagnostic telles que le plus souvent les chirurgiens sont entraînés à des temporisations fâcheuses. En résumé, l'étranglement d'emblée, la difficulté du diagnostic, leur siège, leur fausse réduction en masse, rendent graves ces hernies. Il faut ajouter qu'elles sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement.

M. Ramonède a fait sur ce sujet une thèse inaugurale importante : il a disséqué 215 sujets adultes et il a pu voir que le conduit vagino-péritonéal persiste chez 15 p. 100 des sujets. Il décrit exactement les degrés de la persistance de ce conduit péritonéo-vaginal, il a injecté et moulé ce conduit, et il conclut que la hernie inguinale congénitale s'étrangle presque toujours au même point, c'est-à-dire à la partie supérieure de ce conduit. Les recherches anatomiques de M. Ramonède et les recherches cliniques de M. Trélat concordent donc et arrivent à la même conclusion, relativement au degré de l'étranglement des hernies inguinales congénitales, le plus fréquemment à la partie supérieure du conduit péritonéo-vaginal, beaucoup plus rarement à sa partie inférieure, à l'entrée de la tunique vaginale. C'est ce dernier siège qu'occupait la hernie du malade de M. Trélat.

Les cas de ce genre doivent être considérés comme exceptionnels, mais ils existent maintenant en nombre assez considérable pour qu'on puisse formuler des lois sur la marche des phénomènes. Il en existe, en effet, huit observations anciennes et trois modernes en comptant cette dernière. De tous ces faits, on peut tirer les conclusions suivantes :

Les hernies étranglées sont graves, leur début insidieux, leur diagnostic difficile et pourtant d'autant plus important à connaître le plus tôt possible que le pronostic devient de plus en plus grave. On peut obtenir la guérison en opérant de bonne heure; si l'on attend, les chances de succès deviennent de moins en moins nombreuses.

Il importe donc de savoir rechercher si la hernie est ou n'est pas congénitale; on arrivera à déterminer sa congénitalité par l'étude des commémoratifs, par la présence d'une hydrocèle concomitante et surtout par ce fait que la hernie entraîne habituellement le testicule dans sa réduction. Une fois la notion de la congénitalité bien acquise, on peut affirmer le danger couru par le malade et l'on doit chercher l'étranglement presque sûrement à la partie inférieure du sac.

M. DESPRÈS fait observer que ce qui lui paraît particulièrement intéressant dans la communication de M. Trélat, c'est l'étude du siège de l'étranglement à la partie inférieure du sac; M. Desprès ne l'a rencontré que deux fois dans environ quarante cas de hernies étranglées qu'il a publiés dans sa statistique de l'hôpital Cochin. Le premier malade fut opéré mourant; chez le second, l'interne de garde donna le chloroforme et fit la réduction en masse, le patient succomba à une péritonite.

Relativement à l'historique, M. Desprès fait des réserves et rappelle que Nélaton a écrit que les hernies inguinales congénitales étranglées sont bien moins rares qu'on ne le pense.

M. MONOD pose cette question à M. Trélat : Tous les faits dans lesquels l'hydrocèle suffit pour faire le diagnostic de hernie congénitale sont-ils concluants? Dupuytren, pour certains cas, donne l'explication suivante : La communication péritonéo-vaginale peut être primitivement congénitale, mais elle peut être aussi consécutive, les deux cloisons adossées se laissant perforer par l'intestin hernié dans le péritoine.

M. MARC SÉE demande si l'explication de M. Trélat s'applique également aux hernies non étranglées.

M. TRÉLAT répond à M. Sée qu'il n'a pas étudié la question à ce point de vue; à M. Monod, qu'il ne croit pas à cette usure ou à cette rupture de la cloison vagino-péritonéale ou du moins qu'il ne connait pas de faits en faveur de cette explication; à M. Desprès, que l'histoire de la hernie inguinale congénitale est loin d'être aussi bien faite qu'il le pense, que la gravité du pronostic et surtout l'explication de cette gravité ne commencent à être connues que depuis peu de temps.

Tumeurs utérines, gastrotomies. — **M. TERRIER** fait un rapport sur deux observations adressées par M. le docteur Villeneuve (de Marseille). La première est relative à un cas de tumeur fibreuse prise d'abord pour une grossesse : gastrotomie ayant duré une heure trente-cinq minutes, pédicule laissé au dehors, pansement au baume du commandeur, guérison. Consécutivement à l'opération, dissociation du pouls et de la température que M. Villeneuve attribue à une cause morale. M. Terrier a depuis longtemps montré que cette dissociation était le résultat d'une action réflexe sur le grand sympathique.

Dans la seconde observation, il s'agit, pense M. Terrier, d'un kyste uniloculaire de l'ovaire pris pour un kyste de l'utérus. Opération très complexe, ablation de l'utérus, ouverture du vagin, fistule stercorale, etc. Malgré toutes ces complications, la malade guérit.

Amputation de Pirogoff. — **M. CHAUVEL** fait un rapport sur un travail de M. Pasquier (d'Évreux) relatif à la section horizontale du calcanéum et à la suture osseuse dans l'amputation de

Pirogoff. M. Pasquier parle de cette modification, dans sa thèse, en 1871; M. Le Fort l'applique pour la première fois en 1873. En conséquence, M. Pasquier demande que la Société désigne cette modification par les noms de Pasquier Le Fort.

Dilatation préalable de l'urètre dans l'opération de la fistule urétro-vaginale. — **M. POLAILLON** fait un rapport sur une communication de M. Villeneuve (de Marseille) accompagnée de deux observations dans lesquelles l'auteur s'est servi du doigt pour dilater l'urètre avant l'opération de la fistule urétro-vaginale.

Le même procédé a été souvent employé soit pour l'extraction de calculs, soit pour une autre raison. Quoi qu'il en soit de la question de priorité, c'est là un bon procédé qui peut être utile dans un grand nombre de cas.

La séance est levée à cinq heures et quart.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité théorique et clinique de la dysenterie (1), par M. le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, médecin en chef de la marine.

I

« Dans la dysenterie, le foie est aussi malade souvent que l'intestin, et surtout il a été, le plus fréquemment, atteint avant lui. » Ces mots, extraits de l'introduction du livre dont on vient de lire le titre, expriment, si je ne me trompe, l'idée mère, l'idée directrice que l'on verra amplement développée au cours de l'important ouvrage de notre confrère, ouvrage dont il nous est particulièrement agréable de faire ici une rapide analyse.

Il importe d'abord que le lecteur soit prévenu de la valeur que le docteur Bérenger-Féraud donne au mot *dysenterie* : « C'est une maladie caractérisée par des coliques plus ou moins vives, une gravité variant dans les limites les plus extrêmes suivant les cas, mais surtout par une altération des selles très marquée et plus ou moins persistante. » Ainsi qu'on le voit, l'appellation *dysenterie* est prise par notre collègue dans le sens étymologique absolu, c'est l'*affection catarrhale de l'intestin,* avec ses modalités les plus diverses. « Le mot dysenterie, dit-il, est le terme générique de l'affection; cette affection se subdivisant, suivant les cas, en dysenterie proprement dite et en diarrhée. » (P. 3.)

La dysenterie est une maladie ubiquitaire ; elle sévit également dans les deux hémisphères ; cependant, l'observation fait reconnaître qu'elle est plus fréquente et plus grave, à mesure qu'on va des régions froides vers les contrées torrides. D'autre part, sous une même latitude, il est telles localités où la maladie est constamment plus fréquente sans qu'on puisse établir au juste à quelles influences est dû ce regrettable privilège. — Son *histoire* est celle de l'espèce humaine : de même qu'elle est de tous les pays, la dysenterie est aussi de toutes les époques et de tous les âges.

Notre collègue s'est attaché, et c'était indispensable pour la clarté de l'exposition, à classer et déterminer les formes multiples de flux intestinaux comprises sous le nom générique de dysenterie. C'est ainsi qu'il est conduit à constituer trois grandes divisions, à savoir :

A. FLUX DE VENTRE AIGUS, se partageant en trois degrés : 1° degré léger ou *diarrhée aiguë;* 2° degré moyen ou *dysenterie de moyenne gravité;* 3° degré grave ou *dysenterie sévère.*

B. FLUX DE VENTRE DE TRANSITION, comprenant deux variétés : 1° la *colite dysentérique;* 2° la *rectite dysentérique.*

C. FLUX DE VENTRE CHRONIQUES, se divisant en deux sous-catégories : 1° la *dysenterie chronique;* 2° la *diarrhée chronique.*

L'auteur nous fait entendre d'ailleurs que dans la pratique il n'est pas toujours facile de déterminer où s'arrête une quelconque des catégories indiquées, où commence telle autre.

Le chapitre deuxième de l'ouvrage du docteur Bérenger-Féraud, sous le titre *Description générale de la maladie*, est consacré à l'exposition des symptômes de chacune des formes sous lesquelles celle-ci peut se présenter. — Les pages écrites à cette fin se prêtent mal à l'analyse; il faut les lire pour voir avec quelle sûreté de coup d'œil, avec quel art, dirai-je, l'auteur a su démêler dans cette multitude pathologique les traits particuliers aux unités qui la constituent. J'en dirai autant du chapitre troisième (*Formes de la maladie*), par lequel se complète la symptomatologie de l'affection catarrhale de l'intestin. — Ce n'est pas sans regret que je passe aussi rapidement à travers les pages. Ils sont nombreux, les points sur lesquels on serait tenté de s'attarder. Comment ne rien dire de « cette diarrhée prétendue *d'acclimatement* dans les pays chauds, laquelle n'est qu'une première attaque de ce long assaut que l'Européen va subir pendant tout le temps de son séjour hors de la zone tempérée, dans laquelle et pour laquelle son corps a été créé » ? (P. 40). — Pouvons-nous passer sous silence le tableau de la *rectite dysentérique,* cette forme singulière si bien déterminée par notre regretté collègue Lalluyeaux d'Ormay (p. 55), et ne pas parler de la *diarrhée chronique des pays chauds*, à laquelle notre collègue le docteur Normand a attaché son nom? C'est à propos des modes de sa terminaison funeste que je lis les lignes qui suivent : « D'ailleurs, que ce soit tel ou tel phénomène qui termine l'existence, et quel que soit le moyen par lequel la mort survient, on sent bien que c'est comme une excuse que la nature prend pour en finir avec un organisme dont la résistance vitale a été sourdement ruinée et détruite depuis longtemps par l'inaptitude digestive du tube intestinal. » — Combien grand, hélas ! est le nombre de ceux des nôtres dont la dernière heure a sonné, jeunes encore, mais vieillis, épuisés par le fait de cette inaptitude digestive et prêts pour l'*excuse* fatale !

Les complications de la maladie forment un important chapitre du livre que nous analysons. L'auteur les range en trois catégories, suivant l'époque de la maladie pendant laquelle elles surviennent. Les unes peuvent se présenter *à un moment quelconque de la dysenterie;* d'autres se montrent *dès les premiers temps de la maladie;* d'autres enfin, *au cours de l'état chronique.*

Appartiennent à la première section : 1° la fièvre paludéenne; 2° l'hépatite; 3° les phlegmasies pulmonaires; 4° l'hémorragie intestinale ; 5° le scorbut; 6° les troubles urinaires.

Les complications de la période initiale sont : 1° le phlegmon interstitiel de l'instestin; 2° la péritonite et la perforation intestinale ; 3° l'invagination ; 4° l'hémorragie intestinale.

Enfin, les accidents qui peuvent compliquer l'état chronique sont, à proprement parler, des conséquences de la maladie ; ainsi, 1° les troubles gastro-intestinaux ; 2° les douleurs ; 3° les paralysies; 4° la tuberculisation pulmonaire; 5° les coarctations intestinales.

Le paludisme et la dysenterie sont d'origine absolument distincte ; le premier relève d'une cause miasmatique, celle-ci d'une cause climatique. « Voilà l'opinion qu'on ne discute plus », dit notre collègue. Cela étant, la fièvre intermittente, survenant au cours de la maladie dysentérique, n'est autre chose qu'un incident pathologique, et ne fait nullement corps avec elle. Dans ces cas, c'est le plus souvent sous la forme d'accès pernicieux algide que l'infection paludéenne se manifeste. C'est une complication d'une gravité extrême ; elle est particulièrement fréquente dans la colonie du Sénégal.

L'étude de l'hépatite compliquant la dysenterie devait, on le conçoit, et surtout si l'on se reporte à ce qui a été dit plus haut, attirer d'une manière toute spéciale l'attention de l'auteur de ce livre. Il s'agit, en effet, d'une question de pathogénie de la plus grande importance. Le problème se pose dans les termes les plus simples : La maladie du foie est-elle un incident fortuit dans le cours de la dysenterie (ce qui n'est admis par aucun) ? Si non, la dysenterie est-elle à l'origine de l'hépatite, ou, au contraire, celle-ci à l'origine du catarrhe de l'intestin? L'opinion de M. Bérenger-Féraud est formelle : dans la grande majorité des cas, la

(1) In-8°. Prix : 12 fr. — Paris, O. Doin.

lésion du foie précède et détermine celle de la muqueuse intestinale. C'est pour ce motif que les altérations anatomiques seront plus prononcées dans les localités de l'intestin où les produits de sécrétion de la glande hépatique séjournent plus longtemps ; ainsi du cæcum, ainsi de l'ampoule rectale. La bile coule en plus grande quantité qu'à l'état normal, elle est en outre altérée dans la qualité ; de là, une irritation topique exercée par elle sur la muqueuse intestinale, irritation qui peut aller depuis l'érythème fugace jusqu'à l'inflammation ulcérative, jusqu'à la gangrène. — On ne saurait le nier, les faits s'accommodent à merveille de cette conception hypothétique, à laquelle la physiologie ne répugne en aucune sorte et que viennent, de plus, corroborer les résultats de l'expérience thérapeutique. Je veux dire les notions acquises sur le mode d'action des moyens thérapeutiques le plus généralement employés pour le traitement de la dysenterie.

Celui-là se tromperait qui attribuerait cependant à M. Bérenger-Féraud la pensée que partout et toujours une lésion du foie domine l'étiologie de la dysenterie. L'opinion de l'auteur n'est point telle : il sait reconnaître que la dysenterie survient parfois sans être précédée par une modification appréciable de la fonction hépatique ; de même que la suppuration du foie peut se produire consécutivement à l'absorption et au transport, par les origines de la veine porte, des éléments septiques qui résultent de l'ulcération des surfaces intestinales. Mais ces faits mis à part, la pathogénie de la dysenterie relève du foie. « Pour ma part, dit-il, il y a longtemps que je me suis rallié à l'idée que la dysenterie, soit qu'on l'observe dans la zone tempérée, soit qu'on l'étudie dans les pays chauds, tant celle-ci qui se voit à l'état sporadique que celle qui se présente sous forme endémique ou épidémique, est intimement liée à un trouble dans la fonction biliaire, comme condition fondamentale ; à un refroidissement de la peau, à une ingestion d'aliments anomaux, à un excès, une émotion, une fatigue, etc., etc., comme cause occasionnelle ; et plus j'étudie la question, plus je réfléchis à ses chances de probabilité, et plus je suis convaincu que cette manière de voir est bien l'expression de la vérité. » (P. 395.)

Une des parties les plus originales du livre que nous parcourons est celle où l'auteur traite des *reliquats* de la dysenterie (p. 241 et suiv.) ; c'est un sujet nouveau et sur lequel, si je ne me trompe, il est le premier à avoir appelé l'attention. Ces suites, plus ou moins lointaines de la maladie, sont d'ordinaire les conséquences de l'état chronique. Le docteur Bérenger-Féraud les énumère dans l'ordre suivant : 1° *Troubles digestifs ;* 2° *Troubles de la fonction hépatique ;* 3° *Chute du rectum ;* 4° *Hémorroïdes : anales et intestinales ;* 5° *Fistules anales ;* 6° *Affections thoraciques ;* 7° *Troubles urinaires ;* 8° *Paralysie ;* 9° *Coarctations intestinales ;* 10° *Douleurs.*

Toute l'économie a été atteinte par la dysenterie et toutes les fonctions se souviennent pour ainsi dire de cette épreuve. L'estomac reste débile, capricieux ; l'absorption intestinale est parfois difficile ; des aliments de facile digestion un jour passent bien, un autre jour donnent lieu à de véritables orages et n'arrivent qu'à grand'peine à être transformés et mal digérés. De là une préoccupation incessante de la part du convalescent, le découragement, l'hypochondrie. De ce que le foie a été malade, il résulte que la circulation s'y fait mal ; la veine porte se débarrasse incomplètement de son contenu, et alors les origines de ce vaisseau (veines hémorroïdales) se dilatent sous l'effort d'une surcharge et d'une tension anomales. Rien de surprenant à ce que la rectite, forme essentiellement chronique, soit suivie d'une parésie du sphincter (prolapsus du rectum). La congestion hémorroïdale, la laxité du tissu cellulaire péri-rectal, la moindre résistance d'une muqueuse longtemps malade, suffisent à justifier la production de fistules anales. Du côté de la vessie, il reste, à la suite de la congestion des tissus voisins, de la paresse musculaire, sans compter les varices du col : double cause de dysurie, de catarrhe vésical. La paralysie consécutive est d'ordre plus général, cependant elle atteint le plus souvent les membres inférieurs seulement. Elle est ordinairement passagère et tend à se dissiper au bout de quelques mois. Des coarctations intestinales ont pour cause première la cicatrice d'ulcérations dysentériques. Les douleurs (névralgie, sciatique, intestinale, etc.) consécutives à la dysenterie sont d'une explication moins facile. Cette question appelle de nouvelles recherches. « Il y a dans cette direction un champ d'études intéressant à parcourir. On peut promettre une ample moisson à celui qui, recueillant les faits épars çà et là, les coordonnant et les complétant par de nouvelles observations, pourra fixer les idées sur les douleurs diverses qui sont évidemment, à mes yeux, des reliquats de la dysenterie. » (Bérenger-Féraud.)

La maladie dont il s'agit est une des plus graves qui sévissent sur l'espèce humaine. Il est difficile d'apprécier exactement la mortalité à laquelle elle donne lieu. Cependant, après avoir fait la part de tous les documents fournis par le docteur Bérenger-Féraud, j'estime que, sur 100 dysentériques, 10 à 15 environ succombent aux atteintes de la maladie.

Le chapitre sixième, intitulé *Analyse des symptômes*, me paraît digne du plus haut intérêt, et dans ce chapitre je crois devoir signaler spécialement les pages consacrées à l'étude des caractères que présentent les *selles* dans les diverses formes de la dysenterie. « Les selles doivent être examinées au multiple point de vue de leur nombre, leur abondance, leur consistance, leur couleur et même leur odeur, et ce n'est qu'en faisant la part de chacun de ces facteurs qu'on peut se rendre un compte exact de l'état de l'intestin. » Cet examen, l'auteur l'a poursuivi avec une rigueur, une précision et un luxe de détails qu'on ne saurait trop apprécier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1882-1883 sera ouvert le mercredi 4 avril. Il sera clos le samedi 21 avril, à trois heures de l'après-midi. Les inscriptions seront délivrées les mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de midi à trois heures, dans l'ordre ci-après : 1° inscriptions de première et de deuxième année, du mercredi 4 au jeudi 12 avril inclus ; 2° inscriptions de troisième et de quatrième année, du vendredi 13 au samedi 21 avril inclus. MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté. Il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour inscriptions de troisième et quatrième années (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du 12 avril.

Les élèves autorisés à subir les examens de fin d'année (ancien régime), au mois d'avril, devront consigner les lundi 12, mardi 13, lundi 19 et mardi 20 mars 1883. Les consignations ne seront reçues que sur la production de la décision ministérielle qui accorde l'autorisation de subir ces examens.

— M. le docteur Jarjavay commencera sa première démonstration (exercices opératoires) avec le concours de six aides d'anatomie et sous la direction de M. le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques, le lundi 12 mars 1883, à une heure précise, dans le pavillon n° 3 de l'École pratique.

— M. le docteur Castex fera sa première démonstration (exercices opératoires), sous la direction de M. le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques, et avec le concours de six aides d'anatomie, le mardi 13 mars 1883, à une heure précise, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique.

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance, le lundi 12 mars 1883, à quatre heures très précises, au Palais de Justice (salle d'audience de la cinquième chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : I. Élection d'un membre correspondant étranger. — II. Analyse par M. Pénard des travaux de la Société médico-légale de New-York. — III. Rapport par M. Boudet sur la responsabilité qui peut incomber aux médecins pour l'accomplis-

sement des missions qu'ils acceptent de leurs clients moribonds. — IV. Communication de M. Brouardel sur les vulvites et les erreurs médico-légales auxquelles elles exposent. — V. Rapport de M. de Villiers sur les attributions des sages-femmes.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14226.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Castration à gauche. Hypertrophie compensatrice du testicule à droite. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. Contribution à l'étude de la réfrigération du corps humain dans les maladies hyperthermiques et en particulier dans la fièvre typhoïde. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÈS.

Castration à gauche. Hypertrophie compensatrice du testicule à droite.

Le nommé B..., âgé de vingt-huit ans, est entré dans le service, salle Saint-Jean, 11 *bis,* il y a quelques jours. Il se plaint du testicule droit, quoiqu'il n'éprouve aucune douleur dans cet organe. Seulement il a remarqué que celui-ci avait augmenté de volume, et, comme trois ans auparavant, à Nantes, on lui avait enlevé le testicule gauche, il craint une nouvelle tumeur et voudrait en prévenir le développement.

Lorsque l'on examine ce testicule, on constate qu'il est libre dans la tunique vaginale et ne présente nulle part d'adhérences. L'épididyme est sain et ne présente aucune bosselure; il y a seulement un peu d'épaississement des tissus à la partie interne. Le testicule est plus gros qu'un testicule normal ; mais il est plus arrondi, on n'y perçoit néanmoins aucune irrégularité : il a conservé la sensibilité testiculaire. Il n'y a point de liquide dans la tunique vaginale.

Les fonctions de l'organe s'exécutent avec régularité; le malade peut avoir des rapports sexuels et rien n'est changé dans ses fonctions génésiques; les désirs, les érections et les éjaculations s'exécutent régulièrement. Notez ce fait. Il y a plus : depuis l'amputation du testicule gauche, il y a eu d'abord une augmentation du testicule aussitôt que le malade a recommencé les rapports sexuels ; puis la tuméfaction a diminué, et c'est après un repos relatif que la tuméfaction a reparu ; la fonction mise en œuvre a semblé coïncider avec la réapparition de la tuméfaction.

La santé générale et les forces du malade sont d'ailleurs excellentes.

Les antécédents du malade sont bons, il n'a jamais fait de maladies graves. Ses parents, du côté de son père, ont une bonne santé, mais sa mère est morte d'un cancer de l'utérus vers l'âge de quarante ans. Il n'y a point de tuberculeux dans sa famille. La nature de la tumeur du testicule qui a été enlevé il y a trois ans, n'a pu être rigoureusement déterminée. Il nous manque donc un élément de diagnostic. Tout ce que j'ai pu savoir de M. Heurtaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes, c'est que la tumeur avait été désignée par son suppléant sous le nom d'hématocèle. Le malade, toutefois, avait gardé le souvenir que sa tumeur contenait deux poches. Interrogé à plusieurs reprises, il nous a affirmé que la tumeur avait le volume d'une petite orange et que le testicule gauche, siège de cette tumeur, avait toujours été gros depuis la naissance. Nous ne pouvons donc faire ici que très imparfaitement le diagnostic rétrospectif. Il me paraît que le malade a eu une inclusion fœtale ou dermoïde du testicule, affection qui, comme on le sait, reste des années stationnaire, puis prend tout à coup un accroissement notable et devient le siège d'hémorragies ou suppure et s'ulcère.

C'est avec ces renseignements que nous devons arriver à porter un diagnostic de l'engorgement du testicule droit.

Examinons diverses hypothèses.

Un cancer du testicule ? On pourrait y songer en raison du cancer qui a existé chez la mère, mais l'hérédité du cancer n'est pas aussi fatale qu'on l'a dit, et on ne peut penser que l'ancienne tumeur du testicule gauche ait été un cancer, parce que le mal aurait eu une trop longue durée et parce que le malade a eu et conserve encore l'apparence extérieure de la plus belle constitution. J'ajoute que la récidive du cancer dans le second testicule est extrêmement rare.

Des tubercules du testicule ? On ne saurait les admettre. Les tubercules du testicule ne durent pas beaucoup plus longtemps que le cancer ; puis, lorsqu'ils existent depuis un certain temps, ils s'accompagnent de tubercules ailleurs. Ce garçon a les deux sommets des poumons absolument sains et sa santé est excellente.

Enfin le peu que nous savons de la tumeur du testicule gauche qui a été enlevé, semble bien indiquer que la tumeur du côté gauche n'était pas du tubercule. Ajoutons encore qu'il n'y a pas de tumeur dans l'épididyme.

L'hématocèle, les kystes, le testicule dit syphilitique, ne doivent pas être un instant soupçonnés. Le malade n'a pas eu la moindre trace de syphilis. On n'a pas encore vu une hématocèle vaginale double.

Il reste une tumeur, une seule, à laquelle nous pouvons songer : l'*hypertrophie du testicule* consécutive à la perte de l'autre testicule : hypertrophie supplémentaire ou compensatrice.

C'est Dupuytren qui le premier a attiré l'attention sur les faits de ce genre. Mais il ne les avait pas interprétés tout à

fait comme nous le faisons aujourd'hui. Dupuytren, ayant remarqué l'engorgement d'un testicule après l'ablation de l'autre, avait dit qu'il ne fallait pas se presser de faire une nouvelle opération, et qu'avec un traitement approprié, on pouvait faire dissoudre l'engorgement (1). C'est ce fait qui m'avait inspiré lorsque j'ai décrit une hypertrophie supplémentaire ou compensatrice du testicule après la castration du côté opposé (2).

Les hypertrophies des organes congénères, des glandes en particulier, ne sont pas très rares. Chez les amputées d'un seul sein, jeunes encore, on les observe. Il en est de même pour le testicule. Il est probable que si les cancéreux atteints de cancer à un testicule et que l'on a opérés, vivaient longtemps, on constaterait cette hypertrophie compensatrice assez souvent.

En résumé, j'admets ce diagnostic, parce que le testicule, quoique gros, ne renferme pas traces de tumeur, parce que la santé générale n'est pas altérée et parce que les fonctions génésiques sont conservées intactes.

Ce diagnostic posé, le pronostic devient très favorable. Ce jeune homme, qui était venu à l'hôpital presque décidé à se faire enlever son dernier testicule si cela était nécessaire, gardera cet organe. Et cela vaut mieux à tous égards, car on sait que les malades encore jeunes, privés de leur virilité, peuvent supporter cet état un certain temps ; mais plus tard, si décidés qu'ils aient été à l'opération, ils finissent par tomber dans cet état qu'on appelait autrefois une maladie de langueur, et qui n'est autre chose que l'hypocondrie, et il est rare qu'ils ne se suicident pas.

Comme traitement, nous avons prescrit au malade un suspensoir et nous lui avons conseillé de reprendre son genre de vie habituel et de ne plus s'occuper de son testicule.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. DUMONTPALLIER.

Contribution à l'étude de la réfrigération du corps humain dans les maladies hyperthermiques et en particulier dans la fièvre typhoïde.

En 1880, au mois de mars, devant l'Académie de médecine, et, la même année, au mois d'avril, au Congrès de Reims, j'ai fait connaître les résultats de mes expériences sur la réfrigération du corps humain au moyen d'un appareil spécial.

Déjà convaincu, à cette époque, que l'hyperthermie dans les maladies n'est point seulement un symptôme, mais peut devenir un agent, qui engendre des complications graves, un agent destructeur des humeurs et des tissus, je m'étais proposé d'abaisser la température d'une façon continue ou intermittente par un procédé dont l'action fût scientifiquement mesurable, à chaque moment de l'expérience thérapeutique, et cela sans exposer le malade à aucun danger.

En agissant ainsi, je voulais me tenir en garde contre les objections qui avaient été faites à la méthode de Brand.

Depuis trois années, j'ai eu souvent l'occasion de faire usage de l'appareil réfrigérateur, dont j'ai donné la description à l'Académie de médecine en 1880. Mes expériences ont été faites publiquement dans mon service à l'hôpital de la Pitié, et je n'hésite pas à déclarer que l'appareil réfrigérateur m'a paru être le moyen le plus rapide, le plus certain pour obtenir à un degré voulu l'abaissement de la température, et cela, je le répète, sans déterminer d'accidents graves chez les malades. La seule objection sérieuse qui puisse être faite à l'appareil, c'est qu'il réclame une attention intelligente de la part de ceux qui doivent en surveiller le fonctionnement. Son action est scientifiquement mesurable ; on a donc en main un moyen puissant et sûr, à la condition de ne pas dépasser le but que l'on veut atteindre.

Lorsque le malade est soumis à l'action réfrigérante de l'appareil, on constate, vingt à trente minutes après le commencement de l'expérience, que la *régulation thermique pathologique* est vaincue ; la température baisse progressivement et régulièrement de 1° à 1° 1/2 dans l'espace de une heure à une heure et demie. Dès que le malade se plaint du froid, on ferme les robinets ; alors la température peut baisser encore, pendant dix ou vingt minutes, de quelques dixièmes de degré ; le plus souvent, après la fermeture des robinets, elle reste stationnaire pendant dix à vingt minutes. Puis la réascension de la température se produit progressivement dans un laps de temps égal à celui de sa descente ; c'est-à-dire que, si la température a mis une heure et demie pour baisser de 1° 1/2, elle met le même temps pour remonter au degré du début de l'expérience. Aussitôt que la température du malade a de la tendance à franchir le degré initial, les robinets de l'appareil sont de nouveau ouverts, et on constate les mêmes résultats que dans la première période de l'expérience. On peut donc, dans la même journée, toutes les trois heures ou toutes les quatre heures, ouvrir les robinets de l'appareil et les maintenir ouverts pendant une heure et demie. On obtient ainsi, dans la ligne thermique, une série de descentes et de réascensions, dont la résultante est une ligne thermique inférieure de plusieurs dixièmes au degré de la température au début de l'expérience. On peut donc, en agissant comme il vient d'être indiqué, obtenir une température vespérale inférieure à la température matinale, et l'on ne tarde pas à constater, après l'usage régulier de l'appareil pendant plusieurs jours, que la température va en décroissant chaque jour le matin et le soir. On obtient ainsi une descente en escalier de la ligne thermique, laquelle ligne remplace dans le tracé la ligne dite de plateau de la fièvre typhoïde.

Lorsque l'expérience est bien conduite, le malade accuse un bien-être à se trouver dans l'appareil. Sa fraîcheur lui est agréable ; le pouls diminue de fréquence et de force tout en conservant le caractère du dicrotisme. La respiration est moins fréquente. La langue redevient humide, la peau cesse d'être sèche et une amélioration est manifeste dans l'état général du malade.

Pour rendre facilement appréciable l'action de l'appareil sur la courbe thermique de la fièvre typhoïde, M. Dumontpallier montre plusieurs tableaux où est inscrite, d'heure en heure, la température rectale pendant vingt-quatre heures.

Ces tableaux démontrent l'action puissante et régulière de l'appareil réfrigérateur et les modifications qu'il détermine dans la courbe thermique de la maladie.

De plus, dans un tableau annexe, on constate que l'appareil abaisse de *jour en jour la régulation thermique pathologique*.

Ce sont là des faits d'expérimentation qui me paraissent avoir plus de valeur que de longues dissertations. De plus, dans le cours de mes nombreuses expériences, — dont les résultats graphiques sont consignés dans plus de cent cinquante tableaux, — j'ai pris et j'ai fait prendre, par les élèves qui me prêtaient leur concours, la température *rectale jour* et *nuit*, d'heure en heure, sur plusieurs sujets, les uns affectés de maladies diverses, les autres convalescents, les autres enfin dont le séjour à l'hôpital n'était motivé que par la fatigue ou le manque de ressources pour vivre.

L'ensemble de ces recherches, dans des conditions si variées, m'a permis de remarquer que, d'une façon générale, chez l'homme en état de maladie, de convalescence ou de santé, les courbes thermiques des vingt-quatre heures sont sensiblement parallèles, c'est-à-dire que, dans l'état de santé ou de maladie, les courbes thermiques offrent leurs maxima et leurs minima aux mêmes heures. Un septième tableau démontre le parallélisme de ces lignes thermiques, et il résulte de cette étude que, de huit heures

(1) Dupuytren, *Leç. orales de clin. chir.*, t. I, p. 96.
(2) Desprès, *Diag. des Tumeurs*, Paris, 1868, p. 251.

du matin à huit heures du soir, la ligne thermique est régulièrement ascendante dans l'état de santé ou de maladie ; que, de huit heures du soir à minuit, elle est descendante et tombe un peu au-dessous de l'abscisse du matin, tandis que, de minuit à huit heures du matin, elle est légèrement oblique ascendante, pour regagner la ligne de l'abscisse de la température matinale de la veille.

De cette observation découle l'enseignement pratique qu'il suffit d'agir avec l'appareil réfrigérateur, *de huit heures du matin à huit heures du soir*, pour soustraire le malade aux conséquences fâcheuses de l'hyperthermie, puisque l'hyperthermie est *surtout diurne*.

Ces faits d'expérimentation ayant été constatés un grand nombre de fois dans les observations de fièvres typhoïdes, il était indiqué de rechercher si les déchets organiques et terreux rejetés par les urines étaient en rapport avec le degré de température morbide et si leur diminution était proportionnelle à l'abaissement expérimental de la température. J'entrepris donc ces nouvelles recherches avec le concours de l'élève interne en pharmacie de mon service, M. Maurice Robin, et l'analyse des urines des vingt-quatre heures fut faite cinq, huit et douze jours, sur plusieurs malades soumis à l'action de l'appareil réfrigérateur, pendant la période d'état de la fièvre typhoïde.

Ci-joint se trouvent trois tableaux où sont indiqués les jours de la maladie, les moyennes quotidiennes de la température rectale, les quantités d'urée, d'acide phosphorique, d'albumine, contenues dans les urines rendues dans les vingt-quatre heures.

Ces analyses quantitatives et qualitatives montrent une diminution dans les déchets, diminution proportionnelle à l'abaissement de la température morbide.

Voici les trois tableaux qui établissent les résultats que nous avons obtenus :

1re Observation. — *Malade B..., fièvre typhoïde.*

Jours.	Température rectale.	Urée.	Acide phosphorique.	Albumine.	Densité.	Quantité.
10e	39,4	30,60	5,40	0,62	1020	1250
11e	39,2	27,50	4,40	0,50	1019	1800
12e	38,9	22,50	4	0,31	1015	1500
13e	38,7	21	4	0,33	1012	1100
14e	38,1	15	3,40	0,27	1010	2000

2e Observation. — *Malade Fré..., fièvre typhoïde.*

Jours.	Température rectale.	Urée.	Acide phosphorique.	Albumine.	Densité.	Quantité.
12e	40,5	26,37	4,87	0,45	1029	950
13e	39,50	24,09	3,50	1,35	1030	750
14e	38,90	25,37	3,90	0,45	1030	1000
15e	38,60	18,90	2,25	1,38	1021	850
16e	38,50	17,65	1,50	0,90	1019	750
17e	38,10	18	1,80	0,50	1012	2000
18e	38,20	16,65	1,56	0,52		1550
19e	37,60	14,09	1,50	0,60		1300

3e Observation. — *Malade Fra..., fièvre typhoïde.*

Jours.	Température rectale.	Urée.	Acide phosphorique.	Albumine.	Densité.	Quantité.
13e	38,82	24,40	2,16	0,54	1012	1200
14e	38,60	22,40	1,44	0,29	1013	1200
15e	38,87	18,40	1,05	0,57	1014	1150
16e	38,60	24,70	2,05	0,80	1012	800
17e	39,85	29,50	3,44	0,52	1011	1200
18e	38,50	19,85	1,72	0,28	1010	1900
19e	39,20	21,80	2,46	0,60	1011	1350
20e	37,90	12,90	1,35	0,92	1010	2050

De l'examen de ces tableaux, il ressort que les oscillations de la température et des quantités d'urée et d'acide phosphorique ont été parallèles, et que l'urée et l'acide phosphorique diminuaient au fur et à mesure que l'on obtenait un abaissement de la température générale du malade.

Il y avait donc moins de combustions, moins de métamorphoses, moins de déchets, et, avec notre appareil, nous n'avions pas seulement déterminé une soustraction de calorique, mais nous avions abaissé la régulation thermique pathologique.

Ces résultats, établis par le thermomètre et l'analyse chimique, n'ont pas besoin de commentaires. Il suffit d'en affirmer l'exactitude pour que chacun puisse en tirer les conséquences.

Cette étude expérimentale thérapeutique de la réfrigération dans les maladies hyperthermiques et en particulier dans la fièvre typhoïde, m'autorise à conclure :

1° Que la méthode réfrigérante dans la fièvre typhoïde ne peut être jugée que par des recherches expérimentales et scientifiques ;

2° Que cette méthode sagement conduite, non exclusive de tout autre traitement, peut offrir de grands avantages dans la thérapeutique.

Certes elle ne saurait prétendre à la guérison de tous les malades affectés de fièvre typhoïde, mais j'ai la ferme conviction qu'en modifiant l'hyperthermie et ses conséquences, elle peut diminuer la mortalité dans une notable proportion.

Comme complément à ces conclusions, qu'il me soit permis d'ajouter que l'expérimentation sur l'homme et sur les animaux établit que le refroidissement *lent* et *progressif* ne détermine pas de congestions viscérales.

L'expérimentation sur l'homme démontre encore, contrairement à l'opinion générale, que les congestions pulmonaires et rénales sont favorablement modifiées par le refroidissement méthodique.

Il me resterait à donner une interprétation théorique de l'action du froid sur la cause spécifique de la fièvre typhoïde. Je ne suis pas autorisé à dire que le froid a la propriété de détruire la cause spécifique de cette maladie épidémique et contagieuse. Je m'en tiendrai à faire remarquer que le refroidissement du liquide sanguin abaisse de jour en jour la régulation thermique typhoïde, et cela, probablement en modifiant l'état des centres nerveux thermogènes.

De plus, si l'on accepte la théorie microbienne de la fièvre typhoïde et si l'on se rappelle les célèbres expériences qui ont déterminé les conditions de température nécessaires au développement du charbon bactéridien dans certaines espèces animales, serait-il téméraire de supposer que le refroidissement méthodique du corps humain est une condition défavorable à l'évolution de la cause spécifique, vivante, de la fièvre typhoïde ?

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mars 1883. — Présidence de M. Millard.

COMMUNICATIONS

Variole. — M. **DUJARDIN-BEAUMETZ** donne lecture d'une lettre de M. le docteur du Mesnil, qui a observé à l'asile de Vincennes plusieurs cas de variole venant des hôpitaux. Il faut donc redoubler de précautions dans les mesures préventives.

De la méthode réfrigérante. — M. **DUMONTPALLIER** fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

M. **DUJARDIN-BEAUMETZ.** Dans une récente discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde, M. Sée avait dit que les bains froids augmentaient les combustions. J'ai soutenu le contraire et je constate que M. Dumontpallier est arrivé par ses expériences à la même conclusion, à savoir que les bains froids diminuent les combustions. Voilà quatre ans que M. Dumontpallier a commencé ses expériences ; bien qu'accordant une valeur très relative aux statistiques, je serais bien aise qu'il nous fît connaître la sienne. Notre collègue croit et déclare que la méthode réfrigérante ne favorise en aucune façon les congestions rénales ou pulmonaires. Cette assertion est en contradiction directe avec ce que nous a appris l'observation. En effet, dans toutes les maladies congestives, en particulier dans la néphrite, dans la congestion pulmonaire, on a toujours accordé une influence étiologique au refroidissement. Il serait donc à désirer que M. Dumontpallier nous fît connaître en détail les faits et les expériences sur lesquels il

base son opinion absolument opposée aux idées généralement admises sur cette importante question.

M. DUMONTPALLIER. Il y a deux questions dans l'argumentation de M. Beaumetz, celle des statistiques et celle de l'influence du refroidissement sur les congestions viscérales. Bien que, comme lui, n'accordant pas une grande valeur aux statistiques, je répondrai catégoriquement que, dans la première série de mes expériences, j'ai placé indistinctement dans l'appareil tous les malades atteints de fièvre typhoïde. J'ai eu 3 décès sur 70 malades. Je dois dire que j'étais admirablement secondé, dans ces recherches, par mes élèves qui passaient des nuits auprès des malades et relevaient la température toutes les heures.

Dans la seconde série d'expériences, je fis placer dans l'appareil seulement les malades le plus gravement atteints; les succès ont encore été de 50 p. 100.

Pour répondre à M. Beaumetz, relativement aux congestions rénales et pulmonaires, je donnerai connaissance, dans la prochaine séance, des expériences si intéressantes et si concluantes de M. Lafont. Je signalerai seulement aujourd'hui les deux faits cliniques suivants : Un jeune homme de vingt-deux ans, au septième jour d'une fièvre typhoïde dont le diagnostic était resté douteux, est pris d'une congestion pulmonaire très intense; il est placé dans l'appareil; le surlendemain, la congestion pulmonaire a disparu et ce malade a parfaitement guéri. Même résultat, même succès chez un autre malade atteint, dans le cours d'une fièvre typhoïde, d'une congestion rénale avec albuminurie. Je suis donc autorisé à dire que chez les malades refroidis lentement, progressivement, il n'y a pas à craindre de congestions du côté des reins ou des poumons. La méthode réfrigérante telle que je l'applique est bien différente de la méthode dite de Brand ou des bains froids qui agit brusquement par à-coups.

M. BUCQUOY. Je conçois que la réfrigération méthodique du corps puisse modifier heureusement les tendances aux congestions. J'ai recours, dans les cas graves, aux bains frais à 26°. Quand il y avait de la congestion pulmonaire, j'hésitais à prescrire ces bains, mais je n'ai pas tardé à m'apercevoir que la congestion, loin d'être accrue, était au contraire très heureusement modifiée par le bain. Nous voyons donc, en clinique, la réfrigération, attentivement appliquée, donner les effets décongestionnants que M. Dumontpallier a constatés scientifiquement.

M. DUMONTPALLIER rappelle l'opinion de M. Bondet (de Lyon) sur l'heureuse influence des bains froids contre les congestions dans la fièvre typhoïde.

M. GOUGUENHEIM, chez un malade très gravement atteint, présentant une forme ataxo-adynamique de la fièvre typhoïde, déjà cyanosé et offrant une véritable pneumonie typhoïde, a obtenu d'excellents effets hypothermiques, en vingt-quatre heures, avec 1gr,50 de sulfate de quinine.

Typhlite avec pérityphlite chez un homme de quarante-quatre ans; guérison. — M. GALLARD était appelé, le 5 janvier, par M. le docteur Froissy en consultation auprès d'un malade qui, disait M. Froissy, présentait des accidents de péritonite. En effet, la face était grippée, les yeux excavés, la respiration anhélante, la température de la peau élevée, le pouls petit, serré et fréquent, le ventre très tendu et douloureux à la pression; en même temps que du tympanisme, il y avait de l'empâtement avec submatité dans la fosse iliaque droite, où la douleur était plus vive que partout ailleurs. Il y avait eu de la constipation et des vomissements.

M. Gallard diagnostiqua une inflammation du cæcum avec propagation de la phlegmasie aux tissus avoisinants et menace de péritonite généralisée. Transport immédiat à l'Hôtel-Dieu, application de vingt sangsues.

Il s'agissait d'un homme de quarante-quatre ans, d'origine italienne, exerçant la profession de fumiste; sujet vigoureux, doué d'un certain embonpoint et habituellement bien portant. A dix ans, il a contracté, en Afrique, la fièvre intermittente dont il n'a jamais eu de nouvelle atteinte depuis qu'il a quitté ce pays. A dix-huit ans, il eut des accidents analogues à ceux qu'il présente aujourd'hui, accidents qui durèrent environ quinze jours, nécessitèrent une application de sangsues et disparurent complètement. Il eut une variole en 1870.

Dès le commencement de décembre 1882, il eut quelques troubles digestifs, de l'inappétence, de la constipation. Le 1er janvier, sans le moindre excès ni la moindre fatigue, il fut pris, dans la nuit, d'une douleur extrêmement vive dans la fosse iliaque droite, douleur qui a persisté depuis. L'état alla s'aggravant jusqu'au jour où il entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gallard, et où fut appliquée la médication dont nous avons parlé plus haut. Le lendemain, le 7 janvier, la constipation persiste, mais les vomissements ont cessé. La température est normale. Purgatifs salins, cataplasmes, bouillon. Le 8, au matin, température 39°,5, douleur plus vive dans la fosse iliaque, nouvelle application de vingt sangsues; le soir, la température est tombée à 37°,6. Le 9, température 38°,8, pouls 84. Langue saburrale, ventre moins sensible; dans la fosse iliaque, tuméfaction circonscrite qui semble siéger autour du cæcum. 75 centigrammes de calomel, qui provoquent trois selles liquides; cataplasmes. Le 10, température 37°,2. Ventre plus souple, moins douloureux, selles liquides. L'amélioration se maintient les jours suivants; la constipation cesse, l'empâtement disparaît. Le 15, l'appétit revient; alimentation par la viande. La guérison paraît définitive. Le 23, de nouvelles douleurs apparaissent dans la fosse iliaque; constipation. 30 grammes d'huile de ricin. Le 25, inappétence, langue saburrale; quelques douleurs et de la tension du ventre; vésicatoire. Les jours suivants, amélioration. Le 31, le malade paraît de nouveau en voie de guérison. Tous les matins, eaux de Sedlitz, régime sévère. Le malade quitte l'hôpital le 15 février en très bonne santé.

M. Gallard signale particulièrement dans ce fait l'intensité des accidents qui se sont produits d'une façon insidieuse chez un individu exceptionnellement vigoureux, que rien ne semblait y prédisposer, si ce n'est une première atteinte remontant à vingt-six ans, d'une maladie toute semblable, guérie par le même traitement. L'efficacité de ce traitement énergique ne saurait être contestée. C'est seulement après ces deux applications successives de vingt sangsues chacune et l'administration de plusieurs purgatifs, qu'on a pu considérer la guérison comme acquise. Encore a-t-il fallu lutter pendant plusieurs semaines, à l'aide de nombreux purgatifs, d'un vésicatoire et surtout d'un régime très sévère, qui a demandé une grande surveillance.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité théorique et clinique de la dysenterie (1), par M. le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, médecin en chef de la marine.

II

La question de l'*étiologie* de la dysenterie n'est pas de mince importance tant au point de vue de l'hygiène générale qu'à celui de l'hygiène de l'individu. La tâche à remplir était de passer en revue et d'apprécier toute la série des causes auxquelles la maladie peut être attribuée : le docteur Bérenger-Féraud n'y a pas manqué. Avec Léon Colin, l'éminent professeur du Val-de-Grâce, il range les éléments de l'étiologie sous les trois chefs : 1° *Influences météoriques;* 2° *Influences dépendant de l'alimentation;* 3° *Influences de nature infectieuse;* auxquels il ajoute un quatrième, sous le titre : *Réceptivité particulière à l'individu.* C'est en vain que nous chercherions à résumer en quelques lignes les considérations que comportent des recherches de cette nature; tout au plus pouvons-nous dire, en ce qui concerne les influences météoriques, que la dysenterie est généralement plus fréquente et plus grave, à mesure qu'on descend des zones froides vers la zone torride; et, d'autre

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 mars 1883.

part, que les oscillations brusques de l'état thermométrique et de l'état hygrométrique ont une action manifeste sur la genèse de la maladie. Pour ce qui est des influences d'ordre bromatologique (aliments, eau potable, boissons alcooliques), elles ne sauraient être contestées ; elles ont pour résultat, suivant notre collègue, soit une action irritative topique plus ou moins manifeste, soit une action de portée plus lointaine, mais non moins effective dans le même sens, de laquelle dérive une modification dans la qualité de la bile et dans le mode d'agir de ce produit de sécrétion sur la muqueuse de l'intestin. Au cours de la discussion des influences infectieuses, le docteur Bérenger-Féraud est amené à se prononcer sur le point de savoir : 1° si la dysenterie relève de la même cause que le paludisme ; 2° si son apparition peut être attribuée à un miasme de nature particulière ; 3° si la maladie est contagieuse et transmissible de l'homme à l'homme. Sur le premier chef, pas de doute possible, la fièvre paludéenne et le catarrhe dysentérique ne sauraient être confondus, comme il a été dit déjà dans une même formule étiologique. Il n'y a pas lieu davantage à invoquer les effets d'un prétendu miasme dysentérique. Mais il en est tout autrement s'il s'agit de l'absorption de produits de putréfaction; c'est à un empoisonnement septique que l'on a affaire alors, lequel donne lieu à l'altération de la bile, condition génésique du catarrhe intestinal. Enfin, relativement à la contagion, l'auteur opine énergiquement pour la négative.

Le chapitre huitième traite de l'*Anatomie pathologique ;* c'est une des parties les plus considérables de l'ouvrage ; il comprend près de deux cents pages. « J'ai étudié, dit le docteur Bérenger-Féraud, l'anatomie pathologique de la dysenterie sur 745 autopsies, faites soit au Sénégal, soit à la Martinique, soit à l'hôpital Saint-Mandrier par mes camarades de la médecine navale ou par moi. Sur ce chiffre, je n'en compte pas moins de 85 faites par moi-même ou sous mes yeux. » Et il ajoute : « La très grande importance que je prête à la fonction biliaire sur la dysenterie fait que je me suis occupé très en détail des lésions anatomiques du foie. » Comment se constituent la cage thoracique, la plèvre, le poumon, le péricarde, en regard de l'hépatite suppurée? D'autre part, quelles sont les lésions laissées par la maladie sur le tube digestif ? A cette question, l'auteur répond lui-même en quelques lignes, par lesquelles sont résumées, mieux que nous ne saurions faire, les pages consacrées à cet objet.

« ...Il y a une unité remarquable dans les nombreuses altérations que nous venons de passer en revue. C'est d'abord une hyperhémie provenant d'une irritation topique de la bile, ayant acquis certaines propriétés léthales, qui ouvre la scène. Cette hyperhémie inflammatoire produit la suppuration du tissu conjonctif, et voilà l'essence même de l'altération. C'est un peu ce qui se passe dans le cas d'une brûlure de la peau, qu'on me permette la comparaison, éminemment exacte et pouvant être poussée aussi loin que ce que l'on veut.

« L'irritation est-elle minime, c'est une simple diarrhée aiguë qui se produit, et il n'y a eu qu'un trouble passager dans la circulation de la muqueuse ; est-elle plus forte, il y a des lésions plus profondes qui sont de deux ordres : suivant l'intensité et surtout le degré de cette intensité à un moment donné. Si cette intensité est puissante, brusque, soudaine, c'est la dysenterie aiguë ; se prolonge-t-elle, sans cependant être tellement puissante qu'elle tranche sans retard la vie du sujet, c'est la dysenterie chronique qui se montre. Enfin, cette intensité a-t-elle eu pour caractéristique d'être modérée, mais persistante, c'est la diarrhée chronique qui s'est produite et qui évolue. »

Mais le grand coupable, le foie, quel est son état dans la dysenterie ? D'après le docteur Bérenger-Féraud, le foie est toujours atteint plus ou moins ; il se peut que, dans un certain nombre de cas, l'atteinte soit assez limitée pour passer inaperçue ; mais le plus souvent une recherche attentive fait reconnaître la lésion hépatique, origine première de la maladie. Les modifications pathologiques particulières à l'organe sécréteur de la bile sont étudiées avec une rigueur et une précision remarquables. Je me borne à inscrire les têtes de chapitre : *Volume du foie, Consistance, Aspect extérieur, Aspect intérieur,* et je me permets d'appeler spécialement l'attention du lecteur sur les pages où il est traité des particularités relatives à la *suppuration du foie.* Ces phénomènes pathologiques, au point de vue de leur évolution, sont divisés en trois périodes, suivant qu'ils se rapportent : 1° à la période initiale ou de début (hyperhémie) ; 2° à la période d'état ou de genèse du pus ; 3° à la période de terminaison ou de collection du pus en abcès (nombre, volume, siège, forme, variétés, phases de la constitution des abcès du foie) ; enfin, l'action de voisinage exercée par l'abcès du foie sur les organes abdominaux (veine cave, rate, organes urinaires), donne lieu, de la part de l'auteur, à des considérations qui ne sont nullement dépourvues d'intérêt.

En regard du rôle que, dans la genèse de la dysenterie, joue la bile, une question se pose naturellement : en quoi et comment la bile est-elle modifiée pour arriver à déterminer sur la muqueuse intestinale les altérations de texture particulières à la dysenterie ? Quelles transformations, quelles altérations un produit normal de sécrétion a-t-il pu subir, pour devenir aussi particulièrement et profondément agressif? La physiologie pathologique n'a pu encore faire le jour sur ce point essentiel, notre savant confrère le confesse avec regret. « On comprend, dit-il, que lorsque, comme moi, on est disposé à faire jouer à la bile un rôle prépondérant dans la genèse de la maladie, tout ce qui touche à l'appareil biliaire doit présenter un intérêt très grand. Malheureusement, nous ne savons encore rien de précis là-dessus, et, pour ma part, je ne puis faire avancer la question d'une ligne, à mon grand regret...... Je ne puis donc que signaler cette grande lacune et faire des vœux pour qu'un de mes successeurs s'occupe spécialement de cette question. Ce serait un travail intéressant », etc. (P. 578.)

Le chapitre neuvième a pour objet le *Traitement* de la dysenterie. Dans une œuvre didactique, comme celle que nous parcourons, l'auteur ne peut faire autrement que donner l'indication des divers moyens thérapeutiques mis en action contre la maladie. Ce devoir rempli, il se réserve de ne nous dire que ce que l'observation et l'expérience lui ont appris sur la valeur de ces médications. Or, en telle occurrence, la parole de celui qui a beaucoup vu et bien vu a une autorité grande. Le docteur Bérenger-Féraud est du nombre de ces observateurs patients et laborieux ; comment conçoit-il que la dysenterie doive être traitée ?

D'abord une distinction à faire suivant que la maladie a pris origine dans la zone tempérée ou dans les pays chauds. Dans le premier cas, la guérison, une guérison positive et durable, est la règle. Mais sous les tropiques il n'en est plus de même ; le malade, après une première atteinte heureusement modifiée par la médication et le régime, devra retourner dans les pays tempérés, sans quoi « trop souvent des complications hépatiques ou une susceptibilité exagérée du tube digestif remettent à chaque instant tout en question ; les rechutes, les récidives sont incessamment imminentes, jusqu'à ce qu'un accident morbide, une aggravation, un abcès du foie ou telle autre atteinte dépendant de la maladie primitive, vienne terminer la vie de l'imprudent qui s'est obstiné à rester dans les conditions où la maladie a prise sur lui. »

Cela dit, je réponds à la question posée plus haut, et pour cela c'est encore à l'auteur que je laisse la parole : « Je les ai essayés (les divers médicaments proposés) pour la plupart sur une assez vaste échelle et avec assez de soin, pour me faire une opinion justifiée sur leur compte. Or je suis arrivé à ne prêter qu'une très médiocre confiance à l'immense majorité des formules qui remplissent les livres. Si on met hors de cause quelques purgatifs, les sels neutres, l'huile de ricin, par exemple, — l'ipéca, l'opium, et à peine quatre ou cinq autres médicaments ; si on met aussi hors de cause le lait qui, au double titre d'aliment et de médicament, rend d'immenses services déjà dans le traitement des flux de ventre et est appelé à en rendre de plus grands encore, l'interminable liste des moyens proposés contre les flux de ventre pourrait, à mon avis, être supprimée d'un coup, sans que les malades eussent beaucoup à en souffrir. » (P. 584.)

L'ordre suivi par le docteur Bérenger-Féraud dans l'énumération des divers agents thérapeutiques employés contre la dysenterie

est le suivant : 1° Émissions sanguines ; 2° émollients et calmants externes ; 3° révulsifs cutanés ; 4° hydrothérapie ; 5° vomitifs ; 6° purgatifs ; 7° narcotiques ; 8° acides végétaux ; 9° stimulants et toniques ; 10° balsamiques ; 11° astringents ; 12° ferrugineux ; 13° obturants ; 14° divers ; 15° tisanes ; 16° lavements. Sur chacune de ces catégories de médicaments, le lecteur trouvera des renseignements précieux dans le livre que nous analysons. Un point essentiel est celui du régime auquel les dysentériques devront être soumis. Il faut mettre l'intestin *au repos* et cependant nourrir le malade : voilà la difficulté. C'est au moyen de la diète lactée que ce résultat peut être obtenu. On lira avec profit les pages relatives (p. 711 et suiv.) à l'usage du lait, à la dose qui doit être prise, aux moyens pour les faire tolérer.

Je voudrais dire ici comment le docteur Bérenger-Féraud comprend le traitement de chacune des formes et de chacun des degrés du catarrhe de l'intestin ; résumer les très sages conseils qu'il donne au sujet de la médication propre à la rectite, à la diarrhée chronique, aux complications hépatiques de la dysenterie (ponction de l'abcès, antiseptiques) ; exposer enfin de quels soins minutieux, à l'exemple de Delioux, il demande que les convalescents de dysenterie soient entourés, — mais ce serait donner à ce compte rendu des proportions hors d'usage.

Le médecin, soucieux de se faire une opinion raisonnée sur les points essentiels de la thérapeutique de la dysenterie, devra lire les pages où chacun des éléments de cette thérapeutique est discuté et ramené à sa juste valeur.

Et maintenant, après avoir lu ce livre, et m'élevant au-dessus de tout esprit de camaraderie, je dirai : Le *Traité de la dysenterie* de notre collègue Bérenger-Féraud est une œuvre considérable, écrite d'une plume alerte et facile par un observateur judicieux, qui, les mains pleines de faits, a consigné dans ce livre les enseignements de sa pratique personnelle et de celle de ses devanciers.

Dr H. Rey,
Médecin principal de la marine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 mars 1883, M. le médecin-inspecteur Perrin, membre du comité consultatif de santé, a été nommé directeur de l'École de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Didiot, appelé à la direction du service de santé au ministère de la guerre.

— Par décret, en date du 10 mars 1883, M. Vedrènes (J.-A.), médecin principal de première classe, directeur du service de santé du corps d'occupation de Tunisie, a été promu au grade de médecin inspecteur dans le corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Baizeau, admis dans la section de réserve.

— Par décrets en date des 7 et 8 mars 1883 ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire, et ont reçu les affectations ci-après, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe : (Ancienneté.) M. Bailby (G.-P.-J.), médecin-major de deuxième classe au 3e régiment de dragons, en remplacement de M. Tardy, mis en non-activité à titre d'infirmités temporaires. — Est nommé au 14e régiment d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : Deuxième tour (ancienneté). M. Gély-Guinard (C.-J.-E.), médecin aide-major de première classe à l'hôpital militaire Saint-Martin, en remplacement de M. Festy, mis en non-activité à titre d'infirmités temporaires. — Est affecté provisoirement au 55e régiment d'infanterie.

(Choix.) M. Leroy (C.-J.-A.), médecin aide-major de première classe au 3e régiment de hussards, en remplacement de M. Bailby, promu. — Est affecté au 6e régiment de cuirassiers.

Au grade de pharmacien principal de première classe : (Choix. M. Fleury (G.-C.), pharmacien principal de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Ollivier, retraité. — Est maintenu auxdits hôpitaux.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe : (Choix.) M. Mullet (J.-B.), pharmacien-major de première classe à l'hôpital militaire des Colinettes, à Lyon, en remplacement de M. Fleury, promu. — Est affecté provisoirement à l'hôpital militaire de Bourges.

Au grade de pharmacien-major de première classe : (Choix.) M. Masson (N.-V.), pharmacien-major de deuxième classe à l'hôpital de la Charité, à Lyon, en remplacement de M. Mullet, promu. — Est maintenu provisoirement à l'hôpital militaire de la Charité.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : (Choix.) M. Maljean (J.-L.), pharmacien aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, en remplacement de M. Masson, promu. — Est maintenu auxdits hôpitaux.

— Par décision ministérielle, en date des 7 et 8 mars 1883, M. Weiss (J.-O.), médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, a été désigné pour le 54e régiment d'infanterie (bataillon détaché à Saint-Mihiel).

M. Potheau (A.-A.), médecin-major de deuxième classe, maintenu provisoirement en Tunisie, a été désigné pour le 3e régiment de dragons.

M. Pozzo di Borgo (C.-D.), médecin-major de deuxième classe, maintenu provisoirement au bataillon du 55e régiment d'infanterie rentré de Tunisie, a été maintenu définitivement audit régiment.

M. Christy (A.-V.), médecin aide-major de première classe au 54e régiment d'infanterie, a été désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris.

M. Robert (J.-F.), médecin aide-major de première classe au 52e régiment d'infanterie, a été désigné pour le 3e régiment de hussards.

M. Warnier (P.-F.-C.), pharmacien principal de deuxième classe, affecté provisoirement à l'hôpital militaire de Bourges, a été désigné pour l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon.

M. Ceisson (A.-P.), pharmacien-major de première classe à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon, a été désigné pour l'hôpital militaire des Colinettes, dans la même ville.

— Par décret en date du 7 mars 1883, M. Clédat de la Vigerie (M.-G.), médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. — Emploi vacant par organisation.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours du second semestre s'ouvriront, le vendredi 16 mars 1883, à la Sorbonne et auront lieu dans l'ordre suivant :

Physique. — Les mardis et samedis, à deux heures. — M. Jamin ouvrira ce cours le samedi 17 mars, il fera la seconde partie du cours de physique et traitera de l'acoustique et de l'optique.

Chimie. — Les lundis et jeudis à une heure. — M. Debray continuera ce cours le lundi 19 mars. Il traitera des métaux et de leurs principales combinaisons.

Chimie organique. — Les mercredis et vendredis, à une heure trois quarts. — M. Wurtz ouvrira ce cours le vendredi 16 mars. Après avoir exposé quelques notions générales sur les fonctions chimiques, il traitera plus spécialement des alcools, des acides, des aldéhydes, des acétones, des alcaloïdes. Il terminera par l'étude des combinaisons aromatiques. Il fera, en outre, une série de conférences complémentaires qui seront annoncées ultérieurement.

Zoologie, anatomie, physiologie comparée. — Les mardis et samedis, à trois heures et demie. — M. Milne-Edwards ouvrira ce cours le samedi 17 mars. Dans la première partie du cours il traitera de la physiologie des diverses fonctions de nutrition considérées dans l'ensemble du règne animal. La seconde partie du cours sera consacrée à l'étude anatomique des organes à l'aide desquels le tra-

vail nutritif s'effectue dans chacun des principaux groupes zoologiques.

Botanique. — Les mercredis et vendredis, à midi un quart. — M. Duchartre ouvrira ce cours le vendredi 16 mars. Il traitera des organes des plantes et des fonctions qu'ils remplissent. — Les lundis et samedis, à midi, auront lieu au laboratoire les exercices pratiques.

Géologie. — Les mercredis et vendredis, à trois heures. — M. Hébert ouvrira ce cours le vendredi 16 mars. Il exposera les traits généraux des périodes géologiques et développera particulièrement l'histoire des formations tertiaires et quaternaires.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14246.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU. I. Chondrome parotidien. — II. Ulcères hémorroïdaires. — III. Fissure à l'anus, contracture des fibres circulaires du rectum, dilatation et incision. — HYDROLOGIE. Étude sur l'eau ferrugineuse bicarbonatée d'Orezza (Corse). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Bouley a terminé hier le discours qu'il avait commencé dans la précédente séance. Ainsi qu'on en pourra juger par le résumé analytique que nous donnons, dans le compte rendu, de l'ensemble de ce discours, c'est un très brillant exposé de l'avenir que les théories microbiennes de M. Pasteur promettent à la médecine, si les médecins consentent à les y adapter. La fermeté des convictions de M. Bouley à cet égard, le talent et la chaleur qu'il met à leur service, et, il faut bien le dire aussi, les quelques exemples heureux habilement groupés dans son argumentation, tout cela paraît très séduisant tout d'abord. Mais quand à cette première impression succède une froide réflexion, on se demande si M. Bouley, dans son admiration enthousiaste pour les beaux travaux de M. Pasteur, et dans son ardent désir de voir se réaliser toutes les promesses qu'ils renferment en germe, séduit lui-même par ce mirage, ne se laisse pas entraîner au delà des limites d'une légitime induction, et s'il reste dans celles de l'équité lorsqu'il se croit autorisé à gourmander qui ne partage pas sa ferveur pour la nouvelle doctrine.

Nous avons, dans le temps et à plusieurs reprises, applaudi sans réserve aux magnifiques exposés que M. Pasteur faisait à l'Académie de ses découvertes et des conséquences pratiques immédiates qu'il en déduisait. Nous avons crié : Holà ! lorsque de quelques-uns des faits qu'il avait vivement éclairés par ses merveilleux procédés d'expérimentation, il s'est cru autorisé à déduire une doctrine étiologique nouvelle dont la généralisation devait refondre de fond en comble la médecine. Ces exagérations qu'il fallut alors réprimer et qui pouvaient paraître excusables chez un savant, resté jusque-là étranger aux études médicales, le seraient moins chez un professeur chargé de l'enseignement de la médecine comparée et qui, à ce titre, devrait se montrer moins surpris des doutes qu'il soulève et des résistances qu'il rencontre dans l'esprit de cliniciens habitués à se défier, non sans raison, des généralisations hâtives et des importations prématurées, dans le domaine de la pratique médicale, de théories sorties toutes faites des laboratoires.

La suite de cette discussion nous apprendra sans doute, en ce qui concerne du moins la fièvre typhoïde, jusqu'à quel point seront acceptables les progrès qu'on nous propose et où la résistance commencera à être légitime.

La séance a commencé par une élection dans la section de thérapeutique, qui a donné la majorité à M. Féréol, à qui nous souhaitons la bienvenue, et s'est terminée par un comité secret.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Chondrome parotidien. — II. Ulcères hémorroïdaires. III. Fissure à l'anus, contracture des fibres circulaires du rectum, dilatation et incision.

Nous avons aujourd'hui plusieurs opérations à faire, parmi lesquelles il en est trois sur lesquelles je veux attirer, pendant quelques instants, tout particulièrement votre attention.

I. Tout d'abord je vous parlerai d'une femme de soixante et un ans, chétive, maigre, qui en paraît au moins soixante-dix, femme qui occupait autrefois, — avant la guerre de 1870, — une assez haute position, mais qui depuis a éprouvé de très grands malheurs, et, tombant dans une misère profonde, est entrée dans nos salles pour une tumeur de la région parotidienne.

C'est en 1870 qu'elle s'est aperçue pour la première fois de l'existence d'une petite tumeur, roulant sous le doigt, dans le sillon de la mâchoire inférieure gauche, très mobile et indolente. Jusqu'en 1878, elle ne semble avoir fait aucun progrès, et c'est seulement à cette époque qu'elle a commencé à grossir un peu. Il y a un an, elle présentait le volume d'un œuf ; aujourd'hui elle est grosse comme un citron ordinaire. C'est surtout depuis trois mois qu'elle a pris un accroissement rapide et que la peau qui la recouvre est devenue rouge pour finalement s'ulcérer.

Aujourd'hui cette tumeur présente les caractères suivants : elle est oblongue et s'étend, dans le sillon auriculo-parotidien, du lobule de l'oreille à 3 centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire ; elle est beaucoup moins large que longue, elle est saillante, lobulée, à base solide s'enfonçant profondément dans les tissus, à sommet ramolli et ulcéré donnant issue à un sang noir, non vivant, à peu près défibriné, comme du sang qui s'est amassé dans un foyer et a séjourné dans une cavité ; cet écoulement est rela-

tivement très minime, démontrant ainsi tout d'abord qu'il ne s'agit pas, dans l'espèce, d'une tumeur bien vasculaire.

La dureté de sa base est bien celle que l'on retrouve dans les chondromes parotidiens, et de fait c'est bien de pareille tumeur qu'il s'agit ici. Celle-ci, du reste, est à peine douloureuse, elle n'a jamais donné lieu à des élancements, elle n'a pas déterminé de paralysie du nerf facial. D'autre part la malade se plaint de la gorge depuis une quinzaine de jours, la déglutition serait moins facile que d'habitude. Je n'ai cependant rien trouvé dans la paroi pharyngienne correspondante. Du reste, il semble que cette prétendue douleur de gorge ait bien plutôt son siège en arrière et en haut de la mâchoire, ce qui s'expliquerait par la présence de la tumeur dans le voisinage du condyle.

De plus, depuis une quinzaine de jours, on trouve au niveau du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien deux petits ganglions superficiels, manifestement engorgés.

Cette petite adénopathie doit-elle être rattachée à la tumeur proprement dite ?

Nous y reviendrons tout à l'heure. En tous cas, je me propose, pour plus de sécurité, de les enlever et de les examiner histologiquement.

Voilà donc pour l'état actuel de notre malade. Quant au diagnostic, examinons d'abord le siège précis de la tumeur. En l'étudiant avec soin, on reconnaît qu'elle est née sous l'aponévrose parotidienne, entre celle-ci et la glande parotide elle-même, dans laquelle elle s'est creusé peu à peu une loge. Elle ne s'est pas, en effet, développée dans le tissu parotidien, car lorsqu'on exerce sur elle une certaine pression, on ne voit rien sourdre par l'orifice buccal du conduit de Sténon ; et de plus, le tissu parotidien est parfaitement intact. S'agirait-il, au contraire, de quelque ganglion lymphatique parotidien malade, simplement hypertrophié ou dégénéré, sarcomateux ou tuberculeux ? Non, à peine pourrait-on songer au sarcome, mais la lenteur du développement de la tumeur chez cette femme — douze années environ — est en contradiction avec la marche ordinairement rapide de cette affection. Au contraire, je vois ici une tumeur indolente, à évolution lente, dont le début remonte au moins à une douzaine d'années, ressemblant surtout à du tissu cartilagineux, à un chondrome, mais un chondrome déjà très avancé, car si sa base présente encore une certaine dureté, son sommet au contraire est ramolli et ulcéré, ainsi que nous l'avons déjà dit, et saignant. Quant à l'engorgement ganglionnaire qui n'a pas de raison d'être dans le chondrome, et qui, au premier abord, pourrait plutôt faire songer au sarcome, il s'explique assez bien cependant par l'ulcération de la tumeur.

En résumé, nous avons donc affaire à un chondrome parotidien né à la surface de la parotide, entre son aponévrose et le tissu même de cette glande, chondrome dont la partie la plus superficielle est arrivée à cette période de son évolution, où le tissu qui la constitue se ramollit, s'ulcère et donne lieu à un écoulement de sang noir. Voilà pou le diagnostic.

Quant au pronostic, il ne serait pas grave si nous ne tenions compte que de la tumeur elle-même, qui prend rarement un caractère malin et rarement aussi se généralise. Mais nous devons nous rappeler l'âge de la malade et la misère physiologique dans laquelle elle est tombée, conditions qui donnent toujours une certaine gravité à une opération même légère.

Dans le cas présent, l'emploi des caustiques vaudrait peut-être mieux que celui du bistouri ou du thermo-cautère ; mais ces caustiques ont un triple et grave inconvénient : d'abord celui d'être une application très douloureuse, ensuite de laisser des traces trop étendues, enfin et surtout de pouvoir dépasser les limites voulues, atteindre le nerf facial et déterminer une paralysie faciale. C'est pour ces divers motifs que je renonce à ce moyen et lui préfère l'ablation. Mais ici le thermo-cautère ne saurait non plus convenir, et pour plusieurs raisons : d'abord il laisse aussi une cicatrice plus grande ; ensuite brûlant, carbonisant les tissus devant lui, il empêche de bien voir ce que l'on fait, ce qui est surtout dangereux dans une région où l'on risque à tous moments de léser le nerf facial. C'est pourquoi, pour l'ablation de la tumeur qui nous occupe, je donnerai la préférence au bistouri, le plus intelligent des diviseurs : j'espère ainsi n'avoir qu'une cicatrice linéaire. Comme pansement, j'aurai recours, bien entendu, aux antiseptiques, à l'eau phéniquée au quarantième.

II. Cette opération terminée, nous aurons affaire à une jeune fille, assez récemment accouchée, qui se plaint de tumeurs hémorroïdales, volumineuses et surtout très douloureuses. Tout d'abord je n'y avais pas prêté grande attention, je l'avoue, car le fait n'est point rare à la suite de couches ; mais devant des plaintes réitérées, devant des selles difficiles et suivies de douleurs qui se prolongeaient quelquefois pendant une demi-journée, j'ai examiné la région malade et j'ai trouvé en effet des tumeurs hémorroïdales internes et externes qui présentaient plusieurs ulcérations saignantes, et dont l'irritation était entretenue par le passage des matières fécales. En un mot, il y avait, non pas, selon la vieille expression, des fissures hémorroïdaires, mais bien des ulcères hémorroïdaires compliqués de contracture du sphincter. En pareil cas, quelques chirurgiens se bornent à la dilatation du sphincter ; mais cela ne guérit pas les hémorroïdes, et tôt ou tard la contraction reparaît ; aussi je crois préférable de détruire celles-ci par la pince-cautère écrasante.

III. Chez notre troisième malade, il s'agit aussi de contracture du sphincter. C'est un jeune étudiant de langues orientales que j'ai déjà traité au mois de février de l'année dernière pour une fissure à l'anus avec contracture du sphincter, mais contracture qui présentait ceci de particulier : qu'elle remontait plus haut qu'on ne l'observe ordinairement. Je pratiquai alors la dilatation, le malade guérit rapidement, et au bout de huit jours il quittait l'Hôtel-Dieu, mais six mois plus tard les douleurs reparaissaient, moindres peut-être que la première fois, cependant tellement pénibles encore que l'individu est rentré ici ces jours derniers.

En effet, l'examen auquel j'ai procédé m'a montré une contracture des fibres circulaires du rectum sur une hauteur d'au moins 3 à 4 centimètres. Que faut-il faire ? Renouveler la dilatation ? Non, elle serait certainement suivie, à échéance plus ou moins longue, d'une seconde récidive. Aussi vais-je avoir recours à la vieille opération de Boyer. Je vais inciser latéralement, soit à droite, soit à gauche, de façon à diviser la totalité des fibres là où elles sont le plus ramassées.

HYDROLOGIE

Étude sur l'eau ferrugineuse bicarbonatée d'Orezza (Corse) (1).

Par M. le docteur Durand-Fardel.

La médication ferrugineuse tient une place considérable dans la thérapeutique, et les eaux ferrugineuses une place non moins grande dans la médication thermale. Les indications de l'une et les applications des autres sont donc des plus étendues, et offrent un sujet d'étude d'un haut intérêt, auquel peuvent se prêter comme type les eaux d'Orezza.

Presque toutes les eaux minérales contiennent du fer, un certain nombre seulement dans une proportion suffisante pour qu'il y ait lieu d'en tenir compte. Parmi celles-ci, la qualité ferrugineuse se trouve souvent dominée par d'autres principes plus essentiels, et qui président plus directement à leur spécialisation. Il en est ainsi des sources ferrugineuses de Royat, de Vichy, de Vals, de la Malou, etc.

D'un autre côté, une eau minérale qui ne nous offrirait que du fer ne serait qu'un médicament ferrugineux comme un autre, meilleur sans doute, mais dépourvu des qualités inimitables que les eaux minérales doivent à leur constitution complexe. Tel paraît être le fait de cette multitude de filets ferrugineux qui laissent le long des chemins des traces ocracées.

Je pense donc que l'on ne doit admettre, dans la classe des eaux ferrugineuses, que les eaux minérales où, tandis que le fer y existe lui-même en proportion thérapeutique, les autres principes s'y rencontrent en trop faible proportion pour imprimer à ces eaux des caractères spéciaux.

Cependant ce n'est pas seulement par la proportion du fer qu'elle contient qu'il convient d'apprécier la valeur d'une eau ferrugineuse, c'est encore, et surtout, sur les conditions dans lesquelles il y existe.

La condition essentielle est la présence du gaz acide carbonique. Il faut que ce gaz existe en proportion suffisante pour maintenir le fer à l'état de bicarbonate soluble, et en proportion excédante pour que l'eau minérale soit facile à introduire et à tolérer. Il est à remarquer du reste que, en dehors des sulfurées sodiques, l'usage interne des eaux minérales et leur tolérance par l'estomac sont en rapport direct avec la proportion du gaz carbonique libre, ou émanant des bicarbonates qu'elles renferment.

Sous ce double rapport, les eaux d'Orezza ne laissent rien à désirer, puisqu'elles contiennent 0gr,148 de carbonate de protoxyde de fer, proportion considérable pour un principe que les eaux minérales ne peuvent jamais contenir qu'en faible quantité, et 1lit,248 de gaz carbonique, libre ou provenant des bicarbonates. (Analyse de Poggiale, 1858.)

Les eaux d'Orezza ne contiennent pas seulement les agents essentiels de leur caractéristique thérapeutique, le fer et le gaz carbonique. Leur composition est plus complexe.

On y trouve d'abord le manganèse, dont Pétrequin a signalé l'importance de l'adjonction au fer (*Bulletin de Thérapeutique*, 1852). Les carbonates de chaux et de magnésie, par leur propre instabilité, assurent la présence d'un excès de gaz carbonique et laissent des bases qu'il ne faut pas négliger. Des chlorures, sodique et potassique, la lithine, l'arsenic, le cobalt, viennent compléter l'ensemble de cette minéralisation.

Quelle peut être la signification précise de chacun de ces principes et la part qu'ils prennent à l'action des eaux d'Orezza? Il paraît difficile de le déterminer. Mais il convient de reproduire à ce sujet les considérations suivantes :

Les eaux minérales qui se trouvent le plus nettement sous la dépendance d'un principe actif prédominant, les sulfurées, les chlorurées et les bicarbonatées sodiques, présentent des appropriations qui, pour leur énergie comme pour leur extension, dépassent de beaucoup les applications déterminées de ces mêmes principes.

C'est là ce qui constitue la grande spécialité de la médication thermale. Quelque part que l'on puisse supposer aux conditions inconnues, chimiques ou dynamiques, qui peuvent appartenir à ces produits du sol, il faut admettre que c'est à l'adjonction complexe de principes multiples susceptibles d'être reconnus par l'analyse, que ces eaux minérales doivent d'être ce qu'elles sont, et de dépasser dans leurs applications le cercle où devrait les enfermer la considération exclusive de leurs principes prédominants. Nous devons donc admettre, pour les eaux d'Orezza, un champ d'activité qui dépasse la considération exclusive de leur principe ferrugineux.

Quelle peut donc être la portée thérapeutique d'une eau minérale, ainsi constituée, assez riche en fer pour pouvoir en perdre une certaine proportion sans que sa caractéristique en soit altérée, assez riche en gaz carbonique pour garder indéfiniment ses qualités digestives, d'une minéralisation assez complexe pour ajouter d'autres activités à celles qu'elle doit à son principe prédominant?

Lorsqu'un état chronique s'est emparé d'un sujet, il arrive toujours un moment où il est sollicité vers la guérison, je ne parle bien entendu que des états curables. Il y est sollicité d'abord par la tendance spontanée à revenir à des conditions normales, inhérentes à l'organisme ; ensuite par l'éloignement des circonstances nuisibles, et par l'administration des remèdes indiqués, ainsi que par l'appel des circonstances favorables.

Mais la difficulté est que la chronicité s'accompagne, en général, d'un certain degré d'abaissement de l'organisme, ou de quelqu'une de ses parties, lequel peut être la conséquence de l'état morbide, mais est devenu aussi une cause de sa persistance. C'est ainsi qu'il arrive si souvent qu'on a beau cicatriser par la cautérisation des granulations ou des ulcérations du col utérin, celles-ci reparaissent aussitôt, au même point ou à côté. On a beau enrayer l'intermittence par la quinine, l'intermittence ne tarde pas à reparaître. Il y a une double réaction de l'état morbide sur le système et du système sur l'état morbide qui frappe de stérilité les médications les mieux appropriées.

Il faut, pour sortir de là, *reconstituer* l'organisme : telle est l'expression consacrée. Un des plus puissants reconstituants de l'organisme est le fer, et par conséquent les eaux ferrugineuses, qui sont un mode supérieur d'administration de ce médicament. C'est à ce titre qu'elles agissent, bien plutôt que comme agent direct de guérison de tel ou tel état morbide.

Ces considérations s'appliquent parfaitement aux eaux d'Orezza. Il en résulte que celles-ci ont à intervenir utilement dans toutes les circonstances où le fer est indiqué, et ne se trouve pas contre-indiqué par des conditions d'irritabilité absolue ou relative de l'organisme ou de quelque système en particulier.

Il n'est point nécessaire d'énumérer les circonstances dans lesquelles se rencontrent de telles indications. Elles sont bien connues, et peuvent se résumer dans une série de groupes comprenant : les dyspepsies simples ou atoniques, les grandes névroses, l'impaludisme, les maladies de matrice, enfin les anémies accidentelles ou constitutionnelles et les convalescences.

En effet, ce n'est pas directement aux nombreux états morbides que comprennent ces diverses catégories que s'adresse la médication ferrugineuse, que l'on doive considérer celle-ci comme fournissant un élément devenu insuffisant dans l'économie, ou comme exerçant une action spéciale sur l'activité digestive, dans les premières voies, ou sur l'activité nutritive dans la profondeur des tissus. Ce que l'on doit attendre de la médication ferrugineuse, c'est de satisfaire aux conditions que j'ai signalées plus haut, soit en ramenant l'économie au point où les désordres dont elle est le siège peuvent se réparer spontanément, soit en permettant à des actions thérapeutiques, impuissantes jusqu'alors, de recouvrer une efficacité nécessaire.

Les eaux d'Orezza doivent à leur constitution particulière de conserver leurs propriétés loin de leur source, et de fournir en

(1) A 603 mètres d'élévation, à 30 kilomètres de Bastia et à une faible distance de la mer.

même temps à la thérapeutique un agent médicamenteux effectif, et à l'hygiène une boisson digestive et reconstituante.

Peut-être la facilité de leur conservation fait-elle trop négliger leur usage sur place. Là, sans aucun doute, comme pour toute eau minérale, leur efficacité est bien autre encore. Assise à peu de distance de la mer qui lui envoie ses effluves, abritée par de hautes montagnes, et sillonnée par des vallées pittoresques, couronnées par des bois de châtaigniers où son altitude fait courir un air pur et vivifiant, la station d'Orezza offre des conditions hygiéniques parfaitement en rapport avec les qualités médicamenteuses qui lui appartiennent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique informe l'Académie que, conformément à sa proposition, il vient de déléguer M. H. Bouley pour le représenter au Congrès international de médecine vétérinaire qui s'ouvrira, à Bruxelles, au mois de septembre prochain.

La correspondance non officielle comprend : 1° une note de M. Philbert sur les modifications qu'un récent tremblement de terre a pu apporter dans la composition et la thermalité des eaux de Brides; il a été constaté que l'augmentation porte sur le chlorure de sodium; 2° une note de M. le docteur Burq sur les propriétés antiseptiques du cuivre (voir sur cette question *Gaz. des hôp.*, 1880, p. 491, et 1881, p. 1092); 3° une note de M. le docteur Spiridion Kanellis (d'Athènes), intitulée : *Nouvelle Théorie hémodynamique sur la production du premier bruit du cœur;* 4° une étude statistique et étiologique de la fièvre typhoïde au 17e régiment de dragons, par M. le docteur Cabanié, médecin-major.

LECTURE

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

La liste de présentation porte : en première ligne, M. Féréol; en deuxième ligne *ex æquo*, MM. Hayem et Vidal; en troisième ligne *ex æquo*, MM. Desnos et Dumontpallier; en quatrième ligne, M. Ferrant.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 77, majorité 39, M. Féréol obtient 34 suffrages, M. Hayem 21, M. Vidal 14, M. Dumontpallier 5, M. Desnos 1; 2 bulletins nuls. Il est procédé à un second tour : votants 76, majorité 39; M. Féréol obtient 51 suffrages, M. Hayem 20, M. Vidal 5.

En conséquence M. Féréol est proclamé élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. BOULEY a pris la parole pour réfuter quelques-unes des opinions émises, à l'occasion de la discussion sur la fièvre typhoïde, sur le rôle des microbes dans la pathologie. M. Peter lui paraît avoir méconnu les grands progrès accomplis en médecine depuis la découverte, par M. Pasteur, du règne de la microbie.

Voici quels sont les grands progrès qui se sont accomplis dans l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et la prophylaxie des maladies contagieuses, depuis qu'on a pu les concevoir comme le produit d'un ensemencement par un germe vivant.

Que savait-on, il y a quelques années, des conditions de la virulence? Aujourd'hui le mystère de la contagion est dévoilé, grâce aux travaux de MM. Pasteur, Davaine et Chauveau. Il est acquis aujourd'hui que la contagion est fonction de l'activité d'une particule vivante, susceptible de pulluler à l'infini dans l'organisme qui en a été ensemencé.

Cette particule, c'est le virus. La maladie contagieuse est l'expression de cette pullulation. La transmission de cette particule d'un animal malade à un animal sain réalise la contagion.

Parmi les maladies contagieuses, il y en a déjà quelques-unes dont le germe ou élément vivant a pu être déterminé spécifiquement par la méthode de culture. Telles sont les deux espèces de charbon, la septicémie, le choléra des poules, le rouget du porc. On y peut ajouter aujourd'hui la morve du cheval et la tuberculose. Dans les autres maladies contagieuses, l'élément vivant, qui n'a pas encore pu être déterminé, ne se montre que sous forme de granulations anatomiques non encore susceptibles d'être distinguées des autres granulations anatomiques, mais dont la virulence ressort des expériences de M. Chauveau.

M. Bouley s'est attaché à montrer quelles sont les conséquences de cette notion qui éclaire l'anatomie pathologique et dissipe les obscurités de l'évolution des lésions. Il explique ainsi, en particulier, l'évolution du tubercule de la tuberculose comme de celui de la morve, ainsi que l'évolution du chancre de la morve.

La notion du germe a ouvert à l'anatomie pathologique une voie de recherche tout à fait inattendue. Elle l'a conduit à reconnaître, par l'ensemencement, l'existence certaine de lésions invisibles.

La physiologie avait conduit à fixer le siège de la rage dans le système nerveux central, mais l'anatomie pathologique était impuissante à confirmer cette indication. M. Pasteur, ensemençant directement le cerveau avec de la matière cérébrale prise sur un animal enragé, a acquis par cette expérience la preuve que, dans la rage, c'est le cerveau et la moelle qui servent d'excipient au virus rabique.

Qui sait si, dans la fièvre typhoïde, les troubles nerveux ne procèdent pas, eux aussi, de la présence dans le cerveau des éléments de la virulence qui y pulluleraient comme dans la rage ?

Se plaçant ensuite au point de vue de la symptomatologie, M. Bouley se demande si les rougeurs de la peau qui caractérisent certaines maladies de l'homme, la rougeole, la scarlatine, ne trouveraient pas leur signification dans la découverte récente d'un microbe particulier dont la pullulation dans le tissu tégumentaire du porc donne lieu au mal rouge ou « rouget », propre à cet animal?

C'est surtout au point de vue de la prophylaxie des maladies virulentes, ajoute M. Bouley, que la doctrine microbienne a donné les résultats les plus merveilleux : s'emparer des virus les plus mortels, les soumettre à une culture méthodique, faire agir sur eux des agents modificateurs dans une mesure calculée et réussir ainsi à les atténuer à des degrés divers, de manière à faire servir leur force réduite, mais encore efficace, à transmettre une maladie bienfaisante à la suite de laquelle l'immunité est acquise contre la maladie mortelle, voilà le rêve dont M. Pasteur a fait une réalité.

Voici une autre voie ouverte à la prophylaxie et à la thérapeutique préventive, qui dérive également de cette notion du germe, condition de la virulence.

M. le docteur Froschauer (de Vienne) avait vu, dans une expérience, que de deux moitiés d'un citron exposées à l'air jusqu'à ce qu'elles fussent couvertes de moisissures, dans l'une placée dans un vase contenant 1 p. 100 d'hydrogène sulfuré, la moisissure s'arrêta, tandis qu'elle continua à faire des progrès dans l'autre laissée à l'air. Ce fait constaté, il fit l'expérience suivante : la septicémie étant inoculée à deux groupes de souris, l'un de ces groupes fut placé sous une cloche où l'on avait fait dégager 1 p. 100 d'hydrogène sulfuré ; l'autre continua à vivre dans l'air. Le groupe soumis à l'influence de l'hydrogène sulfuré ne contracta pas la septicémie, tandis que l'autre groupe succomba à l'infection.

Cette même expérience fut répétée par M. Froschauer sur 8 moutons inoculés avec la clavelée; 6 furent soumis à l'hydrogène sulfuré, 2 laissés à l'air libre. Ces deux derniers moururent des suites de

l'inoculation, tandis que 5 des 6 soumis à l'hydrogène sulfuré n'en éprouvèrent aucun effet. Un seul eut une pustule avortée, sans éruption générale.

On voit, si ces résultats venaient à être confirmés par de nouvelles expériences, combien la thérapeutique préventive en bénéficierait. Trouver les agents antagonistes des différents éléments des virulences, voilà le problème dont les thérapeutistes doivent se proposer la solution. Ce n'est pas par des masses capables de faire l'office du pavé de l'ours, comme semble le croire M. Jaccoud, qu'il faut s'attaquer aux microbes d'où procèdent les maladies, c'est par les qualités spéciales des agents incompatibles, le plus souvent en quantités pondérables très faibles.

M. Bouley, après avoir ainsi montré les progrès accomplis par la doctrine microbienne, la grande conquête faite par la prophylaxie, les essais souvent heureux de thérapeutique préventive, cite un nouveau fait d'une réelle importance communiqué par M. Pasteur à la Société d'agriculture. Voici ce fait : Lorsqu'on a ensemencé la substance du cerveau d'un chien avec du virus puisé dans le cerveau d'un chien enragé, on donne lieu, chez cet animal, à une pullulation du virus dans tout le système nerveux central ; on constate, en outre, que le pneumo-gastrique, à sa sortie de la cavité crânienne, comme au niveau de son entrée dans la cage thoracique, est le siège d'une pullulation du virus. On sait que le microbe de la rage a été récemment découvert par M. Pasteur, et il y a maintenant dans son laboratoire des chiens vaccinés avec du virus rabique atténué ; ces chiens sont devenus réfractaires à tout ensemencement de la rage ; c'est donc là une voie ouverte à la vaccination future contre la rage elle-même. M. Pasteur se sert de l'oxygène de l'air pour transformer les virus ; M. Chauveau a fort heureusement substitué la chaleur à l'oxygène ; on sait l'influence qu'exerce la température dans cette question du virus ; on connaît l'histoire de la poule refroidie qui cesse d'être réfractaire au charbon et qui y résiste de nouveau quand elle a recouvré sa chaleur habituelle. M. Gibier a fait, pour ainsi dire, l'expérience complémentaire, en plaçant des grenouilles dans un milieu chaud, en les mettant ainsi à même de contracter le charbon et en les guérissant par le refroidissement.

M. Bouley rapproche de ces faits l'emploi de la méthode de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde ; il est bien convaincu qu'en refroidissant le malade on ralentit la fièvre. M. Peter a, selon M. Bouley, traité beaucoup trop sévèrement la méthode de Brand en disant que c'était plus que de la folie, que c'était de la démence. C'est, dans tous les cas, ajoute M. Bouley, une folie respectable. Ce rapprochement, qui a été fait entre les fermentations et les fièvres, est tout naturel, et avait été fait déjà depuis longtemps. M. Pasteur a montré, en effet, que depuis les temps les plus reculés on a toujours rapproché les fièvres et les fermentations. Le même mystère les enveloppe. Tyndall a dit que celui qui pourra sonder jusqu'au fond la nature des ferments et les fermentations accomplira une grande œuvre. Le jour, ajoutait-il, où le mystère des fermentations sera dévoilé, celui des fièvres contagieuses le sera aussi. C'était là une parole prophétique.

Nous savons aujourd'hui que la fermentation est fonction d'un ferment, que la contagion est fonction d'un ferment ou microbe particulier. Il faudrait donc ranger M. Pasteur, M. Chauveau parmi ceux que M. Peter a traités un peu durement. « Parmi tant de héros je n'ose me placer », mais moi aussi je dois être traité de la même façon, car je pense comme eux. Claude Bernard, avec son génie d'expérimentateur, avait bien compris et bien montré l'importance de la chaleur dans la fièvre, et j'ai éprouvé un certain froissement patriotique en entendant M. Peter traiter ainsi Claude Bernard et en l'entendant dire que, dans sa célèbre expérience, Bernard avait cuit son moineau. Il me semblait que cette haute personnalité devait être traitée dans cette académie avec plus de réserve. Claude Bernard a parfaitement démontré que la chaleur est un toxique et qu'elle tue par le cœur, par les muscles, par le sang : il a montré que le sang, chauffé à une température dépassant de 4 à 5 degrés sa température normale, cède son oxygène avec facilité, et d'artériel devient veineux.

Frappé de ces effets dangereux de la chaleur, Claude Bernard avait compris toute l'importance de l'indication consistant à soustraire de la chaleur à l'économie à mesure qu'elle se forme, à lutter contre elle par le froid. Déjà, à cette époque, M. Glénard, de retour de Stettin, avait importé à Lyon la méthode de Brand. Il doit donc passer, aux yeux de M. Peter, pour un naïf ; mais aussi j'ai la naïveté, quand je trouve bonne une idée nouvelle, de la soutenir contre le scepticisme railleur. Je continue donc à soutenir que la méthode de Brand est une bonne méthode ; elle repose déjà sur vingt-deux ans d'expérimentation clinique, à l'époque où M. Peter ne craint pas de la qualifier de doctrine de « pompier ». Il accuse ainsi tout un corps de confrères de faire de la médecine aveugle. Quant à moi, j'accepte la comparaison en songeant que le pompier est un homme de cœur, d'intelligence, qui pousse souvent le dévouement jusqu'au sacrifice de sa vie ; si je n'étais médecin, je serais volontiers pompier. Si on arrive à éteindre la fièvre comme on éteint un incendie, j'avoue que je préfère cette médecine de pompier à la médecine du bon sens qui ne guérirait pas.

Il est juste d'ajouter d'ailleurs qu'il n'y a pas eu que des contradicteurs contre la méthode de Brand ; M. Léon Colin s'en est constitué le promoteur ; M. Jaccoud, s'il a gardé le silence sur ce sujet dans son discours, a déclaré, dans des leçons qui viennent d'être publiées, que l'on possédait dans la méthode des bains froids un moyen de traitement supérieur à tous les autres et qu'il aurait préféré à tout autre si ses conditions avaient été plus faciles à réaliser.

M. Bouley, en terminant, fait connaître des documents statistiques qui lui ont été remis par M. Glénard et qui émanent de rapports circonstanciés des médecins principaux de l'armée allemande. Il résulte de ces documents que, dans cette armée, la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde est en décroissance.

C'est donc pour nous une obligation qui s'impose de mettre à l'étude une méthode de traitement qui accuse officiellement de pareils résultats.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Par décret en date du 7 mars 1883 :

« Le président de la République française,

« Vu la délibération en date du 30 décembre 1882, par laquelle le Conseil municipal de Paris, après avoir fixé le chiffre des subventions à allouer pour l'année 1883, sur le budget municipal à l'Assistance publique, a imposé à l'Administration la condition qu'il serait « procédé à la laïcisation de deux établissements hospitaliers pour le 1er avril, de deux autres pour le 1er septembre, de deux autres pour le 31 décembre 1883 »; et que « les suppressions d'aumôniers votées par le Conseil municipal auraient leur effet à partir du 1er janvier 1883 » ;

« Vu une seconde délibération en date du 31 janvier 1883, par laquelle le Conseil municipal modifie son premier vote en ce sens que l'Administration serait tenue de procéder, dans le courant de 1883, à la laïcisation de trois établissements hospitaliers (au lieu de six) comprenant un minimun de cent religieuses ;

« Vu le décret en date du 31 décembre 1882, qui a réglé le budget de la ville de Paris;

« Vu la loi du 10 janvier 1849, et notamment les articles 1, 3 et 5 ainsi conçus :

« Article premier. — L'Administration générale de l'Assistance publique... est placée sous l'autorité du Préfet de la Seine et du Ministre de l'Intérieur. Elle est confiée à un directeur responsable sous la surveillance d'un Conseil...

« Art. 3. — Le directeur exerce son autorité sur les services intérieurs...

« Art. 5. — Le Conseil de surveillance est appelé à donner son avis sur... les règlements de service intérieur des établissements;

« Vu la loi du 18 juillet 1837, articles 21 et 24 ;

« Vu la loi du 14 avril;

« Considérant que le Conseil municipal, appelé seulement à émettre son avis sur les comptes et budgets de l'Assistance publique et à formuler des vœux sur les questions d'intérêt local, ne peut rien prescrire, en ce qui concerne le régime intérieur des établissements hospitaliers, sans empiéter sur les droits que le Directeur de l'Assistance publique, le Préfet de la Seine et le Ministre de l'Intérieur tiennent de la loi, et sans excéder, par conséquent, les limites de sa propre compétence;

« Que ce qu'il ne peut faire par voie de prescription directe, il ne saurait le faire en subordonnant à l'exécution de ses injonctions l'emploi des crédits de subventions sans lesquels la distribution des secours publics à Paris devrait être suspendue;

« Que, dès lors, il y a lieu de supprimer comme illégales les conditions imposées dans les délibérations sus-visées;

« Décrète :

« Article premier. — Sont annulées les délibérations sus-visées prises par le Conseil municipal de Paris, à la date du 30 décembre 1882 et 31 janvier 1883, en tant qu'elles subordonnent l'emploi des crédits inscrits au budget municipal de la ville de Paris, à titre de subventions à l'Administration générale de l'Assistance publique, à l'exécution de mesures que le Conseil était incompétent pour prescrire, et que la loi remet à la décision des autorités préposées à l'Administration de l'Assistance publique.

« Art. 2. — Le Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret. »

— Par arrêté ministériel, en date du 20 février 1883, M. le docteur Monod, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien de l'hospice des Incurables.

— Les candidats au concours pour la nomination à deux places de chirurgien, au Bureau central, sont au nombre de dix-neuf. Ce sont : MM. Bazy, Brun, Campenon, Castex, Garnier, Jalaguier, Jullien, Labbé, Le Bec, Marchant, Nélaton, Nepveu, Ch. Petit, Picqué, Prengrueber, Quenu, Redard, Routier et Segond.

— Les candidats au concours pour la nomination à deux places d'accoucheurs des hôpitaux de Paris sont au nombre de dix. Ce sont : MM. les docteurs Bar, Bureau, Champetier de Ribes, Doléris, Loviot, Martel, Maygrier, Olivier, Schweich et Stapfer.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Chapet.

— Par décision ministérielle, en date du 12 mars 1883, M. le médecin inspecteur Baudouin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée, a été nommé membre du comité consultatif de santé, en remplacement de M. le médecin inspecteur Didiot, appelé à la direction du service de santé au ministère de la guerre.

M. Vedrènes, promu au grade de médecin inspecteur, a été maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du corps d'occupation de Tunisie.

— Par arrêté préfectoral, en date du 10 mars 1883, M. Hébré (A.-J.-B.), médecin vétérinaire, est nommé membre de la Commission d'hygiène publique et de salubrité du 10e arrondissement, en remplacement de M. Renault, démissionnaire.

— Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le 31 mars, à sept heures et quart, dans les salons du *Grand-Hôtel*, sous la présidence de M. le professeur Hardy. Le prix de la cotisation, 20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice, pourra être donné dans les hôpitaux à l'interne en médecine économe de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, Bottentuit et Tillot (Émile).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Bouchardat commencera le cours d'hygiène du second semestre de l'année scolaire 1882-1883 le samedi 17 mars courant, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Objet du cours : Paris au point de vue de l'hygiène.

M. le professeur G. Hayem commencera le cours de thérapeutique et matière médicale le samedi 17 mars 1883, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. Rémy, agrégé, suppléant M. le professeur Béclard, commencera le cours de physiologie le vendredi 16 mars 1883, à midi (grand amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. le docteur Gariel, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de physique médicale du deuxième semestre de la présente année scolaire le samedi 17 mars 1883, à deux heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Il traitera les objets suivants : Optique. — Étude générale des radiations. — Magnétisme. — Électricité.

M. le professeur Baillon commencera le cours d'histoire naturelle du second semestre de l'année scolaire courante le lundi 19 de ce mois, à onze heures cinq minutes, au Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le mardi 20 mars 1883, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux pratiques. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à une heure et demie de l'après-midi.

Ces démonstrations sont obligatoires pour les élèves de deuxième année et pour ceux de troisième année (ancien et nouveau régime). Nul élève de l'une ou de l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet prochain s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par le chef des travaux pratiques. — Elles sont facultatives pour les étudiants pourvus de seize inscriptions. Les docteurs français et étrangers pourront également être autorisés à y prendre part.

— Les exercices pratiques et les démonstrations d'histologie commenceront le lundi 19 mars 1883, sous la direction de M. le docteur Cadiat, chef des travaux. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, tous les jours, à trois heures de l'après-midi.

Elles sont obligatoires pour les élèves de deuxième et de troisième année (ancien et nouveau régime). Nul élève de l'une ou l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par le chef des travaux. — Elles sont facultatives pour les étudiants munis de seize inscriptions. Les docteurs français et étrangers pourront être autorisés aussi à y prendre part.

Les élèves seront exercés au maniement du microscope; ils feront eux-mêmes les préparations de tous les éléments anatomiques.

— *Faculté des sciences de Paris.* — *Conférences.* — Les étudiants ne sont admis à suivre les conférences qu'après s'être fait inscrire au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences physiques. — M. Mouton. Les travaux ont lieu les lundis, mercredis, jeudis et vendredis à neuf heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Lippmann donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par M. le professeur Jamin ; ces conférences auront lieu les mardis et samedis, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de mathématiques.

M. Jannettaz fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à huit heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie.

M. Joly fera des leçons de chimie analytique, les mardis et samedis, à dix heures et demie, au nouveau laboratoire, et des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Debray.

M. Salet fera, les mercredis, à trois heures et demie, des leçons de spectroscopie et photochimie, et les vendredis, à la même heure, des conférences de chimie organique.

M. Riban, directeur adjoint du laboratoire de chimie. Les travaux ont lieu tous les jours, de neuf heures à midi et de une heure à cinq heures. — Les manipulations pour la licence, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14254.

N° 32. — SAMEDI 17 MARS 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 17 MARS 1883. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Paralysie atrophique. — De quelques-uns des effets thérapeutiques de la glycérine administrée à l'intérieur. — Société de Chirurgie. — Instruments et Appareils. — Service de santé de la marine. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysie atrophique.

M. Vulpian a clos — momentanément — la série de ses conférences cliniques à l'Hôtel-Dieu par l'exposé de quelques-uns des cas de son service, qui ne présentent pas moins d'intérêt que les précédents au point de vue de l'histoire des maladies du système nerveux. Nous mentionnerons particulièrement les deux faits suivants, qui sont deux exemples d'une affection médullaire parfaitement définie, la paralysie spinale atrophique de l'enfance, l'une type, l'autre offrant comme caractère spécial d'être survenue tardivement. Voici d'abord le cas type :

Paralysie spinale atrophique de l'enfance.

Un jeune enfant a été amené, il y a environ trois semaines, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vulpian, pour une atrophie musculaire progressive. Cet enfant, issu de parents bien portants, s'étant bien porté lui-même jusqu'à l'âge d'un an, fut pris, à treize mois (en juillet 1881), de convulsions de presque tous les muscles du corps et de la face, ayant duré quelques minutes. Cet enfant, qui, jusqu'alors, avait eu la pleine possession de tous ses mouvements, fut trouvé, immédiatement après ces convulsions, dans un état de paralysie généralisée, tous ses muscles dans le relâchement et la flaccidité. Il resta ainsi pendant deux mois. Alors seulement il commença à pouvoir remuer les bras et la jambe gauche, la jambe droite restant seule inerte. Un chirurgien, consulté alors, constata l'existence d'une déformation du pied droit en varus équin, et se borna à prescrire un appareil. Depuis cette époque, sans autre intervention active, les membres supérieurs ainsi que la tête ont récupéré la plénitude de leurs mouvements : l'enfant a repris sa gaieté et toutes les apparences de la santé. Il ne lui reste en ce moment, — et c'est pour remédier à cet état qu'on l'a amené à l'hôpital, — qu'une paralysie persistante de la jambe droite, avec amaigrissement, flaccidité des chairs, absence de contractilité de tous les muscles, y compris les muscles du pied, qui prend maintenant et garde indifféremment les attitudes qu'on lui imprime. Le pied droit est, en outre, froid et légèrement cyanosé.

En résumé, ce petit malade a été pris subitement, à l'âge de treize mois, d'une myélite suraiguë, qui a donné lieu aux convulsions générales ; puis la myélite s'est circonscrite peu à peu et a fini par se limiter à une portion des cornes antérieures de la substance grise, avec un peu de retentissement sur les faisceaux antérieurs de la moelle. C'est cette limitation de la maladie sur un point de la moelle, après qu'elle a été plus ou moins générale au début, qui est surtout remarquable dans ce fait, que l'on peut considérer comme un type de l'affection dont il s'agit.

Le second fait s'écarte du type, par l'époque déjà relativement un peu tardive de la vie où la maladie s'est manifestée.

Paralysie spinale atrophique infantile tardive.

Dans ce second fait, il s'agit d'une jeune fille de seize ans, qui présente un exemple très remarquable de paralysie atrophique infantile retardée. Cette jeune fille, entrée le 5 mars dans le service, paraît avoir eu, jusque vers le milieu de l'année dernière, une santé très satisfaisante ; elle n'a eu d'autres maladies que les fièvres éruptives de son âge. Dans le courant du mois de juin dernier, elle éprouva de la courbature, un malaise général, avec perte de l'appétit. Cet état a persisté sans changement notable les deux jours suivants ; le quatrième jour, elle pouvait marcher ; mais le cinquième jour elle fut arrêtée, elle était paralysée des deux membres inférieurs. La maladie avait fait son évolution à peu près complète en moins d'une semaine. Quinze jours après, il survint une nouvelle série de phénomènes morbides. On s'aperçut que l'enfant n'avait plus aucune force dans le pouce et dans l'index.

Voici dans quel état cette jeune fille est entrée dans le service.

Les jambes, amaigries, émaciées, flasques, sont incapables du moindre mouvement ; les pieds sont froids, la sensibilité est conservée ; les réflexes sont abolis. Pas de troubles trophiques notables, si ce n'est quelques sillons des ongles. Les muscles ne répondent que très faiblement à l'excitation électrique ; il faut des courants continus très forts pour déterminer quelques légères contractions des muscles de la région antérieure de la cuisse et de la jambe ; les muscles de la région postérieure restent inertes.

On constate, aux deux mains, un peu d'atrophie des éminences thénar et hypothénar.

Qu'est-il survenu chez cette jeune fille ?

Il s'est fait chez elle une myélite centrale, portant primitivement et principalement sur les cellules des cornes antérieures de la substance grise, s'étant étendue ensuite progressivement, et en se diffusant, aux cordons antérieurs et latéraux, dans une deuxième atteinte moins forte que la première et qui a coïncidé avec l'atrophie des éminences thénar et hypothénar. Les sphincters, chez cette jeune malade, sont restés intacts. C'est là un fait à noter en passant, parce qu'il tend à prouver, avec d'autres faits analogues, aussi bien que par des faits diamétralement opposés, c'est-à-dire dans lesquels les muscles sphinctériens seuls étaient paralysés, tous les autres restant intacts, qu'il existe dans un point de la moelle qu'il reste à préciser, un groupe distinct de cellules qui président au fonctionnement des sphincters. C'est un point sur lequel il y aura à revenir.

La jeune fille en question a été mise à l'usage des préparations iodurées et des pointes de feu le long de la colonne vertébrale.

De quelques-uns des effets thérapeutiques de la glycérine administrée à l'intérieur.

La glycérine dont Demarquay, l'un des premiers, a préconisé et propagé l'usage en France, a été pendant longtemps presque exclusivement usitée en chirurgie, comme élément de pansement, dans le traitement des maladies cutanées, des maladies des yeux, des oreilles, de la bouche et du nez, dans quelques affections des organes génito-urinaires, enfin comme excipient d'un grand nombre de médicaments. Cependant, avant la publication de l'ouvrage de Demarquay, quelques tentatives d'applications de la glycérine au traitement de maladies internes avaient déjà été faites par le docteur Jules Davasse, d'après des indications d'un médecin d'Édimbourg, Lander Lindray, et par le docteur Daudé (de Marvejols).

Les essais de M. Davasse avaient porté sur des affections gastro-intestinales, sur des cas de cachexie ou de débilité dépendant d'affections chroniques et qui indiquaient l'emploi d'agents reconstituants et stimulants des fonctions nutritives. M. Daudé en avait particulièrement constaté de bons résultats dans les dysenteries. Enfin, pour abréger encore ce très court historique, un médecin de la Nouvelle-Orléans, le docteur Grawcourt, signala le premier les services que cette substance pouvait rendre dans le traitement de la phtisie tuberculeuse, comme succédané de l'huile de foie de morue.

De nouveaux essais dans cette direction ont été repris, dans ces dernières années, parmi nous, notamment par M. Jaccoud et par M. Ferrand.

Pour M. Jaccoud, qui a consacré quelques pages à la glycérine dans son livre sur la curabilité et le traitement de la phtisie pulmonaire (leçons faites à la Faculté, dont nous avons déjà parlé l'année dernière), cette substance serait donc d'une action entrophique qui la placerait effectivement à côté de l'huile de foie de morue, à laquelle il la substitue, lorsque par une cause quelconque cette huile cesse d'être tolérée. Il fait prendre invariablement l'un ou l'autre de ces médicaments, considérant cette alternance comme un véritable progrès thérapeutique.

M. Ferrand, de son côté, emploie journellement la glycérine dans son service à l'hôpital Laennec; c'est dans le service de ce savant praticien que M. le docteur Charles Tisné a recueilli les observations qui constituent le fond du travail que nous allons rapidement analyser et qui est intitulé: *De l'usage interne de la glycérine et de ses effets thérapeutiques.* Sur les vingt observations que renferme ce travail, quinze ont été recueillies dans le service de M. Ferrand, sur lesquelles treize ont trait à la tuberculose pulmonaire; c'est de celles-là principalement que nous aurons à nous occuper. Les cinq autres recueillies dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker, ont rapport à des affections des organes génito-urinaires. Elles pourront faire plus tard l'objet d'un examen à part.

Voici le résumé sommaire des observations que M. Ch. Tisné a relevées à l'hôpital Laennec. Elles avaient trait une fois à un rhumatisme chronique; une deuxième fois à un cas d'hémiplégie gauche avec constipation; douze fois à la tuberculose pulmonaire; une fois à un diabète sucré.

Le premier fait constaté est l'innocuité de la glycérine pour les surfaces cutanées ou muqueuses avec lesquelles on l'a mise en contact (à la condition d'un état de parfaite pureté). L'action locale de la glycérine sur la muqueuse digestive à son entrée dans l'organisme ne s'est trahie par aucun phénomène appréciable.

L'état des fonctions intestinales a subi des modifications plus importantes, au premier rang desquelles se place l'amendement de la constipation. Ce résultat a été constaté chez presque tous les malades.

Sans qu'il y ait rien de contradictoire avec cet effet, la glycérine, loin d'aggraver la diarrhée chez les malades qui en sont atteints, la modère au contraire.

Un autre effet que M. Tisné a constaté par l'emploi de cet agent, est la production d'un sommeil plus calme que d'habitude.

Enfin la glycérine possède un pouvoir reconstituant qui en a fait préférer l'usage à celui de l'huile de foie de morue, par plusieurs médecins, dans le traitement de la phtisie. On sait que M. le professeur Jaccoud la prescrit dans tous les cas où l'huile de foie de morue ne peut être tolérée. Il a constaté une augmentation appréciable du poids après quinze jours de traitement.

Dans l'un seulement des cas rapportés par M. Tisné, le poids s'est abaissé, mais il s'agissait d'un sujet albuminurique depuis longtemps. Trois fois il est resté stationnaire. Dans toutes les autres observations, on voit consignée une augmentation parfois très accusée sur les pesées antérieures.

Dans tous les cas, la glycérine, par ses propriétés reconstituantes, a produit non seulement une augmentation de poids, mais elle a imprimé à la nutrition une activité nouvelle dont ont témoigné les modifications de la qualité des urines.

Avec une amélioration aussi marquée de l'état général, on aurait pu croire que l'état du poumon devait, lui aussi, être amendé. Il n'en a été malheureusement rien. L'étude consciencieuse de ses observations a porté M. Tisné à croire que, dans la tuberculose, la glycérine n'a guère d'action sur la lésion anatomique du poumon. Dans deux cas où l'affection était tout à fait au début, il a bien noté une amélioration de l'état local, mais dans toutes les autres observations les lignes physiques n'ont subi aucun changement. En revanche, quelques-unes des manifestations fonctionnelles de la maladie ont été très amendées.

La toux a été le plus souvent diminuée. La dyspnée a été profondément améliorée dans un cas. L'expectoration est le

symptôme qui a été le moins influencé. Cependant, chez une malade, pendant la durée du traitement, elle n'a jamais été mêlée de sang, symptôme qui avait été observé avant l'emploi de la glycérine et qui a reparu après sa cessation.

L'amendement de la toux, qui avait déjà été noté par plusieurs observateurs, a eu lieu chez le plus grand nombre des malades. Dans trois cas seulement la toux n'a été modifiée que d'une manière insignifiante.

La dyspnée, dans un cas, a été profondément améliorée. Il s'agit d'une malade dont la dyspnée était au point de rendre le sommeil impossible. L'emploi de la glycérine a rapidement amendé ce symptôme et la malade a pu aller et venir; il fallait un effort pour faire reparaître l'oppression.

Les modifications apportées par la glycérine au fonctionnement du système nerveux, à l'état de la nutrition et aux phénomènes thoraciques ont paru imputables à l'action diffuse du médicament.

En résumé, il résulte des observations recueillies par M. Tisné que la glycérine peut être donnée à l'intérieur à dose thérapeutique, sans provoquer d'accidents toxiques et répondre à des indications déterminées. Introduite dans les voies digestives, elle y est absorbée sans en offenser la muqueuse, à laquelle elle ne cause qu'une légère excitation motrice capable de combattre la constipation. Elle a une action évidente sur la nutrition; elle modifie ou atténue les accidents de la cachexie (inappétence, diarrhée, sueurs, insomnie); son usage est suivi d'une augmentation de poids. Son action sur le foie se manifeste par l'augmentation de volume de cet organe et par un flux biliaire plus abondant. Enfin elle a une action sur les reins qui se traduit par une diurèse plus abondante et par une augmentation absolue et relative de l'urée, des chlorures et des phosphates que l'urine élimine. L'alcalinité des urines semble s'atténuer sous son influence; la purulence, lorsqu'elle existe, est considérablement diminuée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mars 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Hernie inguinale congénitale. — M. **MONOD** complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance sur la coexistence de l'hydrocèle et de la hernie inguinale congénitale.

Gastro-stomie. — M. **TILLAUX**. La gastro-stomie, c'est-à-dire l'ouverture de l'estomac, est une opération qui jusqu'ici a été rarement pratiquée. Elle se fait, soit pour extraire des corps étrangers de l'estomac (taille stomacale), soit pour des rétrécissements infranchissables de l'œsophage (bouche stomacale). C'est de cette dernière opération qu'il s'agit dans cette observation. Encore, dans ces cas, se pratique-t-elle dans deux conditions : 1° dans des rétrécissements cancéreux de l'œsophage; 2° dans des rétrécissements fibreux; dans le premier cas, elle se fait habituellement à la période ultime, avec bien peu de chances de succès; dans le second, au contraire, elle peut donner des résultats très remarquables comme, par exemple, dans l'observation de M. Verneuil. J'avais affaire, chez mon malade, à un cas du même genre. Voici, en peu de mots, son observation :

Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, exerçant la profession de garçon d'hôtel, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents syphilitiques ni d'aucune sorte, sans déglutition préalable de liquides caustiques ; le 24 mars 1880, il s'aperçoit, sans aucune cause appréciable, qu'il a une certaine difficulté à avaler. Cette difficulté va en augmentant jusqu'au moment où il entre à Beaujon, en mars 1881. Je constatai alors à 18 centimètres environ au-dessous du cricoïde, l'existence d'un anneau fibreux parfaitement appréciable, de 1 centimètre de hauteur, laissant passer difficilement les olives. Jamais le passage des sondes n'a été douloureux; jamais il n'a déterminé le moindre écoulement sanguin. Après plusieurs jours de traitement, ce malade était très amélioré et je songeais à pratiquer chez lui une œsophagotomie interne, quand il quitta l'hôpital à la suite d'une dispute. Rentré chez lui, il ne se soigna pas et revint à l'hôpital le 12 février 1882, ne pouvant plus avaler du tout, pâle, défait, anémié ; aucune sonde ne passait plus; il dépérissait de jour en jour et était sur le point de mourir de faim quand je lui proposai la gastro-stomie qu'il accepta avec empressement.

L'opération fut pratiquée le 16 mars 1882. M. Tillaux donne, en détail, la description du procédé opératoire auquel il eut recours. Sédillot faisait une incision cruciale à deux ou trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes, un peu au-dessus de l'ombilic, arrivait ainsi sur la gaine du grand droit qu'il ouvrait, introduisait dans la plaie l'index de la main gauche, recherchait le bord gauche du foie, l'écartait un peu et arrivait ainsi sur la face antérieure de l'estomac qu'il saisissait avec une pince et attirait entre les lèvres de la plaie pour le suturer à la paroi abdominale et l'ouvrir ensuite. C'était là un procédé assez compliqué.

M. Édouard Labbé s'est livré à une série de recherches cadavériques sur les meilleurs points de repère dans cette opération ; il résulte de ces recherches que la grande courbure de l'estomac ne remonte jamais au-dessus d'une ligne horizontale qui réunirait les deux cartilages des deux neuvièmes côtes. C'est là un point de repère constant. Se basant sur ces rapports, M. Tillaux a fait une incision parallèle au rebord des fausses côtes, aussi rapprochée que possible du bord gauche de ces côtes. Il arriva ainsi très aisément sur le péritoine et, celui-ci ouvert, vit la face antérieure de l'estomac qu'il saisit avec une pince, et qu'il fixa de suite, selon le conseil de M. Verneuil, avec deux ou trois broches; il le fixa ensuite à la paroi par dix-sept points de suture, pratiqua la bouche stomacale, plaça un tube et fit un pansement à plat. L'opération avait été aussi simple et aussi facile que possible. Les suites ne présentèrent rien de particulier; le lendemain ce malade faisait sa barbe, il se levait le cinquième jour. Il reprenait des forces et semblait marcher rapidement vers un complet rétablissement quand, le quinzième jour, à la suite d'une discussion, il refusa obstinément de se laisser introduire quoi que ce soit dans l'estomac, et il mourut d'inanition le dix-septième jour.

On voit sur la pièce anatomique présentée par M. Tillaux que la bouche stomacale est parfaitement constituée et qu'on avait affaire à un rétrécissement simplement fibreux de l'œsophage. Si le malade n'avait pas eu un si mauvais caractère et ne s'était pas obstinément refusé à se laisser alimenter, il aurait pu vivre fort longtemps ainsi. Ce fait, en somme, peut être considéré comme un succès opératoire.

M. **BERGER** a également pratiqué le 16 février dernier une gastro-stomie. Malheureusement, dit-il, il ne s'agissait pas ici d'un rétrécissement fibreux de l'œsophage, mais bien d'un rétrécissement cancéreux infranchissable, accompagné des plus graves complications. Le malade, homme bien constitué, bien conservé, était atteint de dysphagie depuis assez longtemps et n'avait rien pu avaler depuis sept jours. Il était sur le point de mourir d'inanition. Il fut soumis au chloroforme, j'introduisis une bougie conductrice qui ne put franchir l'obstacle. Celui-ci étant bien reconnu infranchissable, je me décidai, assisté de MM. Périer et Terrier, à pratiquer la gastro-stomie. Le malade fut couché sur le lit de Péan, toutes les précautions antiseptiques étant prises avec le plus grand soin. Je fis sur le point indiqué par MM. Verneuil et Labbé une incision de 5 centimètres 1/2 au-dessous du rebord inférieur de la huitième côte ; j'arrivai sur le péritoine, l'incisai et vis aussitôt tous les viscères se rétracter ; je me trouvai sur la face convexe du foie et, me dirigeant un peu obliquement en dessous, j'arrivai

sur la face antérieure de l'estomac, l'attirai hors de la plaie, la maintins à la paroi à l'aide de deux épingles à tête de verre et la fixai par dix points de suture. Un gros tube Faucher, qui remplissait tout l'orifice, fut mis à demeure ; le malade put prendre et conserver un peu de bouillon, mais il alla s'affaiblissant et, sans aucun signe de péritonite, sans cause appréciable, il succomba environ dix-huit heures après l'opération.

A l'autopsie, on put constater qu'il n'y avait pas trace de péritonite, que des adhérences générales et solides s'étaient déjà établies, qu'il n'y avait pas le moindre cancer viscéral. Mais l'œsophage était le siège d'un épithélioma occupant 4 à 5 centimètres de sa hauteur; il y avait une énorme perforation qui le mettait en communication avec la trachée : on juge dès lors des dangers du cathétérisme, s'il avait été possible, et de l'introduction des aliments dans les voies respiratoires.

Quelle est ici la cause de la mort? Ce fait semble montrer une fois de plus la grande gravité des opérations chez les cancéreux.

Relativement au manuel opératoire, il résulte des recherches que M. Berger a faites sur le cadavre que l'incision extérieure faite sur le rebord de la huitième côte conduit le plus souvent sur le rebord du foie, facile à relever et au-dessous lequel il est aisé d'aller chercher l'estomac, que celle faite au niveau de la neuvième côte conduit plutôt sur le côlon transverse ou le grand épiploon. Or M. Berger pense qu'il vaut mieux arriver sur le foie.

Ce fait malheureux ne le détournera pas de la gastro-stomie dans certains cas ; il montre les dangers que peut offrir le cathétérisme en pareil cas. Malgré la gravité de l'opération chez les cancéreux, il est indiqué de la leur pratiquer plutôt que de les laisser mourir de faim et de soif.

M. MARC SÉE soigne en ce moment, dans son service de la maison Dubois, une femme à laquelle Albert (de Vienne) a fait une bouche stomacale au mois de novembre dernier. On n'était pas bien fixé sur la nature du rétrécissement œsophagien dont elle était atteinte. Mais en même temps qu'elle ne pouvait plus déglutir, elle asphyxiait et l'on dut commencer par lui faire la trachéotomie, de sorte qu'elle a deux canules, l'une trachéale et l'autre stomacale. Actuellement, elle a repris des forces et se porte très bien.

Le professeur Albert est celui qui a fait le plus de gastro-stomies ; en une seule année, on compte, dans son service, 21 cas de rétrécissement de l'œsophage sur lesquels on compte 12 gastro-stomies. Deux fois, on fit simplement la laparotomie, et, n'ayant rien trouvé, on referma l'abdomen; il n'y eut pas d'accidents. Dix fois on fit l'ouverture et la suture de l'estomac, deux fois immédiatement et six fois l'ouverture fut faite plusieurs jours seulement après la suture. Deux moururent après la suture et avant l'ouverture. En général, cependant, Albert préfère pratiquer l'opération en deux temps, à cinq, huit ou dix jours d'intervalle. Chez la malade que j'ai actuellement dans mon service, il fit d'abord l'incision de la paroi avec le bistouri, puis laissa huit jours de repos; il fit ensuite trois cautérisations avec le thermo-cautère, et laissa encore huit jours de repos, puis pratiqua la suture. L'incision de l'estomac fut faite avec le thermo-cautère, sans l'intervention du chloroforme et la malade restant debout. Sauf une tuméfaction des ganglions sous-maxillaires dont elle est actuellement atteinte, cette malade n'a présenté aucune complication, n'a eu aucun accident, pas la moindre fièvre; elle a repris des forces et recouvré une parfaite santé.

Il y a donc des cas où la gastro-stomie peut donner des résultats définitifs très satisfaisants. Dans certains cas de cancer, elle donne encore de bons résultats, comme l'anus contre nature dans les cas de cancer du rectum. On obtient ainsi des survies de deux, trois et même six mois. Mais Albert insiste sur cette particularité qu'il ne faut pas, pour obtenir ces résultats, attendre trop longtemps et qu'il y a tout avantage à opérer de bonne heure.

M. VERNEUIL fait remarquer que l'observation de M. Berger montre, une fois de plus, que des malades atteints d'une affection diathésique, mais qui ne perdent pas de sang, n'ayant pas de fièvre, ne présentant aucune complication opératoire apparente, succombent à ce qu'on a successivement appelé le collapsus, l'ébranlement nerveux, le choc, etc. Le malade, au contraire, auquel M. Verneuil a fait la gastro-stomie, bien qu'étant beaucoup plus épuisé, anémié, que celui de M. Berger; bien qu'étant tombé, par le fait de l'inanition, à 35° 1/2 de température, n'a pas succombé à l'opération; il n'était porteur d'aucune affection diathésique.

Les renseignements statistiques fournis par M. Sée sur la pratique d'Albert sont incomplets. Il semble acquis aujourd'hui que si la gastro-stomie donne de très bons résultats dans les rétrécissements fibreux, elle n'a donné jusqu'ici que des résultats peu encourageants dans les cas d'épithéliomas.

LECTURE

Thyroïdectomie. — M. SCHWARTZ donne lecture d'une observation ayant pour titre : *Goitre bilatéral, troubles fonctionnels accusés, thyroïdectomie totale, guérison.*

ÉLECTION

La Société procède à l'élection d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membres titulaires.

Sont élus : MM. Richelot, Monod et Delens.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareils orthopédiques de MM. Rainal frères (1).

X

COURBURES DU TIBIA CHEZ LES ENFANTS. — Cet appareil (fig. 51) a pour effet d'exercer une pression sur la convexité des arcs osseux et une autre à chaque extrémité de l'arc du côté de la concavité. Cet appareil est fort léger, il ne gêne en rien la marche des enfants.

Dans le cas de déviation du tibia, il arrive que la cheville tend aussi à se dévier ; à cet effet, nous adaptons dans la bottine une bride en T comme dans la figure 53.

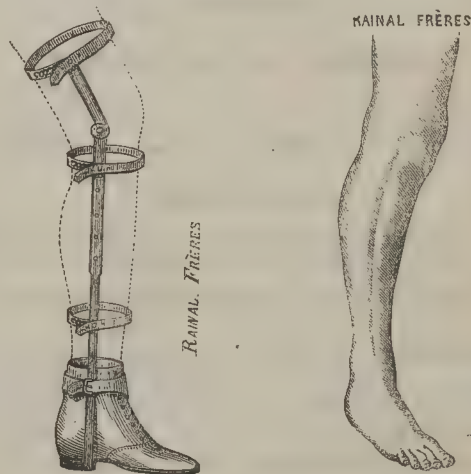


Fig. 51. Fig. 52.

Fig. 52. — Courbures de la jambe au tiers inférieur du tibia symptomatique d'un ramollissement des os, ou quelquefois dues, chez les enfants sains, à l'excès de la pesanteur du corps.

DÉVIATION DE LA CHEVILLE. — Cet appareil (fig. 53) est applicable dans les cas de déviation de la cheville, soit interne ou externe. Lorsque la déviation est externe, on fixe de ce côté et dans la bottine même une bride en forme de T qui vient se boucler du côté opposé à la déviation ; de cette façon, le pied est constamment

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 août 1882.

maintenu dans sa position normale. La semelle en acier, fixée dans la bottine, est disposée de manière que l'enfant porte toujours la pointe du pied légèrement en dehors.

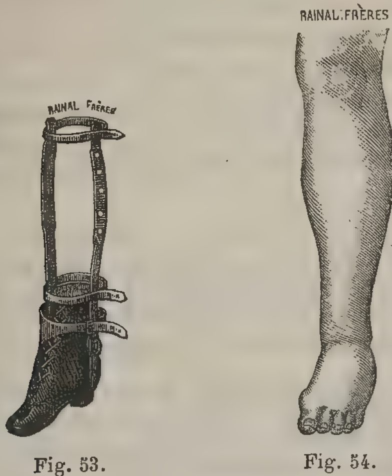


Fig. 53. Fig. 54.

Fig. 54. — Déviation de la cheville ayant pour cause l'extrême laxité des ligaments. Le manque d'équilibre, résultant de cette affection, amène souvent l'inclinaison des axes du tarse, du métatarse et des orteils, inclinaison déterminée par la disposition vicieuse des ligaments, des muscles et quelquefois des os eux-mêmes. Dans ce cas, l'enfant marche sur le bord interne ou externe du pied et le prédispose à la déviation du genou.

Pied bot (premier degré). — Cet appareil (fig. 55) est employé dans les cas de pied bot au premier degré chez les jeunes enfants. Il se compose d'une semelle en acier sur laquelle on fixe le pied au moyen de courroies; une tige en fer doux est placée du côté interne de la semelle, selon que le pied bot est varus ou valgus.

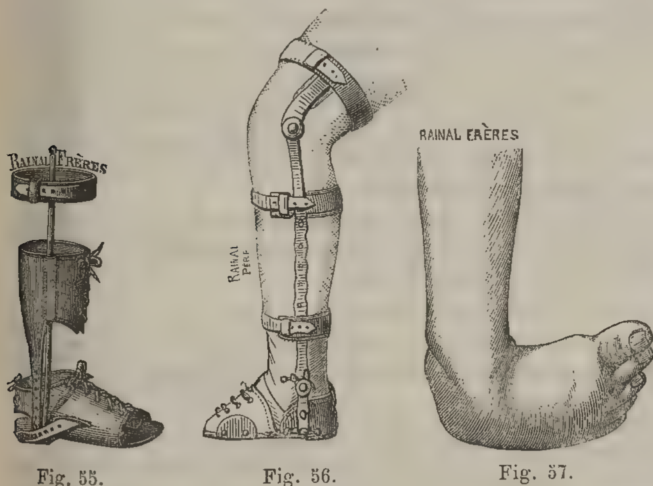


Fig. 55. Fig. 56. Fig. 57.

Pied bot équin varus. — Ce modèle (fig. 56) est celui que nous employons le plus souvent pour le traitement du pied bot équin varus. Il est muni de trois vis de rappel qui ont pour but d'agir sur l'avant-pied pour l'amener en dehors et en bas, sur le calcanéum, pour le repousser en dehors; il ramène le gros orteil et son métatarsien au contact du sol et il abaisse le talon.

Fig. 57. — Ce moulage représente un équin varus. Le pied se plie en deux, entre les deux rangées du tarse, sa pointe regarde directement en dedans et en arrière; le talon déjà un peu tourné en dehors, dans la première attitude du membre, se renverse encore davantage comme dans le valgus, en sorte que ce pied bot est un véritable équin varus.

Pied bot a boule. — Cet appareil (fig. 58) est employé chez les tout jeunes enfants. Il se compose d'une tige d'acier fixée sur une semelle; à la partie antéro-postérieure de cette dernière est disposée une articulation à genouillère qui permet de ramener le pied dans la direction que l'on veut lui donner et de le fixer définitivement au moyen d'une vis.

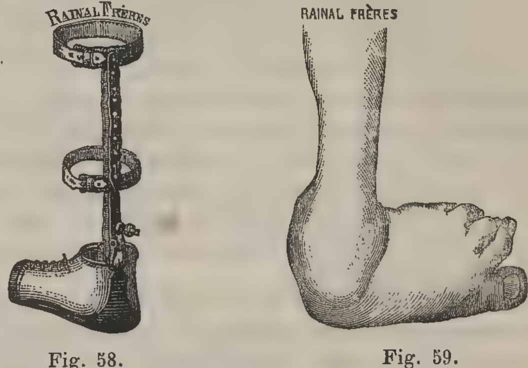


Fig. 58. Fig. 59.

Pied bot valgus (fig. 59). — Le pied forme avec son axe normal un angle obtus. Le bord interne porte sur le sol dans toute sa longueur; les saillies de la malléole interne, du côté interne de la tête astragalienne et du scaphoïde, sont plus prononcées, ainsi que la dépression sous-malléolaire externe.

Pied bot a engrenage. — Ce modèle (fig. 60), d'un effet plus puissant que les modèles précédents, est applicable pour les pieds bots chez les enfants plus âgés et dans les cas où le redressement



Fig. 60.

offre quelque résistance. Il s'applique pour toutes les variétés de pieds bots; il satisfait aux diverses indications du traitement du varus équin, du valgus et du talus.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Décret portant modification au décret du 27 novembre 1880, relatif aux conditions à remplir par les aspirants au doctorat en médecine ou au titre de pharmacien de première classe, appartenant au service de santé de la marine.

DÉCRET

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du Conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, et du ministre de la marine et des colonies,

Le Conseil d'amirauté entendu,

Décrète :

Article premier. — Les articles 3, 7 et 11 du décret du 27 novembre 1880, déterminant les conditions à remplir par les aspirants au doctorat en médecine ou au titre de pharmacien de première classe qui appartiennent au service de santé de la marine, sont modifiés ainsi qu'il suit :

« Art. 3. — Quatre années d'études dans les écoles de médecine

navale ou quatre ans de service dans la marine, comprenant deux années d'études dans les écoles de médecine navale et deux années de services en qualité de médecin ou de pharmacien dans les hôpitaux de la marine, à bord des bâtiments de l'État ou dans les colonies, donnent droit à l'équivalence des seize inscriptions prescrites dans les facultés de médecine ou des douze inscriptions exigées dans les écoles supérieures de pharmacie.

« Les études faites dans les écoles de médecine ou dans les écoles préparatoires, en qualité d'aspirant au doctorat, et dans les écoles supérieures de pharmacie ou dans les écoles préparatoires, en qualité d'aspirant au diplôme de pharmacien de première classe, antérieurement à l'entrée dans le service de santé de la marine, sont acceptées au même titre que les études faites dans les écoles de médecine navale.

« Art. 7. — L'officier du corps de santé de la marine, démissionnaire avant l'expiration de l'engagement mentionné aux articles 1er et 2 du présent décret, ou mis en réforme dans l'un des cas prévus par l'article 12 de la loi du 19 mai 1834, est tenu de restituer au Trésor public la totalité des frais dont il aura été dispensé par le ministre de l'instruction publique, ou qui lui auront été remboursés par le département de la marine.

« Pour l'officier du corps de santé démissionnaire, et lorsque le ministre croira devoir donner suite à sa demande, le remboursement au Trésor public devra être opéré avant que la démission soit acceptée.

« En ce qui concerne les officiers du corps de santé de la marine mis en réforme avant l'expiration de l'engagement indiqué ci-dessus, les départements de l'instruction publique et de la marine signalent, chacun en ce qui le concerne, à l'agent judiciaire du Trésor, le montant de la dette dont le remboursement doit être poursuivi.

« Art. 11. — Les étudiants du service de santé de la marine qui quittent ce service avant d'avoir obtenu le grade d'aide-médecin ou d'aide-pharmacien ont droit, après avoir satisfait aux justifications exigées par l'article 5, à la concession d'un nombre d'inscriptions égal au nombre de trimestres passés dans les écoles de médecine navale, à la charge par eux de subir, dans les facultés de médecine ou dans les écoles supérieures de pharmacie, les examens de fin d'année ou semestriels correspondant aux inscriptions concédées, excepté toutefois ceux de première année, dans le cas où ils les auraient passés dans les écoles de médecine navale.

« Le même droit est concédé aux élèves en cours d'études dans les écoles de médecine navale. »

Art. 2. — Le Président du Conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, et le Ministre de la marine et des colonies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 13 mars 1883.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le Président du Conseil, Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
Jules Ferry.

Le Ministre de la Marine et des Colonies,
Charles Brun.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 6 mars 1883, sont promus de la deuxième à la première classe : M. le docteur Bouchereau, médecin en chef de la section des femmes à l'asile Sainte-Anne ; — M. le docteur Magnan, médecin en chef du bureau d'admission à l'asile Sainte-Anne.

— Par arrêté du préfet de police, en date du 8 mars 1883, M. le docteur Madeline (de Clamart) est nommé membre de la trente-sixième commission locale du travail des enfants dans les manufactures.

— MM. Étienne et Marnata, médecins de première classe de la marine, et M. Souliers, médecin de deuxième classe de la marine, ont été admis à faire valoir leurs droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et sur leurs demandes.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Giard, professeur de zoologie, est autorisé à se faire suppléer, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, par M. Paul Hallez, maître de conférences à ladite Faculté.

— *École de médecine d'Alger.* — Un concours pour une place de prosecteur d'anatomie s'ouvrira le jeudi 7 juin 1883. Le candidat nommé entrera immédiatement en fonctions ; celles-ci auront une durée de trois années pendant lesquelles il recevra un traitement annuel de 1,800 francs plus le quart colonial, soit 2,250 francs.

— Un concours pour trois places de nouvelle création de médecin-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha s'ouvrira le samedi 23 juin 1883 à Alger. Les docteurs en médecine qui voudraient se porter candidats devront se faire inscrire avant le 22 juin au secrétariat de la Commission administrative en déposant les pièces nécessaires.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Vulpian commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée le samedi 17 mars 1883, à deux heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Études expérimentales sur les substances toxiques.

M. le professeur J. Regnauld commencera le cours de pharmacologie, le mardi 20 mars 1883, à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : De la compression chimique et du dosage des médicaments ; applications à l'art de formuler.

M. Hanriot, agrégé, commencera le cours auxiliaire de chimie organique, le lundi 19 mars 1883, à dix heures moins un quart (grand amphithéâtre) et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. Cadiat, agrégé, commencera le cours auxiliaire de physiologie, le jeudi 22 mars 1883, à midi (amphithéâtre Laennec), et le continuera les jeudis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Développement ; organe des sens.

— L'ouverture du cours de physiologie de M. le docteur Rémy, suppléant M. le professeur Béclard, est reportée du vendredi 16 mars au lundi 19 du même mois.

— *Faculté des sciences de Paris.* — *Conférences.* — Les étudiants ne sont admis à suivre les conférences qu'après s'être fait inscrire au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences naturelles. — M. J. Chatin fera, les lundis et jeudis, à dix heures, dans le nouvel amphithéâtre, des conférences sur diverses parties de l'étude anatomique et physiologique des animaux, indiquées par M. le professeur Milne-Edwards.

M. Joyeux-Laffuie, suppléant, fera, au laboratoire de zoologie expérimentale, les jeudis à onze heures du matin, et les samedis à sept heures et demie du soir, des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur De Lacaze-Duthiers.

M. Vélain fera, les lundis et jeudis, à neuf heures, dans le nouvel amphithéâtre, des conférences sur les diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés, au laboratoire de géologie, à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de neuf heures à onze heures et demie.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des maladies de l'estomac, par le docteur V. Audhoui, médecin de l'hôpital de la Pitié. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne, mode des fesses, c'est-à-dire avec relèvement des membres inférieurs sur le plan antérieur du fœtus, par le docteur Olivier, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-8° avec 8 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Société des sciences médicales de Gannat, compte rendu de l'année 1881-1882 (36e année). 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Découverte de la cause du sommeil naturel physiologique et de l'appareil qui le produit chez l'homme en particulier, chez les animaux supérieurs et chez tous les animaux en général, par le docteur Lajoux. In-8°. — Prix : 1 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des maladies infectieuses, par Jaccoud, professeur de pathologie médicale. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14268.

N° 33. — MARDI 20 MARS 1883. 56e ANNÉE. MARDI 20 MARS 1883. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE......... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE... 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Congrès international de Médecins des Colonies a Amsterdam (septembre 1883). — Hospice de la Salpêtrière. Les alcoolisés : Action toxique de l'alcool; troubles de l'intelligence et des sens; actes criminels. — Société de Biologie. — Variétés. Notes et souvenirs sur Jules Cloquet. — Nouvelles.

CONGRÈS INTERNATIONAL
DE MÉDECINS DES COLONIES A AMSTERDAM

Septembre 1883.

Sur l'initiative de l'Association néerlandaise pour l'avancement des sciences médicales, il a été décidé qu'à l'occasion de l'Exposition internationale coloniale à Amsterdam, une Exposition coloniale médicale sera ouverte en même temps, et qu'un Congrès international de médecins des colonies s'y réunira en septembre 1883.

Le Comité d'organisation, en sollicitant votre concours bienveillant, prend la liberté de vous adresser le règlement de ce Congrès.

Pour préparer les travaux du Congrès, le Comité s'est efforcé de choisir quelques questions, qui lui ont paru dignes d'intérêt, au point de vue de l'exercice de la médecine dans les colonies et dans les pays intertropicaux, ainsi que certaines questions médicales qui s'y rattachent.

Le Comité a invité des rapporteurs à préciser l'état actuel de chacune de ces questions dans des conclusions qui serviront de base à la discussion. Ces conclusions, ainsi que le programme définitif, seront publiés avant l'ouverture du Congrès.

Le Comité se recommande instamment pour des communications en dehors du programme, et vous prie de lui en indiquer le sujet dans le plus bref délai, afin qu'il puisse en faire mention dans le programme définitif, qui paraîtra au mois d'août prochain, et qui sera envoyé à tous ceux qui en auront adressé la demande au secrétaire général.

Les questions choisies par le Comité sont :

1° Les quarantaines. — Rapporteurs : Dr F. de Chaumont, professeur d'hygiène à Netley; Dr Van Leent, à Amsterdam ; Dr don Rafaël Cervera, professeur à Madrid.

2° Éducation spéciale des médecins des colonies. — Rapporteur : colonel Becking, ancien chef du service médical aux Indes Orientales néerlandaises, à Utrecht.

3° Hygiène des professions, cultures et métiers insalubres dans les colonies. — Rapporteurs : Dr Da Silva Amado, professeur d'hygiène à l'École médicale de Lisbonne ; Dr Van Overbeek de Meyer, professeur d'hygiène à l'Université d'Utrecht.

4° Des modifications que subissent certaines maladies, et en particulier les maladies infectieuses, sous l'influence des climats tropicaux. — Rapporteurs : Dr Walther, inspecteur du service de santé de la marine française, à Paris ; Dr Norman Chevers, ancien professeur de médecine à Calcutta, etc., à Londres.

5° De la phtisie dans les colonies et les climats tropicaux. — Rapporteur : Dr B. Carsten, inspecteur adjoint du service médical, à la Haye.

6° Du traitement des maladies exotiques et tropicales dans les climats modérés. — Rapporteurs : Sir Joseph Fayrer M. D., surgeon general, médecin du ministère d'État pour les Indes, à Londres ; Dr Joseph Ewart, deputy surgeon general, à Londres ; Dr Le Roy de Méricourt, médecin en chef de la marine française, à Paris.

Le Comité d'organisation : Prof. Stokvis, président ; Dr Guye, vice-président; Dr Van Leent, secrétaire général ; Dr J. Coronel, secrétaire adjoint; M. A. Cochius, secrétaire adjoint ; Dr J. Zeeman, trésorier.

RÈGLEMENT

Article premier. — Le Congrès s'ouvrira le 6 septembre 1883, à midi, et durera jusqu'au 8 septembre inclusivement.

Art. 2. — Le Congrès aura un caractère exclusivement scientifique.

Art. 3. — Le Congrès se composera de membres effectifs, ordinaires et extraordinaires, qui se seront fait inscrire et auront retiré leur carte d'inscription.

Comme membres effectifs peuvent se faire inscrire : les médecins, pharmaciens et vétérinaires, qui exercent ou ont exercé dans les colonies ou dans les pays tropicaux.

Comme membres ordinaires : tous les membres du corps médical, qui prennent part aux travaux du Congrès.

Comme membres extraordinaires : toutes les personnes qui, n'appartenant pas au corps médical, s'intéressent à ses travaux.

Art. 4. — Les membres verseront une somme de 10 francs (dix florins) et recevront un exemplaire du compte rendu des travaux du Congrès.

Cette somme sera versée : par MM. les adhérents en même temps qu'ils enverront leur adhésion ; par MM. les participants au moment où ils retireront leur carte.

Les inscriptions et la distribution des cartes se feront le 5 septembre, de midi à trois heures, les jours suivants de dix heures à midi, dans les bureaux du Congrès.

Art. 5. — Les étudiants en médecine pourront obtenir des cartes d'admission en versant 2 fr. 50 (deux florins et demi).

Art. 6. — Le Congrès se réunira deux fois par jour.

Art. 7. — Des rapporteurs, désignés d'avance par le Comité, feront à l'Assemblée l'exposé des questions qui leur auront été départies.

Cet exposé se terminera par des conclusions qui serviront de base à la discussion.

Art. 8. — Le Congrès disposera du temps qui lui restera pour recevoir les communications en dehors du programme.

Art. 9. — Les membres qui désireront faire une communication sur un sujet en dehors du programme, sont priés d'en donner connaissance au Comité, quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès.

Art. 10. — A la première séance, le Congrès nommera un bureau définitif, qui se composera : d'un président, de deux vice-présidents, d'un nombre indéterminé de présidents honoraires, d'un secrétaire général et de deux secrétaires adjoints.

Art. 11. — Tous les travaux lus et toutes les communications faites au Congrès seront immédiatement remis par écrit aux secrétaires.

Le Comité qui procédera à la publication des actes du Congrès, décidera de l'insertion partielle ou totale ou de la non-insertion de chacun des travaux susdits dans le compte rendu.

Art. 12. — Le français sera la langue officielle du Congrès. Les membres pourront toutefois se servir d'autres langues. Lorsque le désir en sera exprimé, les communications ainsi faites seront résumées en français par l'un des membres présents à la réunion.

Art. 13. — Le temps accordé à chaque orateur sera limité à un maximum de quinze minutes. Cette disposition n'est pas applicable aux rapporteurs, qui toutefois sont priés de rester autant que possible dans ces limites.

La discussion sur chaque sujet sera limitée à une heure.

Art. 14. — Le Président dirige les séances et les débats suivant le mode adopté dans les assemblées délibérantes en général. Il arrête les ordres du jour en se concertant avec le bureau.

COMITÉ D'ORGANISATION.

Bureau : Professeur Dr B.-J. Stokvis, Amsterdam, président ; Dr A.-A.-G. Guye, Amsterdam, vice-président ; Dr F.-J. Van Leent, médecin en chef de première classe de la marine royale néerlandaise, Amsterdam, secrétaire général ; Dr Jules Coronel, médecin de première classe, chef du service médical militaire à Surinam, Amsterdam, secrétaire adjoint; M. A. Cochius, médecin en chef de première classe de l'armée des Indes Orientales néerlandaises, Amsterdam, secrétaire adjoint; Dr J. Zeeman, directeur du *Journal médical néerlandais,* Amsterdam, trésorier.

Membres : Dr P. Kok Ankersmit, ancien médecin des hospices d'aliénés, aux Indes Orientales néerlandaises, Amsterdam; M. B.-E.-J.-H. Becking, ancien chef du service médical aux Indes Orientales néerlandaises, Utrecht; Dr B. Carsten, inspecteur adjoint médical, la Haye; Professeur Dr J. Forster, Amsterdam; Dr M.-W.-C. Gori, lecteur de médecine et de chirurgie militaires à l'Université d'Amsterdam ; Dr J. Hartzfeld, ancien médecin en chef de première classe de l'armée des Indes Orientales néerlandaises, la Haye; M. C.-J. Van Hees, général-major, inspecteur du service médical de l'armée, la Haye ; M. F. Heckmeyer, ancien pharmacien en chef de l'armée des Indes Orientales néerlandaises, Amsterdam; Professeur Dr C.-H. Kuhn, président de l'Association médicale néerlandaise, Amsterdam; M. C. de Mooy, médecin de première classe de l'armée, Doesbourg ; Professeur Dr C.-A.-J.-A. Oudemans, Amsterdam; M. H.-L. Oudenhoven, contre-amiral, inspecteur du service médical de la marine royale néerlandaise, la Haye ; Professeur Dr G. Van Overbeek de Meyer, Utrecht; M. F. Perk, ancien médecin en chef de première classe de l'armée des Indes Orientales néerlandaises, Amsterdam ; Professeur Dr P.-C. Plugge, ancien professeur à l'École médicale de Yokohama, Groningue ; Dr W. Schutte, médecin de première classe de la marine royale néerlandaise, Amsterdam ; Dr L.-K. Wennekendonk, ancien premier médecin communal à Samarang (Java), la Haye.

N.-B. — Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées au secrétaire général, Dr Van Leent, place Rembrandt, à Amsterdam.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Les alcoolisés.

ACTION TOXIQUE DE L'ALCOOL. — TROUBLES DE L'INTELLIGENCE ET DES SENS. — ACTES CRIMINELS.

I

Il semble, à propos d'intoxication alcoolique, que le sujet soit très connu, banal, absolument épuisé et qu'il ne mérite plus l'honneur de fixer l'attention d'un auditoire. Je vais essayer de démontrer le contraire. En vous présentant des malades affectés d'alcoolisme à des degrés divers et en les faisant délirer devant vous, j'aurai soin de vous rappeler çà et là que des opinions cliniques divergentes ont pu être émises sur leur compte et que de véritables embarras surgissent parfois devant les tribunaux, à l'occasion d'actes étranges ou violents accomplis sous l'influence d'un état intellectuel toxique, mais atténué ou disparu à l'heure de l'audience. Il y a donc lieu de s'y arrêter et de ne point se laisser surprendre tout à coup par des phénomènes insidieux ou des attentats inexpliqués. Ne faut-il pas que le médecin soit toujours prêt à toutes les éventualités ?

L'usage des boissons fermentées et des liqueurs spiritueuses est de tous les pays et de tous les temps. Vous savez avec quelle facilité cet usage, bienfaisant quand il est maintenu dans de justes limites, dégénère en un dangereux abus. Or l'abus de l'alcool entraîne à sa suite les accidents et les troubles les plus variés : passager, il se traduit par un désordre transitoire des facultés intellectuelles ; habituel et prolongé, il engendre des lésions permanentes, des dégénérescences organiques irrémédiables, qu'un œil exercé découvre aisément derrière la symptomatologie variée, sourde ou bruyante, que ces lésions déterminent.

Au milieu de cette phénoménologie complexe, les troubles nerveux cérébraux ou spinaux tiennent la première place ; c'est sur ces troubles que je me propose d'appeler plus spécialement votre attention dans cette leçon.

On se sert volontiers, dans le langage courant, pour désigner les accidents consécutifs aux excès alcooliques, ou la fâcheuse propension à ces excès, de termes qui ont leur signification précise, mais qui sont trop souvent employés les uns à la place des autres, comme s'ils constituaient des expressions synonymes : l'*ivresse,* l'*ivrognerie,* l'*alcoolisme,* la *dipsomanie,* qu'on confond quelquefois entre eux, sont autant d'états, d'habitudes ou de tendances distincts, ayant leurs caractères propres, caractères que, dès le début, je voudrais bien définir, afin d'éviter une fois pour toutes la confusion dans vos esprits.

La *dipsomanie,* je me hâte de vous le dire, n'a rien affaire, nosologiquement parlant, avec l'alcoolisme. Elle peut l'engendrer ou le développer, mais elle est autre chose : c'est, comme son nom l'indique, une sorte de monomanie instinctive, qui peut se présenter à l'état isolé, mais complique communément certaines vésanies dont elle n'est qu'une manifestation partielle. La dipsomanie s'observe, par exemple, assez fréquemment à la première période de la paralysie générale progressive. Elle constitue un véritable état pathologique dans lequel l'individu, chez qui la liberté morale est défaillante et toujours plus ou moins profondément atteinte, est poussé par une sorte de puissance irrésistible à faire usage des liqueurs fortes. Elle touche *à l'ivrognerie,* dont elle pourrait à la rigueur être considérée comme un degré avancé. Elle en

est distincte cependant. Entre l'ivrognerie et la dipsomanie il y a toute la distance qui sépare une habitude vicieuse d'une impulsion morbide. « Les ivrognes, a dit très justement Trélat père, sont des gens qui s'enivrent lorsqu'ils trouvent l'occasion de boire ; les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend. »

La dipsomanie et l'ivrognerie constituent, vous le voyez, des tendances ou des instincts maladifs. L'*ivresse* et l'*alcoolisme* sont des états de l'organisme, modifié dans sa manière d'être par l'ingestion d'une trop grande quantité d'alcool. Accidentelle, l'ivresse est une sorte d'intoxication aiguë passagère. L'alcoolisme est une intoxication plus durable et plus profonde : qu'il se traduise par des épisodes aigus ou seulement par des manifestations chroniques, peu importe, il suppose l'imbibition prolongée de l'organisme par le poison, et les effets durables de cette imbibition survivent aux accidents plus ou moins bruyants qui viennent parfois rompre la monotonie du tableau morbide.

Les détails dans lesquels je vais entrer, d'ailleurs, vous feront mieux saisir les distinctions fondamentales nosologiques et surtout cliniques qui existent entre ces divers états.

I. *Ivresse.* — Étudions l'ivresse tout d'abord. On l'a quelquefois désignée sous le nom d'alcoolisme aigu, mot juste si l'on se place au point de vue étiologique, mot mauvais au point de vue descriptif, parce qu'il prête à confusion. Il est en effet de tradition de désigner par cette expression ce qu'on pourrait peut-être plus exactement appeler les *formes aiguës* de l'alcoolisme chronique. La tradition a droit à nos respects, surtout en matière de terminologie, lorsqu'il n'y a pas urgence absolue de rompre avec elle ; aussi, lui resterai-je fidèle et réserverai-je le terme alcoolisme aigu pour l'appliquer au delirium tremens que je vous décrirai par la suite.

L'ivresse a ses degrés, disons plus exactement ses périodes. On peut les ramener à trois et je vous en rappellerai en quelques mots les caractères.

La première s'accuse par un sentiment général de bien-être, une activité plus grande de la circulation et de la respiration, une exaltation momentanée des forces physiques ; les facultés intellectuelles deviennent plus vives, la pensée est plus rapide, le langage plus animé et plus facile ; les expressions se succèdent plus justes et plus variées ; c'est le moment des saillies spirituelles, des reparties fines, des boutades imprévues ; c'est aussi celui des paroles indiscrètes et des révélations maladroites. Cet état d'éréthisme cérébral constitue à peine une situation pathologique.

Mais au degré suivant les choses changent de face. A l'excitation des fonctions intellectuelles succède leur perversion ; les idées deviennent confuses et incohérentes ; l'imagination s'affaiblit, puis s'éteint ; la sensibilité s'émousse ; l'ouïe et la vue sont obtuses ; en même temps la parole est pâteuse, la prononciation embarrassée ; le malade titube, va de travers, comme on dit : il éprouve des vertiges et voit les objets *tourner autour de lui* ; les veines du cou deviennent turgescentes, le visage pâlit ou plus souvent se congestionne ; la respiration elle-même se trouble et peut être irrégulière et anxieuse. A ces manifestations, qui constituent le fond du tableau, s'ajoute fréquemment du délire, des illusions, plus rarement des hallucinations. Le délire consiste dans une sorte de perversion des facultés affectives, différente pour les divers individus, mais habituellement toujours identique à elle-même chez le même sujet ; tel a le vin *gai*, tel autre le vin *triste* ou *violent*. Le premier, sous l'influence de l'alcool, devient plus chaud, plus aimant ; il se répand en épanchements intimes, en protestations d'amitié et de dévouement. L'autre est concentré, voit volontiers dans les personnes qui sont autour de lui des gens qui le menacent ; il est provocant, cherche querelle sans motif : c'est là l'intoxiqué dangereux. D'ailleurs ces dispositions particulières de l'homme qui a trop bu ne varient pas seulement avec les tendances individuelles ; elles dépendent, dans une certaine mesure, de la nature des boissons ingérées : le vin communique une ivresse gaie, bruyante, animée ; la bière, au contraire, une ivresse lourde et accablante. L'absinthisé est souvent violent et agressif.

Le troisième degré se caractérise par l'anéantissement complet des fonctions cérébrales. Le malade est envahi par un sommeil profond ; il y a suppression absolue de l'intelligence, de la sensibilité, de la motilité ; la résolution musculaire est complète ; c'est un véritable état comateux. Le pouls est petit et misérable, la respiration stertoreuse. L'individu dégradé et tombé à terre, là même où l'ivresse l'a surpris, au milieu d'un chemin, sur le trottoir d'une rue, sous la table d'un cabaret, est, comme on l'a très justement appelé, *ivre-mort*.

Le sommeil ébrieux se prolonge, douze, vingt-quatre, quarante-huit heures, et l'individu se réveille habituellement courbaturé et fatigué ; la tête est lourde, la bouche amère, l'appétit absent, mais l'ivresse est dissipée. — Tels sont les effets qui résultent de l'abus passager des liqueurs alcooliques.

L'état d'ivresse constitue-t-il, au point de vue général, une circonstance atténuante ? Il n'est pas sans intérêt de rechercher comment aux diverses époques, et dans les différents pays, cette question a été envisagée. Nous allons, hâtons-nous de le dire, rencontrer sur ce chapitre des opinions et des pratiques divergentes. C'est que, suivant les temps ou les régions, l'ivresse est plus ou moins sévèrement appréciée. A ce propos, je vous rappellerai un mot assez juste de M. Taine : « En Allemagne et en Angleterre, dit-il, ce n'est point un déshonneur pour un homme bien élevé s'il sort de table avec un commencement d'ivresse ; de temps en temps il s'enivre tout à fait ; chez nous, au contraire, c'est une tache ; en Italie, c'est une honte ; en Espagne, au dernier siècle, le nom d'ivrogne était une injure qu'un duel ne suffisait pas à venger. » Directement ou indirectement, les législations ont dû se ressentir des diverses manières de voir que pouvait inspirer l'ivresse.

Les Grecs, à cet égard, étaient sans pitié. Non seulement l'ivresse n'était pas pour eux une excuse, mais encore Pittacus allait jusqu'à proposer de frapper d'une peine double les fautes commises sous son influence.

Moins sévère, la législation romaine mettait, en certains cas, l'ivresse au nombre des circonstances atténuantes : *Per vinum capitalis pœna remittenda est.*

Aux époques plus rapprochées de la nôtre, les législateurs se sont laissé guider en la matière, tantôt par une pitié généreuse, tantôt par une sévérité légitime. Vous en jugerez par quelques exemples.

En 1495, sous l'empereur Maximilien I[er], un décret fit grâce de la vie à ceux qui auraient proféré des blasphèmes en état d'ivresse.

La constitution criminelle, promulguée par Charles-Quint, en 1532, passe l'ivresse sous silence. Un édit de François I[er]

punit au contraire sévèrement cette défaillance. « Quiconque est surpris en état d'ivresse pour la première fois est retenu prisonnier et mis au pain sec et à l'eau ; à la seconde fois, non seulement il sera mis au pain sec et à l'eau, mais encore il sera battu de verges ou de fouet ; à la troisième fois, il sera fustigé publiquement ; s'il y a encore récidive, si on le reconnaît incorrigible, on lui coupera les oreilles, il sera puni d'infamie et de bannissement. »

Cette législation, vous le voyez, se ressent encore des mœurs encore un peu barbares du temps.

On est aujourd'hui moins sévère. Toutefois, en divers pays, les législateurs ont cherché, en édictant des peines dont la gravité varie, à mettre une barrière au libre exercice d'une passion fâcheuse.

En Angleterre, l'ivresse est punie d'une amende ; au point de vue criminel, le juriste Hallé propose deux peines : l'une pour l'ivresse, l'autre pour le fait accompli sous son influence.

En France, l'Assemblée nationale, en 1873, a voté, sur le rapport de M. Th. Roussel, une loi dont je vous rappellerai les principaux dispositifs. Tout homme trouvé sur la voie publique en état d'ivresse est condamné à une amende qui varie de 1 à 15 francs. En cas de récidive dans les douze mois, le coupable est traduit en police correctionnelle et condamné à la prison (de six jours à un mois), et à une amende de 16 à 300 francs. Quiconque aura été condamné correctionnellement deux fois la même année, sera privé de ses droits d'électeur, cessera d'être éligible, sera déclaré inapte à remplir les fonctions de juré ou toute autre fonction publique ; de plus, le port d'armes lui est interdit pendant deux ans.

Cette loi, plus tolérante que la plupart de celles qui l'ont précédée, n'a pas produit, il faut le dire, les résultats qu'on en attendait. Elle est presque tombée d'elle-même en désuétude, et lorsqu'on arrête un homme ivre dans la rue, c'est en général pour un autre motif que pour l'ivresse simple. Il s'agit le plus souvent d'outrages aux agents, de rébellion, de coups, rixes ou blessures, etc. Malgré la loi Roussel, malgré l'institution trop platonique de la Société de tempérance, on n'est pas encore arrivé, je ne dis pas à empêcher, mais même à enrayer ce que l'on appelle l'ivresse publique. Les progrès de l'instruction, l'accroissement du bien-être des masses, en modifiant les habitudes et les mœurs, me paraissent devoir être, dans l'espèce, plus efficaces qu'une législation quelconque qui sera toujours d'une application difficile.

Mais quelles que soient les lois d'une efficacité plus ou moins illusoire, édictées dans le but d'empêcher l'ivresse et d'en arrêter les progrès, demandons-nous quelle est en *droit civil* et en *droit criminel* la situation de l'homme ivre ?

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 mars 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Centre respiratoire. — M. LABORDE communique les résultats de nouvelles expériences sur la piqûre du bec du calamus scriptorius. Ces expériences démontrent que la respiration, chez les animaux, se fait en dehors de l'intervention des pneumo-gastriques.

M. BROWN-SÉQUARD a depuis fort longtemps fait des expériences ayant démontré que l'arrêt de la respiration, chez les animaux, peut être provoqué par des causes éloignées du bulbe, en d'autres termes, que le centre respiratoire n'est pas seulement limité au bulbe.

M. DASTRES rappelle que des expériences ont été faites en Allemagne, tendant à prouver que le centre respiratoire n'existe pas seulement dans le bulbe, mais aussi au-dessus et au-dessous, et qu'on obtient des mouvements respiratoires médullaires.

M. BROWN-SÉQUARD dit que le diaphragme seul peut produire ces respirations.

La caduque utérine. — M. DOLÉRIS a étudié la façon dont s'élimine la caduque utérine dans les avortements. Habituellement cette caduque s'exfolie quelques jours après l'avortement. Mais quelquefois aussi elle s'exfolie avant l'œuf. M. Doléris cite un cas de M. Marius Rey, dans lequel la caduque utérine est tombée dix jours avant un œuf de trois mois et demi. Il cite également le fait suivant : Une femme de vingt-sept ans a eu quatre grossesses ; dans trois de ses grossesses, elle a rendu des lambeaux de caduque à des périodes diverses de la grossesse, celle-ci suivant son cours.

Emploi de l'eau oxygénée à l'intérieur. — M. LARRIVÉ rappelle que, dans la dernière séance, M. Bert a émis l'avis que l'on pourrait utiliser l'eau oxygénée en médecine, dans la phtisie pulmonaire, par exemple, ou en lavements, dans certaines diarrhées chroniques, la diarrhée de Cochinchine en particulier. A l'appui de cette opinion, M. Larrivé cite quelques observations. Les deux premières ont été prises dans le service de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, et seront publiées ultérieurement dans sa Clinique chirurgicale ; il ne fait ici que les signaler.

La première observation est celle d'un homme d'une cinquantaine d'années, atteint d'une tumeur blanche du poignet droit, et qui arriva dans le service au mois de mai 1882, presque mourant, épuisé par une longue suppuration. Au moment de son entrée dans la salle Saint-Augustin, n° 2, on pouvait déjà constater la présence de cavernes au sommet des deux poumons. M. Péan pratiqua l'amputation du bras ; la plaie fut pansée avec l'eau oxygénée. En même temps, on donna chaque jour au malade, à prendre dans du lait, une cuillerée à bouche d'eau oxygénée, et au bout de trois ou quatre semaines, il sortait dans un état très satisfaisant.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de trente-six ans, atteint de carie des os du pied. Sur la face dorsale du pied existait trois trajets fistuleux laissant sortir des gouttes de pus. « L'état général, dit l'observation que je cite ici textuellement, est peu satisfaisant, *mais il n'y a rien du côté des organes thoraciques.* » Malgré cela, en dehors du traitement local qui consista dans l'immobilisation du pied et les injections de teinture d'iode dans les trajets fistuleux, on institua un traitement général : huile de foie de morue, vin de quinquina et tous les jours une potion contenant de l'eau oxygénée. — Un mois après, le malade partait pour Vincennes, considérablement amélioré.

Enfin, M. Larrivé soigne, en ce moment, un jeune enfant d'une dizaine d'années qui a une tumeur blanche du genou droit. Il n'a rien découvert, à l'examen le plus attentif du côté de la poitrine. Cependant, en raison des antécédents de famille, il lui fait prendre de l'eau oxygénée à l'intérieur et n'a qu'à se louer du résultat obtenu.

Sur ces trois malades, un seul était manifestement tuberculeux, mais l'eau oxygénée n'agirait-elle que comme un excitant de l'estomac et comme un agent vivifiant, que cela suffirait à recommander son emploi.

Suivant le conseil de M. Bert, M. Larrivé vient de prescrire des lavements contenant une cuillerée à bouche d'eau oxygénée à un fonctionnaire arrivé tout récemment de Cochinchine et qui est très fatigué par la diarrhée.

La séance est levée.

Séance du 17 mars 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

État cataleptiforme dans les muscles. — M. BROWN-SÉQUARD dit que quelque chose de semblable à la catalepsie peut se produire dans les muscles et uniquement dans les muscles. Il est difficile que ce soit une partie nerveuse quelconque qui en soit la cause, puisque ce phénomène peut se produire plus de deux heures après la mort et que la destruction de la moelle épinière ne le modifie en rien ou même tendrait plutôt à l'augmenter. Cet état cataleptique est tellement net qu'il ne peut être l'objet d'aucun doute. Un membre quelconque garde la position qu'on lui donne, et toujours à l'état de raideur : ce n'est pas la rigidité cadavérique, puisque cela ne change pas. Il est possible qu'il en soit ainsi chez l'homme.

On connaît les mouvements convulsifs qui ont été observés après la mort par le choléra et la fièvre jaune. M. Brown-Séquard cite un exemple dont il a été témoin. Un homme, mort du choléra depuis plusieurs heures, rapprochait ses deux mains l'une de l'autre, en levant les bras en l'air, et cela pendant un certain temps et de la façon la plus nette. Un auteur anglais a signalé les mêmes faits à la suite de la mort par la fièvre jaune. Enfin on connaît les mouvements convulsifs qu'on observe parfois dans une jambe récemment amputée.

Il n'est pas douteux pour M. Brown-Séquard que ces phénomènes ont pour siège la périphérie et non les centres nerveux. En rapprochant ces faits les uns des autres, on arrive à cette conclusion qu'il existe un état particulier des muscles analogue à celui qui a été désigné sous le nom d'état cataleptique, et que les tissus contractiles peuvent avoir une certaine puissance d'action plus ou moins semblable à celle qui se produit sous l'influence du système nerveux. Le tissu contractile est donc plus lié qu'on ne le croit au système nerveux.

M. ONIMUS rappelle avoir obtenu, chez un supplicié, deux ou trois heures après la mort, les mouvements convulsifs des muscles par l'excitation électrique.

M. BROWN-SÉQUARD a signalé ce même fait dès 1871 et l'a vu se produire treize et quatorze heures après la mort.

Mode d'action des narcotiques. — M. BROWN-SÉQUARD a fait une série d'expériences d'où il semble résulter que les narcotiques agissent en produisant des phénomènes d'inhibition ; c'est surtout l'opium et ses dérivés qui donnent lieu à ce phénomène. Chez un chien, un tiers de centigramme de sulfate de morphine injecté sous la peau au voisinage du larynx produit une anesthésie générale qui peut durer un certain temps.

Loi de Rabuteau. — M. RABUTEAU a entrepris un certain nombre de recherches sur deux métaux : le gallium et l'yttrium.

Ces recherches confirment de nouveau la loi qu'il a formulée sur la relation directe qui existe entre le poids atomique d'un métal et sa toxicité.

Glycosurie après l'ablation des mamelles. — M. PAUL BERT rappelle qu'à peu près en même temps M. de Sinéty et lui eurent l'idée d'enlever les mamelles à des femelles de cochons d'Inde venant de mettre bas, et de rechercher ensuite la présence du sucre dans leurs urines ; ils n'en trouvèrent pas. M. Bert a répété la même expérience sur une chèvre ; il lui a enlevé les mamelles ; elle a mis bas il y a quelques jours, et il a trouvé une quantité considérable de sucre dans les urines de cette chèvre. Par suite des irritations produites par le chevreau cherchant à téter une tétine qui restait, il est survenu un vaste phlegmon de la région et le sucre a aussitôt disparu des urines. Une chèvre ayant mis bas en même temps que la première et étant restée dans les conditions normales n'a pas présenté de traces de sucre dans ses urines.

ÉLECTION

M. HENNEGUY est élu membre titulaire.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Notes et souvenirs sur Jules Cloquet.

Par M. le docteur Péan.

Il y a quelques jours à peine nous conduisions à sa dernière demeure un maître aimé et vénéré. Un juste tribut d'hommages lui a été rendu sur sa tombe par plusieurs éminents confrères. J'ai pris moi-même la parole au nom des chirurgiens des hôpitaux dont M. Cloquet était, depuis longtemps déjà, le doyen d'âge.

Docteur en médecine en 1817, M. Cloquet entra dans les hôpitaux par le concours en 1819, à l'âge de vingt-neuf ans, en qualité de chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, où il fut adjoint à Richerand. Pendant les dix années qu'il passa dans cet hôpital il publia non seulement un grand nombre d'observations chirurgicales, mais encore son beau mémoire sur les vers intestinaux, ce qui lui valut un prix de l'Académie des sciences. Il s'y fit remarquer, en outre, par son habileté opératoire et par son sang-froid ; ce qui détermina Richerand à lui confier les opérations les plus difficiles de son service.

En 1821, lors de la création de l'Académie de médecine, il fut compris dans les onze premiers membres élus de la section de chirurgie. En 1830, il passa à l'hôpital Saint-Antoine. En 1831, il fut nommé chirurgien de la Maison Royale de santé. L'année suivante il contracta, dans cet établissement, le choléra qui sévissait alors avec tant de rigueur à Paris, et qui contribua à altérer profondément sa santé.

Dans la même année, il obtint, au concours, la chaire de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et, en 1834, celle de clinique chirurgicale, qui venait alors d'être créée à l'hôpital des cliniques de la Faculté.

C'est là que je le vis pour la première fois. A cette époque déjà, il se faisait suppléer par son digne élève, M. Larrey, qui, depuis, a parcouru, comme lui, la plus brillante carrière, et qui est resté l'un des rares survivants de tous les célèbres chirurgiens de cet hôpital aujourd'hui disparu.

Dès ce moment j'avais été frappé de la physionomie douce, bienveillante, de la parfaite distinction de M. Cloquet, du charme de son esprit et de ses manières, qualités que nous avons retrouvées depuis chez plusieurs maîtres également arrivés à une haute situation. Cette affabilité, cette correction de langage, cette sympathie qu'inspirait toute sa personne, contrastaient singulièrement avec la brusquerie de ton et d'allures de quelques-uns de ses collègues qui, malgré leur incontestable autorité, laisseront dans les cœurs des souvenirs moins durables.

Ce n'était pas seulement par ces brillantes qualités que M. Cloquet commandait l'estime et le respect. Ce qu'il y avait à admirer plus encore chez lui, c'était l'étendue de ses connaissances, la sûreté de son diagnostic, son habileté d'opérateur. Mais en même temps combien j'étais douloureusement impressionné par l'état de langueur de sa santé ! Depuis longtemps, elle avait été mise à de rudes épreuves par les travaux anatomiques auxquels il s'était livré avec passion et par l'atmosphère viciée des hôpitaux au milieu de laquelle il avait vécu. Aussi ne fus-je pas surpris lorsque, quelques années plus tard, il dut abandonner la vie militante pour tâcher de rétablir ses forces.

On le vit alors, tout en conservant assez de sa nombreuse clientèle de la ville pour subvenir aux exigences de la vie, consacrer le meilleur de son temps à suivre encore les travaux de la jeunesse d'alors, à la guider par ses conseils et à la soutenir par ses encouragements. Ce fut à cette époque seulement que j'eus la bonne fortune de me trouver plus directement en relation avec lui à l'occasion d'un concours à la Faculté où il fut mon juge. Épuisé par les années de lutte et de travail que je venais de passer dans les foyers insalubres de l'hôpital et de l'amphithéâtre, j'allais douter du succès et des moyens de poursuivre une carrière aussi hérissée de labeur et de difficultés, lorsque je me sentis vigoureusement

soutenu par M. Cloquet, doyen d'âge du jury de ce concours. Non content de m'encourager de son appui, bien que je fusse complètement inconnu de lui, il me fit entrevoir quels avaient été les obstacles qu'il avait dû surmonter lui-même dans de pareilles conditions, et ils n'avaient pas été moindres. Un semblable encouragement, venant de si haut, était bien fait pour tenir en haleine un élève jeune encore et sous le coup de l'enthousiasme que lui avait inspiré la lecture des travaux du maître. Ces travaux, devenus classiques, étaient exposés journellement par ceux de nos autres maîtres qui l'avaient remplacé dans les hôpitaux et qui presque tous, depuis un trop grand nombre d'années déjà, ont succombé sous le poids des fatigues de notre belle et dangereuse profession.

Je ne me lassais pas d'admirer ce qu'il avait fallu dépenser d'énergie pour accomplir ces beaux volumes d'anatomie dessinés de sa main, tous ces travaux sur l'anatomie générale, l'anatomie pathologique, la pathologie et la clinique chirurgicales, la médecine opératoire, sans parler d'autres productions non moins remarquables de littérature.

Que ne lui avait-il pas fallu de temps, de force, d'intelligence pour analyser, pour publier tous ces documents! J'avais été frappé surtout des efforts, suivis de succès, qu'il avait dû accumuler pour enrichir ses œuvres de ses propres dessins et pour orner nos musées pathologiques de ses belles collections.

Devant cette sûreté de jugement, cette finesse d'aperçus, cette abondance de recherches, je comprenais pourquoi les forces physiques et morales avaient été ébranlées et pourquoi notre cher maître avait été contraint, à son grand regret, d'abandonner la vie active qu'il avait menée jusque-là avec tant d'ardeur.

Dès lors je repris la lutte et il ne cessa de m'encourager. Depuis cette époque, les relations que j'eus avec lui furent entretenues grâce à sa grande bienveillance, et elles me permirent ainsi d'apprécier, à la fois, ce que valait le savant et l'homme privé. Il ne croyait pas, comme quelques autres, que le champ de la chirurgie était épuisé et qu'il n'y avait plus de recherches nouvelles à faire. Il comprenait, il aimait la chirurgie, il considérait que ses ressources étaient inépuisables et, loin de détourner ceux qui avaient foi dans son avenir, il les poussait volontiers lui-même dans la voie du progrès.

Tant de titres devaient lui ouvrir les portes de l'Institut. Aussi y fut-il admis en 1855.

Bientôt un évènement important de ma vie me permit de resserrer les liens de notre intimité, ayant contracté une alliance dans une famille qui lui était attachée, depuis sa jeunesse, par la science et par l'amitié. Je ne fus plus seulement admis auprès d'un maître, mais auprès d'un ami, d'un père, dont je pouvais mieux encore apprécier les rares qualités de cœur. J'y trouvais des satisfactions d'autant plus douces que je le vis entouré de confrères, maîtres aussi, pour lesquels j'avais, depuis longtemps déjà, la plus profonde estime. Rien de ces froideurs que ses anciens succès lui avaient autrefois suscitées. Il n'y avait là que des hommes de valeur réelle, aussi dévoués qu'intelligents et que je me plus à aimer autant que lui.

Au milieu de ce groupe d'amis, il y avait une femme qui savait les attirer par l'attrait de ses charmantes et brillantes qualités, la digne compagne qui avait su comprendre ce qu'il y a de beau dans la vie du médecin, ce qu'il y a de douce satisfaction à sauvegarder le plus longtemps possible une santé compromise par les efforts de la lutte et qu'il importait d'entretenir précieusement, comme une lumière destinée à guider les nouvelles générations. Quoi de plus encourageant, après une carrière aussi bien remplie, pour un médecin qui a voué son existence au salut des malades, que de sentir la sienne soutenue à son tour par une compagne aimée! Aussi ne saurions-nous trop témoigner, avec notre respectueuse et sympathique admiration, notre sincère reconnaissance à la femme dont le dévouement rivalisait avec celui de l'ami et du savant éclairé qui lui prodiguait ses soins. Elle laisse un bel exemple aux compagnes de nos laborieux confrères.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La seconde épreuve (leçons de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation) du concours de l'agrégation (section d'accouchements), a commencé samedi 17 mars. MM. Ribemont et Maygrier ont eu à traiter la question suivante : « Intervention dans les présentations de la face. »

Les autres candidats subiront cette épreuve dans l'ordre suivant : lundi 19 mars, MM. Doléris et Bar ; mardi 20 mars, MM. Poullet et Porak ; mercredi 21 mars, MM. Bureau et Loviot.

— Par décret, en date du 16 mars 1883, M. Layet (Elzéar-Alexandre), médecin de première classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal (tour de choix).

— Par décret, en date du 14 mars 1883, M. Puig (P.-E.-J.), pharmacien-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de pharmacien-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. — Emploi vacant par organisation.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours pour la nomination à deux places de prosecteur s'est ouvert le vendredi 16 mars, à midi et demi. Le jury se compose de MM. les professeurs Béclard, président ; Duplay, Richet, Sappey et Verneuil, juges. Les candidats, au nombre de seize, sont : MM. Barette, Berne, Broca, Coudray, Guinard, Hache, Mesnard, Michaux, Ozenne, Poirier, Pousson, Ricard, Tuffier, Verchère, Walther et Wickham.

— MM. Terrier, Nicaise, Tillaux et Guéniot, agrégés libres, sont rappelés à l'exercice, pendant la durée du concours d'agrégation de chirurgie et d'accouchements.

— M. Pinard, agrégé, est chargé, en 1883, d'un cours clinique d'accouchements pour les sage-femmes.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le professeur Bouchacourt est autorisé à se faire suppléer par M. Marduel, agrégé, pendant la durée du concours d'agrégation de chirurgie et d'accouchements.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Vuillemin, aide d'histoire naturelle, est maintenu dans ses fonctions, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Roberty, professeur de physiologie, est autorisé à se faire suppléer, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, par M. Livon, suppléant.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Bureau (Émile) est nommé prosecteur, en remplacement de M. Sauvage, démissionnaire.

— *Eaux thermales.* — Consulté sur la question de savoir si les états de proposition pour l'admission des anciens militaires à l'hôpital thermal d'Amélie-les-Bains, pendant les deux saisons d'hiver, par application de la loi du 12 juillet 1872, doivent continuer à lui être adressés le 15 octobre de chaque année, le ministre de la guerre, par une circulaire en date du 8 mars 1883, déclare qu'il n'y a pas lieu d'apporter, sur ce point, de modifications à la circulaire du 28 janvier 1874. En conséquence, les états dont il s'agit devront lui être transmis, comme par le passé.

— *Hospices civils de Rouen.* — Un concours public pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux s'ouvrira le 15 juin 1883, à trois heures et demie. — Les candidats devront se faire inscrire avant le 1er juin, à la Direction, — Enclave de l'hospice général, — où ils trouveront tous renseignements sur le programme et les conditions d'admission.

— M. Joubin, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire Arago, à Banyuls-sur-Mer (emploi nouveau).

— *Amphithéâtre d'anatomie.* — 1° MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, directeur des travaux

anatomiques, ouvrira le cours de médecine opératoire le lundi 9 avril 1883, à deux heures.

M. le docteur Tillaux traitera des amputations. — M. le docteur Quénu, premier prosecteur, traitera des résections et des opérations spéciales. — M. le docteur Le Bec, deuxième prosecteur, traitera des ligatures d'artères. — Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. Siredey, chef du laboratoire. — MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — Les microscopes et autres intruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 26 mars.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14278.

N° 34. — JEUDI 22 MARS 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 22 MARS 1883. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. Épithélioma de l'amygdale envahissant le voile du palais, le plancher de la bouche et la base de la langue. Ligament de la carotide externe : résection partielle du maxillaire inférieur. Ablation de la tumeur avec l'anse galvano-caustique et le thermo-cautère. Guérison. — THÉRAPEUTIQUE. Sur le traitement médical des maladies calculeuses. — Solution contre la cystite du col. — Potion de Todd modifiée. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le dernier discours de M. Bouley a fait surgir sous notre plume les mots d'enthousiasme, d'exagérations, de résistances ; autant de mots qui ne devraient pas avoir cours dans le langage des discussions scientifiques. Et cependant ils s'appliquaient trop bien, dans notre pensée, à la circonstance pour ne pas les employer. A l'enthousiasme et aux exagérations que nous reprochions à M. Bouley, M. Peter a opposé, dans sa réplique, les résistances que nous avions prévues. Faisons abstraction de ce qu'il y a d'un peu excessif de part et d'autre dans la forme, et nous retrouverons, au fond, les deux orateurs dans leur rôle respectif naturel : M. Bouley parlant en savant, en physiologiste, que touchent plus que toute autre considération les progrès et l'avenir de la science ; M. Peter s'exprimant en médecin, c'est-à-dire en homme dont la principale préoccupation est l'intérêt présent, actuel des malades qui lui sont confiés. Que si le médecin a le devoir d'accepter tout progrès, d'où qu'il vienne, qui lui paraît susceptible de l'éclairer dans l'interprétation des phénomènes qui se présentent journellement à son observation et d'accroître les ressources de sa thérapeutique, c'est sous la condition expresse de ne jamais perdre de vue, dans l'application qu'il en fera, son sujet, qui est l'homme vivant et malade, avec tous ses attributs et avec tous les grands intérêts qui s'y rattachent.

Tel est le point de vue auquel s'est placé M. Peter dans sa réponse à M. Bouley. C'est, on le voit, l'éternel débat qui se continue et se renouvelle sans cesse à travers les siècles, depuis l'école de Cnide et celle d'Alexandrie, Paracelse et Van Helmont, Boerhaave et Stahl, jusqu'à Magendie et aux cliniciens de son époque, et, si près de nous, que le souvenir en est encore tout présent dans notre esprit, à Poggiale et Trousseau, dans une discussion qui eut, il y a quelque vingt ans, un grand retentissement à l'Académie et à laquelle nous prîmes nous-même, ici, quelque part. C'est toujours le même malentendu portant sur la différence d'objet et de méthodes des chimistes et des physiologistes expérimentateurs d'une part, et des médecins cliniciens de l'autre. La chimiatrie, — et sous ce vocable M. Peter comprend à peu près tout ce qui sort du laboratoire, — pour lui c'est l'ennemi.

Qu'avait dit M. Bouley dans son dernier discours ? La virulence et la contagion, jusque-là des mystères, ont été dévoilées, dans leur cause et leur essence, par la découverte des microbes. L'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et la prophylaxie des maladies contagieuses sont redevables de grands progrès à la théorie microbienne. M. Peter, prenant un à un chacun des termes de cette proposition, s'est attaché à en montrer tout au moins l'exagération, sinon l'inexactitude. L'inexactitude vient de ce qu'on a reporté de toutes pièces à la médecine, science de longue observation et d'incessante comparaison avant tout, et dans laquelle le médecin ne choisit pas, mais subit son sujet, les procédés des chimistes et des physiologistes expérimentateurs qui, ayant le choix de leur sujet et procédant par voie d'analyse, circonscrivent à volonté, dans leurs recherches, l'étude de l'action de tel ou tel agent physique sur telle ou telle partie de l'économie. Aussi ne recueillent-ils, comme résultats, que des faits partiels, simples, jamais ou rarement ces faits d'ensemble, complexes, tels que nous les présente généralement la pathologie. D'où ces applications de l'étude des effets de la chaleur à la théorie de la fièvre, qui ont conduit à la méthode de Brand. D'où, enfin, la charge vigoureuse de M. Peter contre cette méthode. Si elle ne se soutient pas devant la logique, se soutient-elle du moins devant l'expérience ? C'est ici que les statistiques, loin de nous éclairer, viennent jeter le trouble dans nos esprits : témoin les longues citations empruntées à un remarquable travail de M. Ricklin.

Si dans cette réplique vive et animée il s'est glissé peut-être quelques subtilités, si la mesure n'y a pas toujours été bien exactement observée, guère plus d'ailleurs qu'elle ne l'avait été dans le discours de M. Bouley, — c'est, paraît-il, chose difficile, — nous aimons du moins à y reconnaître l'expression d'un sens médical profond. M. Peter n'a pas terminé, du reste ; s'il en a fini avec Brand et sa méthode, il n'en a pas fini avec M. Pasteur, dont il se propose d'examiner les doctrines aux points de vue prophylactique et vaccinatoire, dans la prochaine séance.

— Au commencement de la séance, M. le président a annoncé à l'Académie la perte si regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Lasègue. Nous consacrerons dans le prochain numéro une notice à ce maître éminent.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Polaillon.

Épithélioma de l'amygdale envahissant le voile du palais, le plancher de la bouche et la base de la langue. Ligature de la carotide externe : résection partielle du maxillaire inférieur. Ablation de la tumeur avec l'anse galvano-caustique et le thermo-cautère. Guérison.

(Observation recueillie par M. Clado, interne des hôpitaux.)

Le nommé B... (Louis), âgé de quarante-trois ans, est entré à l'hôpital de la Pitié, le 17 décembre 1882, salle Broca, numéro 38.

Dans ses antécédents personnels et héréditaires, on ne trouve aucune maladie offrant une relation avec son affection actuelle. Son père et sa mère sont vivants et bien portants.

Il dit n'avoir jamais eu la syphilis, et n'en présente pas de traces actuellement. Il n'a jamais fait d'excès alcooliques ou de tabac.

Au mois d'août 1882, il sentit une gêne dans la bouche, du côté gauche, spécialement au moment de la déglutition.

Un médecin lui cautérisa la gencive et la langue, pendant plusieurs jours, avec le crayon de nitrate d'argent.

Voyant qu'il n'y avait aucune amélioration, il consulta un autre médecin qui cautérisa encore les parties malades avec le nitrate d'argent liquide. Un peu plus tard étant allé à la clinique du docteur Fauvel, on toucha les parties ulcérées de la bouche avec la teinture d'iode, et on lui prescrivit l'iodure de potassium à l'intérieur.

Enfin M. le docteur Floquet, l'ayant examiné et ayant constaté que le voile du palais et la langue étaient envahis, le fit entrer dans le service de M. Polaillon.

Pendant quelques jours M. Polaillon, ayant des doutes sur la nature syphilitique de la maladie, administra l'iodure de potassium, à la dose de 4 grammes par jour, et le proto-iodure de mercure. En même temps il lui fit prendre du bromure de potassium pour calmer les souffrances. Ce traitement, n'ayant produit aucune amélioration, fut bientôt suspendu.

Les caractères d'une affection cancéreuse devenaient de plus en plus évidents. Cependant on fut obligé d'ajourner l'opération, parce qu'il survint un œdème douloureux des jambes avec érythème de la peau, fièvre et malaise très marqué. Les deux mollets, surtout celui du côté gauche, étaient tendus, rénitents. On sentait un cordon dur à sa partie postérieure, résultant probablement d'une thrombose veineuse.

Le 5 janvier 1883, le côté externe du mollet gauche se tuméfia et il y eut menace d'abcès. Mais les choses en restèrent là, et, à la suite d'application de cataplasmes, la résolution était complète vers le 13 janvier.

État actuel. — A ce moment l'examen du malade donne les résultats suivants :

Sur la partie la plus reculée de la gencive et du plancher de la bouche, au niveau de l'angle de la mâchoire, à gauche, on aperçoit une ulcération qui s'étend au pilier antérieur du voile du palais, à l'amygdale et au voile du palais lui-même jusqu'à la luette. La partie voisine de la base de la langue est ulcérée et dure. La surface de toute cette ulcération présente un aspect irrégulier, mamelonné, saignant facilement. Les bords sont déchiquetés et taillés à pic.

En promenant le doigt sur les parties malades, on sent que la base et les bords de l'ulcération sont formés par des tissus durs.

Toute l'amygdale gauche est envahie, mais, en arrière d'elle, la paroi du pharynx est souple et paraît saine. En dedans et en bas la maladie est limitée à la moitié gauche du plancher de la bouche, et à une partie de la base de la langue, qui présente un noyau de 2 centimètres de diamètre environ, au niveau de la partie gauche du V lingual. Tout le reste de la langue est sain. En avant, sur le plancher de la bouche et sur la gencive, le mal ne dépasse pas la canine inférieure gauche. En haut, l'envahissement du voile du palais s'arrête à la ligne médiane.

L'exploration avec le doigt est très douloureuse.

Plusieurs ganglions de la région sus-hyoïdienne correspondante sont tuméfiés et très probablement dégénérés.

Jusqu'à présent il n'a pas eu de très fortes douleurs spontanées. Le malade accuse surtout de la gêne dans la parole, la déglutition et la mastication. Quelques picotements dans le fond de la gorge, irradiant jusqu'à l'oreille du côté gauche, se font sentir de temps en temps.

Quelquefois après le repas, après une longue conversation ou même sans aucune cause, il a des hémorragies légères.

La salivation est modérée. Souvent les crachats sont teintés de sang. L'odeur cancéreuse n'est pas très prononcée.

Notre maître M. Polaillon porte le diagnostic de *tumeur épithéliomateuse ulcérée*, ayant débuté, probablement, par l'amygdale.

Malgré l'étendue de la maladie et l'incertitude d'une guérison radicale, M. Polaillon pense que l'opération est indiquée comme devant améliorer l'état très pénible du malade. Ce dernier est d'ailleurs d'un caractère courageux, et réclame avec beaucoup d'insistance l'ablation de sa tumeur.

16 *janvier.* — *Opération.* Elle est divisée en deux parties : 1° ligature de la carotide externe gauche; 2° ablation de l'épithélioma.

Première partie. — Ligature de la carotide externe, pour prévenir une hémorragie trop considérable pendant l'opération. Incision depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. La recherche de l'artère est difficile, parce que celle-ci est recouverte par plusieurs ganglions cancéreux, qu'on est obligé d'énucléer avec la sonde cannelée et le doigt. Bientôt on tombe sur l'hypoglosse et on rencontre au-dessous l'artère donnant ses branches. On la lie avec un fil de catgut.

Deuxième partie. — Incision courbe qui part de la commissure gauche des lèvres et qui vient se réunir à l'incision de la ligature vers l'angle de la mâchoire. Dissection du lambeau inférieur en rasant la face externe du maxillaire inférieur et détachant les tissus jusque vers l'os hyoïde. Malgré la ligature de la carotide externe, les artères coupées saignent assez abondamment. Cette hémorragie provient évidemment des anastomoses, parce que le bout périphérique des artères sectionnées donne beaucoup plus que le bout central. On place des pinces hémostatiques et on lie au fur et à mesure.

La deuxième incision gauche est arrachée. La scie à chaîne est placée en ce point et le maxillaire inférieur est sectionné à deux travers de doigt environ de la ligne médiane. On sectionne de la même façon la branche montante du maxillaire au niveau de sa partie moyenne.

Dès que la portion du maxillaire qui tenait aux tissus malades eût été isolée par ces deux traits de scie, il devint facile d'attaquer la tumeur elle-même. Pour cela, M. Polaillon traversa, avec un petit trocart courbe, le plancher de la bouche, de manière à le faire pénétrer un peu au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde et ressortir vers la pointe du V lingual. Un fil de platine fut introduit dans le tube du trocart qui fut retiré. Puis ce fil de platine fut disposé de manière à former une anse qui embrassait le tiers postérieur de la moitié gauche de la langue et le plancher de la bouche jusqu'à la section antérieure du maxillaire. Ce fil ayant été adapté au serre-nœud du galvano-cautère et mis en communication avec la pile, tous ces tissus furent sectionnés. Une autre anse galvanique fut placée de la même manière pour sectionner les tissus au-dessous de l'amygdale, depuis la base de la langue jusqu'au pharynx. Une troisième anse, placée en arrière de l'amygdale, coupa la paroi du pharynx. La tumeur se détacha alors; mais il restait à enlever la moitié gauche du voile du palais, ce qui fut fait avec le thermo-cautère.

La vaste plaie, qui saignait en nappe dans plusieurs endroits, fut cautérisée au thermo-cautère. Quelques ligatures furent placées sur les artères importantes. Enfin, la plaie ayant été lavée à l'eau phéniquée forte, M. Polaillon sutura les tissus de la joue. Sept sutures profondes et trois superficielles avec du fil d'argent. Pas de drain.

Dans l'intérieur de la bouche on disposa une éponge phéniquée

fixée à un fil qui traversait la plaie et venait s'attacher à une autre éponge extérieure. Cette dernière maintenait l'éponge intra-buccale en place. Pansement de Lister.

La perte de sang a été assez abondante, malgré la précaution de lier l'artère carotide externe.

Le patient a été endormi complètement par le chloroforme pendant la première partie de l'opération. Mais, pendant la seconde partie, il n'était plus que dans une demi-anesthésie.

L'opération a duré une heure et quart.

Suites. — Immédiatement après l'opération, il survint un peu de gêne de la respiration, qui se calma aussitôt qu'on eut fait asseoir le malade.

Essai d'alimentation au biberon, avec du bouillon, du lait, du tapioca, etc., mais le malade rend ces aliments dès qu'il cherche à les avaler. La déglutition est très douloureuse. Oppression dans l'après-midi; calme le soir. Pas de signes d'œdème de la glotte.

Température, 38°,6.

Lavements de bouillon aux œufs et bagnols.

17 janvier. — Le malade n'a pas dormi. Il souffrait beaucoup. Il a essayé inutilement de boire un peu de bouillon. Il se lave à chaque instant la bouche avec de l'eau phéniquée faible (1/100).

A la visite, M. Polaillon retire, avec quelque difficulté, l'éponge placée dans la bouche.

Pansement de la plaie : lavement de chloral.

18 janvier. — B... se plaint d'avoir l'amygdale gauche (qui n'existe plus) gonflée et douloureuse. Nuit tranquille. Pansement. Deux sutures superficielles et une profonde sont retirées. Lavage de la bouche.

La déglutition est toujours difficile. M. Polaillon, qui veut nourrir le plus possible son opéré, essaye d'introduire une sonde dans l'estomac pour lui injecter des aliments, mais la sonde provoque des vomissements et le malade rejette par la sonde une certaine quantité du lait qu'on avait injecté.

Devant l'impossibilité du cathétérisme œsophagien, M. Polaillon imagina un petit artifice qui réussit très bien. Il adapta à la canule d'un biberon un tube en caoutchouc de 14 centimètres de longueur. Celui-ci, étant introduit dans le gosier, servait à conduire les aliments dans le pharynx. Le malade se servit à merveille de ce petit appareil et avala ainsi du bouillon, du lait, des potages, etc.

Température, 38°.

Soir. Le malade est très content : il ne souffre plus localement. Il communique avec ses voisins en écrivant.

Les 19 et 20 janvier. — Pansement. On enlève toutes les sutures, excepté deux celle qui maintient la commissure, et celle qui correspond au milieu de la plaie.

La plaie est réunie en grande partie par première intention. Il n'a eu jusqu'à présent aucun signe d'œdème glottique. Lavement de chloral.

Le 24 janvier. — Hémorragie légère qui s'arrête par une injection froide.

Le 26 janvier. — A la fin de la visite du matin, B... a une forte hémorragie par la bouche. Elle persiste malgré deux injections froides et la compression directe de la plaie avec un tampon. Mais on finit par l'arrêter avec deux injections d'ergotine Yvon et plusieurs irrigations glacées dans la bouche.

A une heure du soir, le sang reparaît et sort abondamment par la bouche. Au moment où nous arrivons auprès du malade, la moitié d'une terrine est déjà remplie de sang. Cependant l'hémostase se fait immédiatement à la suite d'une injection d'eau phéniquée forte et de deux injections glacées dans la bouche.

L'hémorragie se fait en nappe à la surface de la plaie, et le sang revient par le nez aussi bien que par l'orifice buccal. On ne découvre pas de jet de sang. Potion avec de l'eau de Rabel ; une injection hypodermique d'ergotine par jour.

Le 29 janvier. — Petite hémorragie arrêtée par l'eau glacée. A partir de ce jour, la cicatrisation a continué à se faire sans incident.

Le 7 février. — B... quitte l'hôpital. Il peut très bien avaler les liquides et les substances demi-liquides.

Le 15 février. — Le malade est visité. La plaie est cicatrisée. Tout allait bien.

Examen histologique. — L'examen histologique de la tumeur a été fait par notre collègue M. Sapelier, préparateur d'histologie à la Faculté de médecine. Cet examen confirme absolument le diagnostic clinique.

L'os est sain au niveau de la gencive, mais celle-ci est envahie complètement par le néoplasme. On y trouve tous les caractères de l'épithélioma papillaire, avec nombreux globes épidermiques dans la profondeur de la muqueuse; cependant on rencontre encore quelques glandes salivaires complètement saines, tout à fait vers les parties profondes.

M. Sapelier a fait en outre des coupes sur toute l'étendue de la portion amputée de la langue. Au voisinage du V lingual, à la partie externe, on rencontre des papilles hypertrophiées et envahies par la prolifération épithéliale. Çà et là quelques rares globes épidermiques qui avancent à peine en profondeur. On y trouve encore une prolifération des noyaux du tissu conjonctif, comme on en rencontre dans ces cas.

En dedans, la muqueuse et les muscles de la langue sont indemnes.

La difficulté et le danger des opérations qui consistent à enlever à la fois l'amygdale, la paroi du pharynx, le plancher de la bouche et la base de la langue atteints de cancer, ont souvent été signalés. Toutefois M. Polaillon fait remarquer que ces opérations deviennent relativement faciles et sûres, lorsqu'on prend les trois précautions suivantes : 1° de lier la carotide externe pour limiter l'abondance de l'hémorragie; 2° de réséquer une portion du maxillaire inférieur pour s'ouvrir une large voie, d'après le procédé de M. L. Labbé (*Bull. de l'Académie de médecine,* 1882, p. 837); 3° d'agir avec l'anse galvanique et le thermo-cautère pour séparer les tissus malades.

THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement médical des affections calculeuses.

Par M. le docteur Delmis.

Les maladies des voies urinaires présentent certaines particularités que l'on trouverait difficilement ailleurs. Il y a, entre les divers organes dont l'ensemble constitue l'appareil excréteur de l'urine, une solidarité absolue, et cependant, par suite des nombreuses différences qui touchent à leurs rapports, à leur rôle et à leur constitution anatomique, les affections de ces divers organes paraissent le plus souvent isolées et indépendantes. Quelle ressemblance, en effet, y a-t-il entre un calcul de la vessie et la pyélite ? Cette dernière maladie est du ressort exclusif de la médecine, tandis que la première est au premier chef une affection chirurgicale.

L'indépendance symptomatique ou clinique semble avoir pour corollaire nécessaire l'indépendance thérapeutique. Il y a cependant entre l'une et l'autre une relation étroite, un rapport de causalité.

Le rein est l'origine et le point de départ de tout. Que le liquide filtré par lui soit chargé de molécules solides et insolubles, cet état se manifestera à un moment ou à un autre par des accidents variés et nombreux. Les néphrites produites par cette cause sont rares sans doute, mais les coliques néphrétiques, c'est-à-dire le symptôme le plus constant de l'irritation des uretères par des graviers ou petits calculs, ne le sont pas. Si ces graviers ont présenté une ténuité telle que leur passage dans l'uretère a été facile et n'a donné lieu à aucun phénomène douloureux, cela ne veut pas dire que tout est fini.

En effet, que ces atomes uratiques et phosphatiques s'agglo-

mèrent pendant leur séjour dans la vessie, nous aurons presque aussitôt de la cystite et plus tard des calculs.

Sans doute il serait difficile de trouver contre un processus aussi long et aussi complexe une règle de thérapeutique invariable, mais il y a une indication formelle dont la négligence peut avoir des résultats désastreux.

Dès qu'un premier avertissement attire notre attention du côté du rein, il faut prévenir par tous les moyens possibles ses altérations, entraver méthodiquement la formation des calculs et au besoin combattre les accidents qui l'accompagnent.

Nous avons pour cela des agents éprouvés : l'acide benzoïque et le bromure de lithium, par exemple.

En les combinant comme l'a fait M. Rocher dans les pilules qui portent son nom, à la pepsine, à la cinchonine et à la cinchonidine, on arrive à remplir les indications que nous formulions plus haut. L'avantage de cette préparation, c'est qu'elle est applicable à la plus grande partie des affections de cette nature et à toutes les époques de leur évolution. Elle rendra même de sérieux services dans les accidents inflammatoires et contre la fièvre urineuse qui les accompagne souvent.

Solutions contre la cystite du col.

Chlorhydrate de morphine. . . .	60 centigr.
Eau distillée.	30 grammes.

Faites dissoudre.

M. le professeur F. Guyon conseille des injections, une ou deux fois par jour, composées de 10 à 20 gouttes de cette solution dans le cas de cystite du col de la vessie. L'appareil nécessaire pour porter l'injection sur le siège de la douleur se compose : 1° d'un explorateur à boule, en gomme, creux et percé avec une épingle à son extrémité renflée ; 2° d'une seringue de Pravaz, donnant une goutte à chaque demi-tour de piston ; 3° d'une canule d'argent très fine, longue de 35 millimètres, creusée d'un canal capillaire et s'adaptant à la seringue. L'explorateur est coupé à la longueur de la canule, de sorte que celle-ci, introduite dans sa cavité, arrive au sommet de la boule sans faire saillie au delà. On conduit l'instrument jusqu'au point à toucher, on fait faire au piston autant de demi-tours qu'on veut déposer de gouttes, puis on retire lentement l'injecteur, en maintenant la verge tendue sur l'explorateur, pour éviter le retour du liquide. (*Union médicale.*)

D'autre part, le docteur Skelton-Hill conseille la formule suivante dans la blennorrhagie et la cystite :

Acide borique.	2 grammes.
Eau.	120 —

Cette solution est employée en injections.

Dans un cas de blennorragie, le malade fut parfaitement guéri en quatre jours.

Dans un autre cas, la maladie durait depuis six jours ; elle guérit en une semaine. Cette fois l'injection contenait un demi-gramme en plus d'acide borique.

Dans un cas de cystite grave, l'auteur réussit à obtenir la guérison en faisant, tous les les jours, une injection de 50 centigrammes d'acide borique dans la vessie préalablement vidée. Auparavant, le malade s'était levé treize fois pour uriner pendant la nuit. La première nuit qui suivit l'injection, il se leva sept fois seulement ; la deuxième, quatre fois ; la troisième, deux fois. L'urine, qui était trouble et épaisse jusque-là, devint presque aussitôt limpide. (*Gazette hebdomadaire de Bordeaux.*)

Potion de Todd modifiée.

M. le docteur Fonssagrives propose la modification suivante de la potion de Todd :

Eau-de-vie.	60 à 120 grammes.
Hydrolat de menthe . . .	60 à 120 —
Sirop de Tolu.	20 à 60 —

Chaque cuillerée à bouche contient 4 grammes d'eau-de-vie.

On les rapproche plus ou moins suivant le résultat à atteindre.

On peut remplacer l'hydrolat de menthe par l'hydrolat de mélisse, et le sirop de Tolu par le sirop d'écorces d'oranges amères. Si l'on veut, accessoirement, calmer l'érythème nerveux, il faut substituer le kirsch au cognac. S'il y a utilité à produire de la diurèse, c'est le genièvre ou gin qui vaut mieux. Ce dernier a de plus une action emménagogue qui lui est reconnue par les médecins anglais et dont on peut tirer profit. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mars 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend : 1° une note de M. Devilliers, intitulée : *Conseils élémentaires aux mères et aux nourrices;* 2° une note de M. Le Garrec, sur une épidémie de variole à Plouay (Morbihan).

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Lasègue.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. PETER. La discussion s'est étendue ; il ne s'agit plus seulement du traitement de la fièvre typhoïde, mais bien d'une question de doctrine de la plus haute importance. En m'élevant contre la chimiatrie, je ne pouvais avoir en vue M. Pasteur, puisqu'il a fait sortir la fermentation du domaine de la chimie pour l'importer dans celui de la physiologie ; ce n'est certes pas l'œuvre d'un chimiatre; en combattant la chimiatrie, c'était Brand et ses disciples que je combattais. D'ailleurs cette doctrine de la chimiatrie n'est pas nouvelle; sans parler de Magendie, son plus fervent apôtre, ni de son élève de prédilection, Claude Bernard, qui n'a pas complètement échappé aux tendances de son maître ; au XVIe siècle déjà, Paracelse ne voyait partout que des phénomènes chimiques dans « la vie saine comme dans la vie malsaine ». A cette époque déjà, la chimie régnait tyranniquement sur la médecine. De nos jours encore, la chimiatrie tend à régner en souveraine. La médecine traverse actuellement une des phases les plus difficiles de son histoire; elle est complètement accaparée par les chimistes, les physiciens et les physiologistes. Or rien n'est plus éloigné de l'esprit médical que l'esprit du physicien, du chimiste et du physiologiste. Leur science, en effet, est toute d'analyse ; le chimiste, par exemple, n'étudie jamais qu'un phénomène simple, qu'il produit comme et quand il veut ; il en est de même du physicien étudiant la chaleur, la lumière ou l'électricité ; il en est de même du physiologiste quand il étudie la digestion sans s'occuper de l'être qui digère ; ce sont là des sciences toutes d'analyse. Étant donné cette tournure d'esprit du chimiste ou du physiologiste, chaque fois que l'un ou l'autre s'occupe de médecine, il apporte cet esprit d'analyse dans l'étude des phénomènes morbides ; il ne voit que l'analyse là où nous, médecins, sommes obligés de faire de la synthèse. Le médecin ne choisit pas le phénomène, il le subit ; il est toujours contraint de faire intervenir tout l'être morbide ; il ne peut pas répéter, à loisir, ses expériences ; l'observation médicale n'est pas de l'expérimentation, c'est une œuvre de temps, d'expérience acquise, d'étude sagace et prolongée ; combien l'étude des épidémies, par exemple, ne demande-t-elle pas de temps? En raison même de cette lenteur qu'exige l'observation médicale, certains esprits ardents et juvéniles trouvent que cela ne va pas assez vite, préfèrent l'expérimentation de laboratoire et tombent dans la chimiatrie. La médecine n'est plus dans Rome ; il n'y a plus de médecins, il n'y a plus que des chimistes et des physiciens.

Or, s'il fallait un exemple pour montrer l'abîme qui sépare le physicien du médecin, je prendrais l'exemple de la poule et de la grenouille qui vous a été cité dans la dernière séance : On prend une poule qu'on cloue ou qu'on lie par les pattes sur une planche ; on la trempe dans l'eau froide ; on constate que sa température pro-

pre s'abaisse ; on lui inocule le virus charbonneux, et celui-ci se développe chez elle; le physicien en conclut que c'est parce que sa température a été abaissée que la poule a contracté le charbon. Que dit le médecin? Que c'est là une poule que vous avez rendue malade; rien n'est terrifiant pour la poule comme l'eau froide; elle est malade par sa peau, par ses muscles, par ses nerfs, par sa moelle, par son cerveau terrorisé; elle ne mange pas, elle est plongée dans l'inanition non moins que dans l'eau ; en un mot, elle devient malade et vous avez déterminé chez elle cette condition particulière qui constitue ce que l'on a tour à tour désigné sous les noms de prédisposition, d'imminence morbide, de réceptivité. Si, au lieu de la poule, nous prenons la grenouille, c'est exactement le même phénomène en sens inverse; la poule avait trop froid, la grenouille a trop chaud, et ce n'est pas parce qu'elle a trop chaud, mais bien parce qu'elle en devient malade, qu'elle est apte dès lors à contracter le charbon. Il en est de même de la fameuse expérience de Claude Bernard, dont personne plus que moi n'admire le génie ni n'apprécie la probité scientifique : voulant étudier l'influence de la chaleur sur les êtres vivants, et cela jusqu'à ce que mort s'ensuive, Claude Bernard fait sa fameuse expérience du moineau. Or ce moineau est mort avec une surélévation de température de 10° par rapport à sa température primitive ; ici, vraiment, Claude Bernard raisonne en physicien et non en médecin ; parce que ce moineau meurt avec les muscles coagulés, l'illustre physiologiste en conclut que l'hyperthermie détermine la coagulation des muscles, la cessation des battements du cœur, et que c'est comme cela qu'on meurt dans certaines maladies fébriles; d'abord Claude Bernard a comparé une hyperthermie artificiellement produite avec une hyperthermie morbide; il a ensuite rapproché les effets d'une surélévation de 10° avec ceux d'une surélévation de 3 à 4°; se rappelant que dans la fièvre typhoïde on observe la dégénérescence musculaire, il rapproche celle-ci de la dégénérescence musculaire de son moineau et en conclut que c'est comme cela qu'on meurt dans la fièvre typhoïde. Mais pour qu'il pût être établi la moindre comparaison entre ces deux faits, il faudrait que dans la fièvre typhoïde tous les muscles fussent envahis par cette dégénérescence; or on sait qu'il n'en est rien. Enfin, si c'était la température de 40° ou 41° qui amenât cette dégénérescence musculaire, celle-ci devrait aussi bien s'observer dans le rhumatisme ou dans la pneumonie que dans la fièvre typhoïde.

Ce n'est pas pour porter atteinte à la mémoire de Claude Bernard que j'ai choisi cet exemple, mais bien pour montrer que si un homme de cette valeur intellectuelle, de cette sagacité expérimentale, s'est trompé dans ses conclusions, que sera-ce des physiologistes qui font de la physiologie à leurs moments perdus?

J'arrive à Brand. Ici c'est encore pis. Brand, c'est M. Pasteur retourné ; en effet, tandis que celui-ci fait sortir de vive force la fermentation des phénomènes physico-chimiques pour la faire entrer dans les phénomènes physiologiques, Brand, cherchant au contraire à démontrer que la maladie n'est qu'une fermentation, ne voit là que des phénomènes d'ordre purement chimique. On connaît son expérience par laquelle il cherche à démontrer que le froid, arrêtant la fermentation, arrête la fermentation morbide ou la maladie, qui pour lui n'est qu'une fermentation. Il place du moût d'orge dans une cuve, la fermentation se produit, la température s'élève ; il fait descendre la température de cette cuve à 18°, alors la fermentation s'arrête ; l'hyperthermie et la fermentation étant deux phénomènes connexes, il en conclut qu'en faisant tomber l'hyperthermie, il arrête les fermentations morbides ; mais pour établir la moindre comparaison entre ce qui se passe dans l'organisme et ce qui se passe dans la cuve de Brand, il faudrait que le moût morbide, chez le fébricitant, fût à 18° comme l'est le moût de cette cuve ; or on a comparé l'abaissement d'un ou de deux degrés que l'on constate dans le rectum d'un fébricitant avec un abaissement à 18° ! Je crois pouvoir dire que c'est insensé ou tout au moins illogique, et je ne saurais trop m'élever contre cette doctrine absolument chimiatrique.

La médication par l'eau froide, dont je reconnais dans certains cas les merveilleux effets, est une médication névrosthénique et non une médication uniquement réfrigérante ; c'est l'être morbide tout entier qui est placé dans des conditions toutes différentes ; cette modification brutale, parfois efficace, souvent dangereuse, exerce son action sur l'organisme tout entier et non pas seulement sur l'hyperthermie ; or c'est elle seule qu'envisagent les adeptes de Brand, si bien qu'un Edison de l'avenir imaginera une machine portant à l'une de ses extrémités un thermomètre et à l'autre un crampon qui, chaque fois que le thermomètre atteindra un certain degré, saisira le malade et le plongera immédiatement dans un bain tout préparé ; il n'y aura plus de médecins, ni d'infirmiers, il n'y aura plus que des machines. Si, avec cela, on admet que toutes les phlegmasies, s'accompagnant d'une surélévation de la température, sont dues à une fermentation ou à un microbe particulier, on voit à quelles inconséquences nous entraîneraient les idées du chimiatre Brand.

On a dit : Peu nous importe la médecine du sens commun si l'autre guérit mieux ou plus vite ; et là-dessus on a fait intervenir des documents statistiques d'origine allemande : *Timeo Germanos et dona ferentes* ; j'ai, moi aussi, déjà montré une statistique lyonnaise qui donne 15 p. 100 de mortalité dans les hôpitaux où a été employée la méthode de Brand, et 13 p. 100 seulement dans ceux où cette méthode n'a pas été suivie. Voyons maintenant ce que valent les statistiques allemandes ; j'emprunterai ces documents, documents pas légers, mais écrasants, à un article de M. Ricklin dans la *Gazette médicale :*

« M. Brand résume, dans les chiffres suivants, la transformation imprimée au pronostic de la fièvre typhoïde, par suite de l'emploi de sa méthode dans un certain nombre de services hospitaliers :

« La mortalité moyenne par fièvre typhoïde, avant l'introduction de la médication réfrigérante, était de. . . . . . 21,7 p. 100

« Depuis, elle est de. . . . . 7,4 —

« Si cela veut dire que, traitée autrement que par la méthode des bains froids, la fièvre typhoïde entraîne une mortalité moyenne de 21,7 p. 100, tous les médecins de nos hôpitaux qui, dans le cours des dernières années, ont, dans leurs services, opposé des médications très diverses aux ravages de la fièvre typhoïde, protesteront contre l'exactitude de cette donnée statistique.

« Les relevés qui vont suivre permettront de juger jusqu'à quel point l'introduction de la méthode réfrigérante dans *les services hospitaliers* a réalisé les promesses brillantes qui se chiffrent par un taux de mortalité de 7,4 p. 100.

« Rappelons d'abord que la statistique personnelle de M. Brand, publiée dans la dernière édition de son livre (1) sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide, portait sur 335 malades, dont 15 sont morts, proportion 4,6 p. 100. Mais il importe de savoir que, de ces 335 cas de fièvre typhoïde, 211 *étaient tirés de la pratique civile de M. Brand et n'ont fourni aucun décès;* donc des 124 malades restants, *traités à l'hôpital,* dans le service de M. Brand, 15 sont morts, proportion 12 p. 100. Voilà évidemment le chiffre qu'il faut mettre en regard des statistiques tirées de nos hôpitaux.

« Rappelons aussi que, dans mainte statistique, on a confondu tous les âges, sans tenir compte de la bénignité relative de la dothiénentérie chez les enfants, et qu'ainsi une statistique de M. Schmidt (d'Erlangen), favorable à la méthode de traitement par les bains froids, puisqu'elle accuse une proportion de mortalité de 8,06 p. 100, se décompose comme il suit :

	Mortalité.	
« De 0 à 15 ans. . .	0.	
16 à 30 ans. . .	10,1 p. 100	19,6 p. 100.
31 à 45 ans. . .	29,1 —	

« Or les statistiques françaises citées à la tribune de l'Académie, dans le cours de la discussion pendante, ne comprenaient que des cas de fièvre typhoïde chez les adultes. »

(1) *Die Wasserbehandlung der typhoesen Fieber.* Tübingen, 1877, pages 280-281.

Nous savons que, pour répondre aux arguments qui lui sont opposés, Brand a deux échappatoires. Tout d'abord, pour expliquer les cas de mort qui lui sont opposés, il dit : « Vous n'avez pas appliqué ma méthode dès le début », mais on ne diagnostique pas une fièvre typhoïde dès le début! Faudra-t-il donc plonger dans l'eau froide tout malade dont la température rectale s'élèvera à 38°? Sa seconde échappatoire consiste à dire : « Vous n'avez pas plongé le malade toutes les trois heures! » J'ai fait justice tout à l'heure de cette méthode qui consiste à n'interroger qu'un seul phénomène, l'hyperthermie. Je crois donc pouvoir dire que, relativement au traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, la cause est entendue.

Mais, comme je le disais en commençant, il s'agit ici d'une grande doctrine et d'un grand homme ; je veux parler de la doctrine microbienne et de M. Pasteur. C'est là toute une nouvelle doctrine des maladies contagieuses ; ces maladies, pour M. Pasteur, sont déterminées par la présence dans l'organisme d'un élément figuré, vivant. M. Pasteur a découvert un certain nombre de ces éléments, de ces microbes. Parmi les maladies contagieuses, il y en a dont le microbe n'a pas encore été découvert. C'est là une doctrine toute française : avant M. Pasteur, il y a Davaine ; avant Davaine, il y a Raspail, qui, par une sorte d'intuition, a prédit il y a quarante ans tout ce que nous confirme aujourd'hui M. Pasteur. Raspail avait aussi trouvé le traitement, c'était le camphre.

« De quelles clartés éblouissantes, s'écriait récemment un passionné pastorien, vont se trouver désormais éclairés l'anatomie pathologique générale, le traitement et la prophylaxie d'une foule de maladies par la découverte des microbes ! »

J'avoue, quant à moi, ne pas voir que la découverte du microbe du pus de la morve ou de la syphilis explique pourquoi et comment ce pus agit autrement que le pus d'un abcès. Je sais maintenant qu'il y a un microbe particulier pour chacun de ces pus, mais cela ne m'éclaire en aucune façon sur l'anatomie pathologique des lésions produites par ces différents pus ; cela ne m'explique pas pourquoi les lésions de la morve occupent tels ou tels organes, tandis que la syphilis évoluera de préférence dans tels ou tels tissus ; enfin cela ne nous a pas jusqu'ici permis de découvrir un parasiticide spécifique pour chacun de ces microbes particuliers. Nous ne possédons que deux spécifiques dans toute la thérapeutique, le quinquina et le mercure : l'un a été découvert par hasard, l'autre par analogie. En supposant d'ailleurs que cela arrive un jour, il faudra encore de longues années avant qu'il n'ait été découvert un spécifique parasiticide pour chaque microbe ; or, pendant ce temps, le médecin doit agir ; il faut donc, comme Raspail, comme Déclat, adopter un seul parasiticide pour tous. Ce sera pour le premier le camphre, pour le second l'acide phénique, pour un troisième l'hydrogène sulfuré. Entre les trois, c'est encore le camphre que je préfère comme ayant l'odeur la moins désagréable. Relativement à l'hydrogène sulfuré, rappellerai-je l'expérience du citron couvert de moisissure et des moutons atteints de la clavelée dont a parlé M. Bouley dans la dernière séance? Cela nous conduirait à des conclusions singulières telles que celle-ci : Voici des matières fécales qui peuvent donner la fièvre typhoïde, mais qui pourraient aussi la guérir, comme la lance d'Achille qui blesse et guérit tout à la fois. Trop heureux les vidangeurs, *sua si bona norint.*

Il me resterait à parler des vaccinations. J'y reviendrai dans la prochaine séance. Je voudrais, en terminant, parler un peu de moi. On m'a accusé de lèse-patriotisme, parce que je me suis permis une critique à l'égard de Claude Bernard ; nul plus que moi n'est sensible aux grandeurs de notre pays ; j'ai le culte des grands hommes, mais je n'en ai pas le fétichisme ; j'admire Homère, mais je ne crains pas de le trouver parfois endormi ; je professe la plus grande admiration pour le génie de Claude Bernard, mais je n'hésite pas à reconnaître ses erreurs ; j'admire et j'apprécie comme il le mérite M. Pasteur, mais je ne crains pas de déclarer que je trouve qu'il a été trop loin : mon admiration pour les grands hommes ne saurait aller jusqu'à l'idolâtrie.

M. LAGNEAU lit une note sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde, qu'il termine en ces termes : Tenant compte d'une part de l'influence de l'encombrement humain sur le développement de la fièvre typhoïde et de la tuberculose pulmonaire, d'autre part de la mortalité typhoïque et phtisique entrant pour moitié dans la mortalité totale de notre armée, je terminerai ces quelques remarques en demandant qu'à la suite des propositions de MM. Marjolin et Rochard sur les logements insalubres, les eaux et les égouts, l'Académie attire également l'attention sur la nécessité d'améliorer les conditions hygiéniques de notre casernement.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant.

M. Husson (de Toul) est élu.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. le professeur Lasègue auront lieu jeudi 22 mars 1883, à midi précis, en l'église Saint-Germain l'Auxerrois.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les questions données pour l'épreuve orale (leçon de trois quarts d'heure après trois heures de préparation) du concours de l'agrégation, section d'accouchements, sont jusqu'à ce jour :

Lundi 19 mars : Des souffles de la grossesse et de leur valeur diagnostique ; candidats : MM. les docteurs Doléris et Bar.

Mardi 20 mars : De la version par manœuvres externes ; candidats : MM. Poullet et Porak.

— *Concours du prosectorat.* — Les deux questions tirées au sort pour la question écrite sont : 1° les glandes de la peau, anatomie et physiologie ; 2° les tumeurs érectiles.

— A l'occasion des obsèques de M. le professeur Lasègue et des vaccances de Pâques, la Faculté sera fermée du 22 mars au 1er avril. Les cours, examens et travaux pratiques reprendront le lundi 2 avril 1883.

— M. le docteur Marmottan vient d'adresser, en date du 19 mars, la lettre suivante au président de la Chambre des députés :

« Monsieur le président, la mort de mon frère m'impose des devoirs et des occupations qui sont incompatibles avec l'exercice régulier de mon mandat. Dans ces circonstances, je considère comme un devoir de donner ma démission de député du XVIe arrondissement de Paris.

Je vous prie, Monsieur le président, d'agréer l'assurance de mes sentiments de haute considération.

Signé : MARMOTTAN. »

— Par arrêté ministériel, en date du 20 mars 1883, sont institués agrégés des Facultés de médecine (section de pathologie interne et médecine légale), pour en exercer les fonctions du 1er novembre 1883 au 1er novembre 1892, les docteurs en médecine dont nous avons publié les noms le 20 février dernier. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 166.)

Un délai de dix jours est accordé à tout concurrent qui a pris part à tous les actes du concours, pour se pourvoir contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites.

— Par décision ministérielle en date du 14 mars 1883, M Zoeller (William), médecin aide-major de première classe, surveillant à l'École de médecine et de pharmacie militaires, sera inscrit d'office, au tableau d'avancement, pour le grade de médecin-major de deuxième classe.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Pruvost, licencié ès sciences et docteur en médecine, est nommé préparateur du laboratoire de Roscoff, en remplacement de M. Joyeux-Laffuie, appelé à d'autres fonctions.

M. Boutan, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur du cours de zoologie, en remplacement de M. Pruvost, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les candidats aux baccalauréats ès sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté et consigner en même temps les droits de ces grades; les registres sont clos irrévocablement dix jours avant l'ouverture des sessions.

Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de janvier, avril et juillet (novembre pour l'année scolaire 1883-1884).

La première session pour les trois licences s'ouvrira du 1er au 10 juillet 1883; la deuxième, du 25 octobre au 10 novembre. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14293.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — Le professeur Charles Lasègue. — Maladies des voies urinaires. Hématurie et colique spermatique due au méat étroit placé haut sur le gland. — Société de Chirurgie. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 23 mars 1883.

LE PROFESSEUR CHARLES LASÈGUE

La Faculté est en deuil. Au moment où je prends la plume, les collègues de Lasègue et les nombreux amis qu'il comptait dans le corps médical de Paris, vont lui rendre les derniers devoirs. Je vais essayer de lui rendre les miens en rappelant ici, en quelques mots, à cette place même où tant de fois, dans mes Revues cliniques hebdomaires, j'ai entretenu nos lecteurs des échos affaiblis de son enseignement, ce qu'a été Lasègue, ce qu'a été sa carrière, ce que lui doivent et la science et l'humanité.

Doué d'une merveilleuse intelligence, qui s'est ouverte, dans sa jeunesse, aux lettres et à la philosophie où il a puisé les éléments d'une forte et solide instruction, d'un esprit fin et pénétrant, observateur curieux et sagace et, par dessus tout, possédant à un suprême degré ce don si précieux de la parole, qu'on n'acquiert qu'avec tant de difficulté quand il n'est pas naturel, Lasègue, du jour où il reçut de son maître et ami Trousseau les premières initiations aux choses de la médecine, s'y adonna tout entier, apportant à son service toutes ses heureuses qualités et la ferveur d'un véritable culte. De la brillante phalange des élèves que formèrent les premiers enseignements de Trousseau, Lasègue fut celui que le maître remarqua le plus et qu'il s'attacha par les liens de la plus intime affection. Il semblait avoir deviné que, comme lui-même, la nature l'avait fait professeur. Aussi n'a-t-il pas manqué à sa destinée; et ce fut un jour heureux pour Trousseau, celui où, apprenant la nomination de son ami à la chaire de pathologie générale de la Faculté, il lui légua sa robe, qu'il venait de déposer, comme au plus digne de la porter.

Tout imbu de l'esprit et du sens pratique profond de son maître, Lasègue se rattache, par son éducation médicale et comme par une sorte de filiation naturelle, à cette grande École des médecins dans l'acception exacte du mot, c'est-à-dire des praticiens ou de ce que nous appelons aujourd'hui des cliniciens, les Sydenham, les Stoll, les Huxham, les de Haën, les Graves, les Bretonneau, les Récamier, les Pidoux, etc. Aussi, dès son entrée dans la carrière active, devient-il et reste-t-il depuis médecin avant tout.

Sans doute, il s'en fallait qu'avec sa grande et belle intelligence ouverte à toutes choses, il pût rester étranger ou indifférent aux progrès et aux découvertes qu'il voyait surgir autour de lui en physiologie, en histologie et dans toutes les branches de la biologie, grâce aux applications heureuses des procédés empruntés aux sciences physico-chimiques. Il a donné plus d'une fois la preuve de l'intérêt qu'il y prenait, par quelques-uns des beaux articles qu'il leur a consacrés dans les *Archives générales de médecine*, dont il était devenu le directeur pour la partie médicale depuis 1853.

D'un autre côté, ses premières études ne pouvaient non plus le laisser froid devant ces grandes questions de philosophie qui se débattent encore un peu lointainement dans l'amphithéâtre de la Sorbonne ou dans les recueils spéciaux et qui de temps en temps font invasion jusque dans la salle des séances de l'Académie de médecine. Mais il s'est assez clairement expliqué une fois pour toutes sur le motif de son abstention et de son silence à cet égard, disant que ces grands problèmes du vitalisme et de l'organicisme ne lui avaient jamais paru rentrer dans la mesure des débats académiques, ni se prêter à la polémique écourtée d'une publication périodique. « S'il est vrai, disait-il, en rappelant ce mot d'un grand écrivain du XVIIe siècle, que les petites lumières s'éteignent au souffle du vent, tandis que les grandes s'y ravivent, il ne l'est pas moins qu'il faut de vastes foyers pour fomenter un incendie. Sans larges et libres développements, les discussions philosophiques ne s'alimentent pas; elles jettent quelques lueurs et s'éteignent, laissant dans les esprits expérimentés l'opinion que des querelles de mots dissimulent tout au plus l'insuffisance des idées. »

C'est donc à la médecine proprement dite, à la pathologie, à la sémiologie, à la thérapeutique, à la sémiologie surtout, où se sont tant et si utilement exercées sa perspicacité et sa sagacité particulière d'observation, qu'il va se livrer désormais tout entier. Il y ajoutera toutefois, sans cesser pour cela d'être un encyclopédiste en médecine, cette étude spéciale si intéressante de l'aliénation mentale où la psychologie et la médecine se donnent la main, et il en fera sortir ces délicates observations sur le délire des persécutions, sur le délire alcoolique, qui constituent des monographies hors pair, ces rapports lumineux sur les questions de responsabilité qui ont si souvent éclairé les décisions de

la justice. C'est sur ces deux champs principaux, où s'est développée et multipliée son activité, que je vais le suivre d'un pas rapide.

Mais, avant d'énumérer ses principaux travaux, il faut dire encore ce que fut l'homme, — nous n'entendons parler ici, bien entendu, que du médecin, — dans l'esprit même de sa pratique et de son enseignement, ses œuvres écrites n'étant qu'une faible partie de lui-même.

Lasègue a dit quelque part, dans l'Éloge de Trousseau et à propos de lui : On n'est quelqu'un en ce monde qu'en sachant être soi-même. Personne n'a peut-être mieux justifié que lui-même cette proposition. En effet, si Trousseau était son modèle, s'il était pénétré de ses idées médicales, de ses méthodes, s'il portait le même esprit dans l'étude, dans la pratique et dans l'enseignement, il s'en fallait qu'il ne fût qu'un imitateur, un commentateur ou une pâle copie de ce modèle. Il était, en tout, lui-même, une personnalité parfaitement distincte et originale, avec des qualités et des allures d'une valeur équivalente peut-être, mais essentiellement différentes. Quelle différence, par exemple, au point de vue purement didactique, entre cette sorte de solennité des leçons de Trousseau, qu'elles fussent faites dans la chaire de l'École ou dans le fauteuil plus modeste de la clinique de l'Hôtel-Dieu, leçons rarement improvisées, presque toujours le fruit d'une patiente élaboration et dans lesquelles il développait et mettait au service de son sujet tous ses avantages, et son érudition, et son expérience, et son éloquence, et sa prestance, et son geste, et sa voix, et la forme familière de ces causeries, — Lasègue lui-même ne voulait pas un autre nom pour ses conférences, — où, sans apprêt, sans préparation, du moins apparente, dans un langage vif, imagé, pittoresque, parfois même un peu gaulois quand les circonstances s'y prêtaient, il versait en réalité dans l'esprit de ses élèves aux oreilles attentives, charmées parfois, souvent égayées, les trésors réels d'une observation et d'une expérience presque sans égales.

Les différences n'étaient pas moins sensibles au point de vue dogmatique, bien qu'au fond ce fût toujours le même esprit, la même tradition de la grande école clinique. Entre les deux parts de théories médicales qui se partageaient alors les esprits, l'une consistant à considérer les maladies comme un des modes de fonctionnement normal et celle qui lui donne une réalité objective, Trousseau, on le sait, avait choisi la seconde, qu'il appelait la médecine pathologique par antinomie avec la médecine dite physiologique, celle, en d'autres termes, où la maladie est envisagée comme une unité artificielle, soumise à des lois préfixes, ne pouvant être prise ailleurs que chez le malade et concentrant toute sa recherche sur l'observation clinique. Pour lui, le vrai type de la maladie était le groupe des affections spécifiques, des fièvres éruptives par exemple, qu'il catégorisait à la manière des naturalistes, leur empruntant leurs caractères d'espèces avec leur immuable pérennité et jusqu'à la comparaison avec la germination dont il avait presque fait une réalité. C'était là le point de vue hypothétique dont Trousseau n'avait pas cru pouvoir se passer. Avec son esprit plus indépendant, moins enclin aux théories, Lasègue s'en tenait aux faits, mais aux faits vus dans leur ensemble, dans leur entier et dans leur évolution totale et non par un de leurs bouts seulement et dans un temps plus ou moins limité de leur passage. A cette différence près, — et elle n'est pas sans importance, — nous conviendrons même volontiers qu'elle est tout à l'avantage de l'élève, Lasègue avait conservé et continué la grande méthode d'observation clinique de son maître.

A celui qui demanderait dans quelle œuvre magistrale se trouvent réunis ou résumés les travaux ou les études de Lasègue, il faudrait répondre que cette œuvre n'existe pas. Rien de semblable aux leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, que l'on consultera longtemps encore. L'enseignement oral de Lasègue se prêterait difficilement à une semblable reproduction. J'ignore si quelques-uns de ses élèves sont en mesure de combler cette lacuue, mais je déclare, pour ma part, la tâche difficile, tant cet enseignement avait une forme et un cachet personnels qui le rendent en quelque sorte inassimilable. C'était presque exclusivement aux lits des malades que se passaient les exercices cliniques et les commentaires de chaque fait se faisaient plutôt sous la forme dialogique que sous la forme magistrale. Les élèves y gagnaient tout ce que peut donner une véritable éducation médicale, le *reporter* y trouvait beaucoup moins à prendre. La plus pure essence de l'enseignement de Lasègue se trouvera ainsi en grande partie perdue avec lui. Il ne restera que dans le souvenir de ses élèves.

Les œuvres écrites de Lasègue n'en sont pas moins considérables, mais elles sont disséminées.

Dans l'ordre de la pathologie générale et commune, je citerai d'abord ses premières œuvres publiées en collaboration avec Trousseau sur la syphilis constitutionnelle des enfants du premier âge, sur le rachitisme et l'ostéomalacie, sur quelques signes stéthoscopiques dans leurs rapports avec la pneumonie des nouveau-nés, le *Traité des eaux minérales d'Allemagne*, publié également en commun. Au nombre de ses œuvres personnelles, il faut placer en première ligne ses deux thèses d'agrégation : sur les altérations du sang dans les maladies inflammatoires et dans les affections dites typhoïdes et sur la paralysie générale progressive ; puis son *Traité des angines*, dont nous avons donné une analyse à l'époque de sa publication, en 1868; une introduction de la traduction du *Traité des maladies de l'estomac*, de W. Brinton, en 1870, et, beaucoup plus récemment, la nouvelle édition, dite édition de la Faculté de médecine, du *Traité de l'auscultation* de Laënnec; la technique de l'auscultation pulmonaire et une traduction du *Traité de la goutte* de Sydenham. Mais c'est dans le nombre considérable de mémoires, de notes cliniques, de revues critiques, de notices biographiques et bibliographiques, publiés dans les recueils et journaux de médecine, plus particulièrement dans les *Archives générales de médecine*, dont il a eu si longtemps la direction, et dans les *Annales médico-psychologiques* qu'il faut chercher les témoignages de son savoir profond et étendu, de ses observations aussi originales et fines que délicates, de ses appréciations et de ses jugements critiques à la fois pleins de justesse et de bienveillance, ainsi que quelques traces plus ou moins lumineuses de ses opinions philosophiques, qui percent parfois malgré les efforts qu'il a faits pour les cacher. Ici je suis obligé de citer presque au hasard, tant ces diverses publications sont nombreuses.

Dans l'ordre des travaux originaux en pathologie ou en aliénation mentale, on trouvera notamment dans les deux collections citées : ses études sur les dyspepsies, sur la polyurie ou diabète insipide, sur la goutte ; ses notes et observations cliniques sur la sémiotique de la langue, sur la migraine, sur le rhumatisme, sur le diabète sucré, sur les ferments et les fermentations morbides, sur le traitement des maladies aiguës par l'eau froide ; ses mémoires sur la

responsabilité légale des aliénés, sur la fécondité dans ses rapports avec la prostitution, sur l'alcoolisme subaigu, sur les délires par accès au point de vue médico-légal, sur les cérébraux, sur le délire alcoolique, la dipsomanie et l'alcoolisme, sur les bronchites albuminuriques, sur le chloroforme en usage interne, etc.

Enfin, dans la série des articles d'appréciation, d'analyse et de critique, qui ont constitué surtout la plus grande participation à la rédaction des *Archives*, on trouvera plusieurs morceaux de maître : tels, entre autres, que les articles sur le rationalisme en thérapeutique, sur les théories de Virchow, sur l'école physiologique allemande, sur Graves et Bretonneau, sur Louis et l'École médicale d'observation, sur la logique scientifique et ses applications médicales, sur l'enseignement médical et les institutions médicales.

Cette énumération, un peu longue peut-être, quoique encore incomplète, et qui n'est qu'une simple étiquette mise sur des travaux qui méritent tous d'être rappelés au souvenir de ceux qui les ont lus et signalés à ceux qui seraient désireux de les lire et de les méditer, nous semble la meilleure manière d'honorer la mémoire du professeur éminent que nous venons de perdre. Quant à l'homme lui-même, ceci n'en est qu'une esquisse ; à d'autres plus autorisés d'en achever le portrait.

Dr H. Brochin.

MALADIES DES VOIES URINAIRES. — M. Reliquet.

Hématurie et colique spermatique dues au méat étroit placé haut sur le gland.

I

Dans mes leçons sur les spasmes de l'urètre et de la vessie (1), après avoir étudié les causes des spasmes de l'urètre, je dis, page 128 : « Toutes les irritations ayant pour siège le prépuce, le gland, le méat, la portion pénienne de l'urètre de l'orifice du méat au collet du bulbe, jusque et y compris les inflammations des glandes de Cooper ; toutes ces irritations sont l'origine d'un réflexe dont le résultat est la contracture de la région profonde de l'urètre, avec stagnation ou rétention d'urine, c'est-à-dire qu'elles provoquent le spasme de l'urètre, sans provoquer la moindre excitation sur les parois vésicales. »

Dans son *Traité des maladies des voies urinaires*, t. III, p. 270, Civiale insiste sur l'atrésie, même légère, du méat, comme pouvant être l'unique cause de la stagnation d'urine.

Dans mon *Traité des opérations des voies urinaires*, p. 328, à propos des indications du débridement du méat, j'insiste sur l'utilité de cette opération dans le cas de position anomale du méat sur le gland. Je dis : « La position anomale du méat sur le gland exige encore le débridement, pour faire cesser la rétention d'une petite quantité d'urine dans la fosse naviculaire et la suppuration qui en résulte. A l'état normal, le méat est placé sur le gland, sa commissure inférieure répondant au point d'attache du frein du prépuce, et ses lèvres sont comme une bifurcation du frein. Alors la paroi inférieure du canal de l'urètre se termine brusquement au dehors sans se relever immédiatement en arrière du méat. Il en résulte que les dernières gouttes d'urine, poussées d'arrière en avant par le coup de piston à la fin de la miction, arrivées à l'extrémité antérieure du canal, tombent spontanément au dehors. Souvent le méat est plus élevé sur le gland, toujours sur la ligne médiane ; il est quelquefois plus près de la base de la couronne du gland que du frein, dont il est complètement indépendant. Entre le méat et le frein, sur la ligne médiane, est un raphé fibreux plus ou moins indiqué extérieurement par une légère dépression du gland, et constitué par la réunion en ces points des deux corps spongieux. La paroi inférieure de l'urètre, avant de se terminer à la commissure inférieure du méat, s'élève brusquement et forme là une dépression ou cavité. Pour reconnaître que la commissure inférieure du méat est au-dessus de la paroi inférieure du canal, on n'a qu'à introduire, jusqu'à 2 ou 3 centimètres dans l'urètre, un stylet dont l'extrémité est coudée comme la petite sonde de Mercier ; puis, suivant d'arrière en avant la paroi inférieure du canal avec ce bec, en arrivant au méat, on est arrêté par une saillie qui est comme accrochée. » Souvent cette disposition vicieuse de l'urètre reste inaperçue, jusqu'à ce qu'une irritation de la muqueuse de l'urètre au niveau de ce cul-de-sac se produise. Ainsi, lorsqu'il y a urétrite, le pus s'accumule en ce point ; et lorsque les accidents aigus de cette affection sont passés, il persiste en ce point, en arrière du méat, une inflammation chronique entretenue par la stagnation constante de quelques gouttes d'urine. De là la sensibilité très grande de la muqueuse de l'urètre au contact du stylet ; de là aussi la facilité avec laquelle ces points de la muqueuse saignent au moindre contact de l'extrémité même du stylet.

L'irritation à l'extrémité de la verge, qui en résulte, suffit pour provoquer le spasme de la région profonde de l'urètre avec passivité de la vessie, c'est-à-dire les conditions de la stagnation d'urine dans la vessie. Si à cela s'ajoute un certain degré d'atrésie du méat, ce qui est fréquent dans les cas de position élevée de cet orifice sur le gland, les spasmes en sont plus énergiques.

En 1880, j'ai observé le fait suivant : Il s'agit du fils d'un de nos confrères. A l'âge de six ans, l'enfant a de la stagnation d'urine due à un phimosis avec inflammation et induration de la muqueuse préputiale. Je fais la circoncision, et la fonction d'uriner se rétablit complètement. A l'âge de douze ans, l'enfant est repris à nouveau d'envie d'uriner fréquente quatre à cinq fois par nuit, et très souvent le jour ; souvent il y a douleur en urinant, surtout au moment du coup de piston. Quand il a marché, les urines sont troubles, la douleur est plus vive et les dernières gouttes sont sanguinolentes.

Le père, fort inquiet, craint la pierre.

Je trouve un méat étroit placé très haut sur le gland. La vessie, après la miction, remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Son globe se délimite facilement.

J'écarte l'idée de la pierre en raison de cette dilatation de la vessie. Il fut convenu que je ferais le débridement du méat et que nous attendrions avant d'examiner la vessie.

Aussitôt après le débridement, l'urine est plus abondante à chaque miction, les envies sont de moins en moins fréquentes. Et le troisième jour, le petit malade n'urine plus que toutes les quatre ou cinq heures le jour, sans douleur, et n'urine plus la nuit. La vessie se vide complètement et les urines sont absolument limpides.

Ainsi, chez ce jeune malade, le spasme de la région profonde de l'urètre, dû à l'atrésie du méat et à la position de cet orifice très haut sur le gland, a été assez énergique pour

(1) Leçons sur les maladies des voies urinaires, 1878. Delahaye.

faire exsuder du sang de la surface de la muqueuse de la région profonde de l'urètre.

Dans le fait qui est le sujet principal de ce travail l'expulsion du sang était une véritable hématurie.

Observation. — *Méat étroit placé haut sur le gland. Chaude-pisse. Stagnation d'urine. Hématurie. Gonflement des cordons et des épididymes. Coliques spermatiques. Débridement du méat. Guérison.* — M. X..., trente ans, d'une bonne constitution, atteint de manifestations herpétiques cutanées, prend une chaude-pisse il y a dix-huit mois. L'écoulement disparaît difficilement, et il persiste une goutte de muco-pus le matin. Dès l'état aigu de la chaude-pisse, il y a des difficultés pour uriner, des envies fréquentes. Après avoir employé de nombreux moyens contre l'écoulement, on en arrive à passer des bougies en gomme; mais les cathétérismes surexcitent la sensibilité de l'urètre. Dès qu'on passe les numéros moyens de 10 à 15, — et ce dernier n'a jamais été dépassé, — il y a douleur dans tout le canal, et les mictions suivantes sont plus difficiles et plus douloureuses.

Pour combattre son herpès, le malade va à Luchon. Quelques jours après son retour à Paris, il se produit un gonflement douloureux d'un cordon et de son épididyme. Deux mois après, gonflement douloureux de l'autre cordon et de son épididyme. Entre ces deux accidents, qui ont été traités comme des orchites, pendant cinq semaines, le malade a pu vaquer à ses occupations. Pendant cette période, il y a eu un coït avec éjaculation facile sans douleur. De même il y a eu une perte séminale spontanée la nuit, qui s'est faite aussi sans impression pénible. La tache résultant de cette dernière éjaculation était jaune avec une plaque rouge de sang au centre.

Depuis la seconde orchite, le malade ne peut pas rester debout quelques instants ou marcher un peu, sans éprouver de suite de la pesanteur, et bientôt une véritable douleur dans les deux cordons et les testicules. Il est obligé de s'étendre pour être soulagé.

Depuis ces orchites, il n'y a pas eu de coït. Assez souvent pendant la nuit il y a eu des excitations génésiques spontanées, mais toujours au moment du paroxysme, sans qu'il sorte du sperme par l'urètre, il se produit une violente douleur dans l'anus se continuant dans la verge, qui réveille le malade et persiste pendant quelques minutes avec toute son acuité, pour ne cesser que lentement. En état de veille, à la moindre érection il y a douleur dans les cordons et les testicules, et le gonflement de ces organes augmente.

Les envies d'uriner sont devenues de plus en plus fréquentes jusqu'à huit et dix fois la nuit, presque chaque heure dans la journée, toujours avec douleur. Depuis huit jours il y a du sang dans les urines, et plusieurs fois le jet d'urine a été arrêté par le passage de caillots volumineux dans l'urètre.

Ce malade se présente à moi dans ces conditions, en décembre. Je reconnais que le méat, placé très haut sur le gland, ne peut recevoir qu'une bougie numéro 10, sans être distendu. L'étroitesse du méat est congénital; il n'y a pas trace de cicatrice. Dans le cul-de-sac profond de la paroi inférieure de l'urètre, en arrière de la commissure inférieure du méat, la muqueuse est enflammée, elle saigne au moindre contact du bouton mousse et lisse d'un stylet d'argent. Ce contact du stylet sur la muqueuse est douloureux.

La vessie, très distendue après la miction, remonte jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Les mictions fréquentes n'ont plus lieu qu'avec un effort très notable.

Au toucher rectal, je trouve la prostate régulièrement volumineuse et demi-molle, c'est-à-dire congestionnée. Mais il n'y a pas d'induration. On perçoit les vésicules séminales qui sont douloureuses au contact du doigt, mais qui n'offrent pas de noyaux indurés distincts. Je sens très bien la vessie dilatée.

Les deux cordons et les épididymes sont volumineux, comme empâtés plutôt qu'indurés, très sensibles, surtout les épididymes; le toucher y provoque facilement une vive douleur. A droite, il y a un varicocèle; mais on ne trouve pas dans les cordons et les épididymes de noyaux durs distincts.

Le malade me dit qu'il lui est impossible de marcher ou de rester debout pendant plus d'un quart d'heure, sans éprouver des douleurs de plus en plus vives dans les cordons et les testicules, malgré le suspensoir; et s'il persiste à ne pas vouloir s'étendre, il finit par avoir des douleurs dans l'anus et le périnée.

L'hématurie est assez abondante pour que le sang constitue une couche assez épaisse au fond du vase.

Étant donné les conditions du méat, étroitesse et position élevée sur le gland, j'en fais le débridement dont le résultat immédiat est de faire cesser le profond cul-de-sac de la paroi inférieure de l'urètre, en arrière de la commissure inférieure de cet orifice.

Le soir, le malade me dit qu'il urine beaucoup plus librement, que son ventre a diminué (en effet, la vessie est complètement revenue sur elle-même), qu'il n'y a plus de sang dans les urines, ce que je constate.

Les douleurs, en urinant, ont complètement disparu.

La sensibilité des testicules et des cordons a peut-être diminué, mais le gonflement de ces parties n'a pas changé.

Le malade reste toute la nuit sans uriner, et dans la journée les mictions ont lieu toutes les trois ou quatre heures.

Cinq jours après l'opération, il y a un éréthisme génésique spontané la nuit; l'éjaculation s'est faite par l'urètre et sans douleur, au grand étonnement du malade. La tache du sperme sur le drap est entièrement jaune purulente. Immédiatement je constate que les gonflements des cordons et des épididymes ont notablement diminué.

Le lendemain, six jours après le débridement, je passe des bougies. Je commence par le numéro 15 qui arrive facilement dans la vessie sans provoquer la moindre douleur. C'est la plus grosse bougie qui ait été introduite lorsqu'on a cherché à guérir l'écoulement chronique par la dilatation temporaire progressive: alors elle provoquait de vives douleurs et une excitation persistante de la région profonde de l'urètre avec plus grande difficulté pour uriner.

Pour m'assurer s'il n'y avait pas de rétrécissement organique, je passe de ce numéro 15 au numéro 23, ce qui se fait facilement en cinq séances, et le numéro 23 franchit l'urètre tout aussi facilement que le numéro 15.

Dix jours après l'opération, la miction est depuis longtemps normale et la tache produite par le liquide éjaculé sans douleur est tout à fait celle que donne le sperme normal. Les engorgements des cordons n'existent plus. Ceux des épididymes diminuent même du côté droit où il y a un varicocèle développé. Les érections ne provoquent plus de gonflements douloureux dans ces organes. Le malade peut marcher ou rester debout pendant plusieurs heures sans qu'il en résulte la moindre douleur dans les bourses. Il porte un suspensoir garni de coton qui soutient les testicules sans relever la verge.

Malheureusement le malade n'a pas voulu que j'examine son sperme au microscope.

Pendant les dix jours que j'ai vu ce malade depuis la veille du débridement du méat, tous les jours il a pris un grand lavement d'eau tiède, porté très haut dans le rectum avec ma longue canule en gomme.

De temps en temps on a mis deux cueillerées de glycérine dans le lavement.

Je voulais, par ce moyen, combattre la congestion de la prostate; en effet, la cessation du spasme de la région profonde de l'urètre et l'évacuation bi-quotidienne des matières ont été suivies d'une diminution notable dans le volume de la prostate qui a repris sa consistance et sa forme, et même son volume, car elle est peu développée.

Deux mois après l'opération, le malade se plaint d'uriner un peu moins facilement: mais il est constipé; il a suffi de reprendre un lavement par vingt-quatre heures pour rétablir la miction normale. Les fonctions génitales sont très régulières et très physiologiques.

Je revois ce malade trois mois après son opération. Je constate qu'il n'y a plus d'engorgement des épididymes et des cordons.

Le varicocèle de droite a beaucoup diminué. Le malade subit toutes les fatigues sans avoir de pesanteur dans les bourses. Ses fonctions génitales se font très bien.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mars 1883. — Présidence de M. Guéniot.

RAPPORT

M. MONOD fait un rapport sur une communication de M. Schwartz relative à une observation de taille hypogastrique.

COMMUNICATIONS

Influence des opérations sur les états pathologiques antérieurs. — M. TRÉLAT, à propos de la communication faite dans l'une des dernières séances par M. Verneuil (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 156), rappelle l'observation qui en a été le point de départ et les réflexions qu'il a faites lui-même à l'occasion de cette communication.

Il s'agissait, dans cette observation, d'un malade tuberculeux et albuminurique qui a subi une opération importante et qui a guéri, mais dont l'urine, à la suite du traumatisme, a subi une série de troubles dans son état constitutif. Les conclusions tirées par M. Verneuil à l'occasion de ce fait sont contestables. M. Trélat ne saurait y voir la preuve de la thèse soutenue par M. Verneuil : *De l'influence funeste du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs*. En effet, ce malade était un scrofuleux en proie à plusieurs états morbides, qui, après une amputation de jambe, a eu deux jours de fièvre et qui en même tempe a rendu par son urine une quantité d'albumine et d'urée plus considérable qu'il n'en rendait habituellement. Cette augmentation était d'ailleurs plus relative qu'absolue, puisqu'il y avait une polyurie concomitante. Or, chez ce malade, M. Verneuil constate après l'opération l'absence de toute espèces de troubles ; tout évoluait à souhait ; c'est l'examen seul des urines, fait par M. Redard, qui a révélé les troubles dont nous avons parlé. Est-il bien exact, comme le prétend M. Verneuil, qu'il faut voir là une action aggravante du traumatisme sur l'état pathologique antérieur? En aucune façon, selon M. Trélat. Cette impulsion légère du côté de la sécrétion urinaire, coïncidant avec une amélioration de l'état général, n'est pas faite pour entraîner notre conviction et pour autoriser à dire que, même en l'absence de toute apparence, les opérations chirurgicales aggravent les états pathologiques antérieurs.

M. Trélat explique les raisons pour lesquelles il n'a pas, jusqu'ici, pris la parole sur les idées soutenues par M. Verneuil à ce sujet. Il y a, dit-il, dans les affirmations de M. Verneuil une très grande part de vérité clinique ; mais il y a aussi quelques points délicats, moins bien démontrés, une sorte de généralisation moins acceptable ; aussi, quand le chirurgien, mis en présence de ces propositions, a voulu arriver à une synthèse complète et voir une loi générale, absolue, il s'est dit : J'accepte les faits, mais je repousse la loi parce qu'elle ne s'applique pas à tous les cas. Dans certains cas, elle est fausse ou elle n'est que partiellement vraie ; il faut en diminuer la portée ; dès lors, nous nous trouverons complètement d'accord avec M. Verneuil.

M. Trélat passe ensuite en revue et analyse les faits cités par M. Verneuil : Par exemple, un malade affecté d'un cancer interne méconnu porte une tumeur périphérique appréciable que l'on opère et que l'on panse dans les meilleures conditions. Peu de temps après le malade meurt. En mon âme et conscience, dit M. Trélat, je ne comprends pas bien où a été l'aggravation de sa propathie ; je ne puis voir chez ce malade un symptôme quelconque permettant de dire que l'opération a aggravé son cancer. On peut dire que lorsqu'on opère des malades atteints de cancers méconnus, on est exposé à des désastres ; mais dire que la maladie préexistante a été aggravée par le traumatisme, cela ne me paraît nullement démontré.

Un diabétique a le pied écrasé, on l'opère, il meurt ; c'est là un fait d'observation bien connu ; mais si l'on voit le malade mourir, on ne voit pas où a été l'aggravation de sa maladie. Il est mort, c'est un fait brutal ; la coexistence du diabète et du traumatisme est manifeste ; il fallait le noter, et M. Verneuil a rendu un véritable service en le faisant ; mais il ne faut pas aller au delà ; rien ne démontre que nous y soyons autorisés. Mêmes réflexions au sujet d'un malade atteint de hernie étranglée, opéré et succombant parce que, selon M. Verneuil, la cirrhose du foie dont il était antérieurement atteint a été aggravée. Autre observation rapportée par M. Picqué : écrasement du gros orteil, six semaines après adéno-phlegmon de l'aine, quelques jours après fièvre, mort ; à l'autopsie, péritonite, infiltration purulente de la fosse iliaque, foie malade. M. Trélat ne saurait admettre avec M. Verneuil que ce malade est mort à cause de son foie, dont l'affection avait été méconnue au premier abord. Ce cas est des plus simples, ce malade avait suffisamment de lésions pour succomber, il était digne de mourir. Que son foie ait été hypertrophié, c'est possible, mais sa mort s'explique parfaitement en dehors de cette affection.

En résumé, on voit bien là des malades atteints d'états pathologiques antérieurs dont les traumatismes ont été aggravés par ces états, mais on ne voit pas que le traumatisme, pris à l'état d'entité morbide, ait aggravé une lésion préexistante et que ce soit par le mécanisme de cette aggravation que les blessés succombent. Que ce soit par le fait de cette lésion antérieure, c'est possible, mais ce n'est pas par son aggravation.

M. Verneuil a ensuite cité plusieurs faits empruntés à la chirurgie étrangère et les a critiqués, non plus à ce point de vue, mais au point de vue de certaines pratiques de cette chirurgie. M. Trélat ne va pas contre cette critique. Il admet au contraire, avec lui, que dans les faits dont il s'agit il a été pratiqué des opérations parfaitement inopportunes, tout au moins prématurées et faites sans une enquête suffisante des indications et contre-indications. M. Trélat est d'accord sur ce point avec M. Verneuil ; mais il conteste les conclusions que M. Verneuil tire de ces faits en faveur de son opinion relativement à l'influence des traumatismes sur les états pathologiques antérieurs.

Il se résume en disant : Les états pathologiques préexistants, chez les blessés ou les opérés, aggravent d'une façon diverse et dans des mesures variées le pronostic des blessures ; il faut donc rechercher avec soin ces importants éléments de pronostic, d'indication ou de contre-indication opératoires.

M. Trélat admet cela, mais il y a, selon lui, des distinctions à faire, suivant qu'il s'agit d'un cancéreux, d'un diabétique ou d'un tuberculeux. Relativement au cancéreux, les assertions de M. Verneuil sont parfaitement exactes. M. Trélat cite deux observations qui lui sont personnelles et qui confirment cette manière de voir. Il s'agissait de malades ayant subi des affections peu graves pour de petites tumeurs cutanées sans importance, qui sont morts sans complications opératoires et à l'autopsie desquelles on a trouvé des cancers viscéraux. L'opinion de M. Verneuil est donc absolument fondée en ce qui concerne le malade atteint d'un cancer viscéral. Quant au diabétique, il y a plus de variétés dans le pronostic opératoire ; celui-ci, d'une façon générale, est bien moins grave chez lui que chez l'individu atteint de cancer viscéral. On sait que l'opération de la cataracte est le plus souvent inoffensive chez le diabétique ; M. Trélat a ouvert deux fois des anthrax graves chez des diabétiques et n'a eu qu'à s'applaudir de son intervention. Il a ouvert, avec le même succès, un phlegmon grave de la jambe. Le diabète est donc une complication sérieuse, dont il faut tenir compte, dont il faut s'occuper, mais ce n'est pas une contre-indication absolue aux opérations.

Il en est tout autrement chez les scrofuleux ou les tuberculeux ; chez eux, les opérations, loin d'être nuisibles, rendent quelquefois d'immenses services. M. Trélat trouve une première preuve de ce fait chez le premier malade dont M. Verneuil a rapporté l'observation. Il a, dans son service, deux tuberculeux dans les mêmes conditions ; ils sont devenus prospères, gras et présentent le meilleur aspect depuis qu'ils ont été amputés de leur jambe

malade. Il en est de même d'un enfant que M. Trélat a présenté il y a deux ans à la Société et qui est aujourd'hui un grand garçon bien portant.

Mais il ne faut pas conclure de ces faits que les opérations sont toujours indiquées chez les tuberculeux et les scrofuleux. Chez ces malades, au contraire, les déterminations opératoires sont souvent difficiles à prendre. Lorsque par exemple, comme chez un malade de son service, on constate des cavernes dans un poumon, des craquements dans l'autre, ces lésions graves, étendues doivent être considérées comme des contre-indications formelles aux opérations.

Il est un dernier point de la communication de M. Verneuil sur lequel M. Trélat s'est déjà prononcé : c'est celui qui est relatif à la chirurgie étrangère. M. Trélat a formulé son opinion sur les chirurgiens français, sur les avantages de nos hôpitaux. Mais à côté de ces avantages il y a des inconvénients que l'on trouve signalés dans une récente publication de M. Berthelot sur le matériel de l'enseignement supérieur.

En prenant possession de notre Faculté de Strasbourg, les Allemands y ont dépensé 13 millions. A Berlin, la dépense annuelle des cliniques est de 800,000 marcs. Voilà, dit M. Trélat, notre infériorité; il n'y en a pas d'autres, mais elle est celle-là : outillage, instrumentation, appareillage, personnel, dessins, photographies, etc. C'est par là que certains chirurgiens étrangers nous sont supérieurs. Si l'on compare la Faculté de Nancy avec celle de Strasbourg, on comprend la préférence de beaucoup de malades pour la Faculté aux 13 millions, où ils trouveront des soins qu'il ne sera pas possible de leur donner ailleurs.

En terminant, M. Trélat, rappelant les hommages publics qui ont été rendus récemment en Angleterre à la chirurgie dans la personne de Hunter, exprime le regret que notre plus grand corps savant cherche actuellement à jeter un certain discrédit sur les sciences médico-chirurgicales et sur notre profession qui d'ailleurs ne s'en portera pas plus mal.

Cancer ombilical. — M. **DESPRÈS** communique une observation de cancer ombilical.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — La dernière séance de la seconde épreuve, — épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation, — a eu lieu mercredi 21 mars 1883 à 5 heures pour la section d'accouchements. La question était : « De l'influence des déviations utérines sur la fécondation, la grossesse et l'accouchement » ; les candidats étaient MM. Bureau et Loviot.

Cette seconde épreuve commencera, pour la section de chirurgie, mardi prochain 27 mars, jour où aura lieu le tirage au sort de l'ordre dans lequel les candidats seront appelés à subir ladite épreuve.

— Un concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'ouvrira le lundi 30 avril 1883, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert tous les jours du jeudi 29 mars 1883 au samedi 14 avril 1883, de midi à trois heures.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Zorn, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Febvre, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Rigollot, préparateur de physique, est nommé, jusqu'à la fin de l'année 1882-1883, chef des travaux de physique, en remplacement de M. Mosnat, appelé à d'autres fonctions.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Simon (Marie-Nicolas-Roger) est nommé préparateur des cours de botanique et de physique.

M. Morel (Octave-Eugène) est nommé préparateur des cours de pharmacie chimique et de pharmacie galénique (emploi nouveau).

— La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui ont concouru en 1883, aura lieu le jeudi 29 mars 1883, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3. — Dans cette même séance seront rendues publiques les nominations des élèves internes admis à la suite du concours de 1883.

Les cartes de placement seront délivrées : à MM. les élèves de deuxième, troisième et quatrième années, le mardi 27 mars, à une heure, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3; — à MM. les élèves internes de première année, le mercredi 28 mars, à la même heure, dans le même amphithéâtre.

— Par décret, en date du 22 mars 1883, l'immeuble appartenant à l'État, dépendant du domaine de Meudon (Seine-et-Oise), précédemment utilisé par la garnison de Paris comme champ de tir et de manœuvres, est affecté au ministère de l'instruction publique et attribué partie au service de l'Observatoire d'astronomie physique, partie au service de la station de chimie végétale annexé à la chaire de chimie organique du Collège de France.

— Par arrêtés préfectoraux du 14 mars 1883, effet du 16 mars, sont nommés : directeur de l'hôpital de Lourcine, M. Bouylaud (François); économe de l'hôpital Tenon, — M. Amaury (Raoul).

— Nous apprenons avec regret la mort de M. Jules Mène, directeur de l'hôpital Tenon.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le lundi 2 avril 1883, à trois heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Coups et blessures ; des asphyxies.

Les conférences pratiques auront lieu, à la Morgue, les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures.

M. le professeur Guyon commencera le cours de pathologie chirurgicale le lundi 2 avril 1883, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Des maladies chirurgicales du tube digestif, c'est-à-dire de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin.

M. Hallopeau, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne le lundi 2 avril 1883, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Les maladies du système nerveux.

M. le docteur Pinard, agrégé, commencera le cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes, le mardi 3 avril 1883, à onze heures du matin, dans l'amphithéâtre Laënnec de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. le professeur Peter commencera le cours de pathologie médicale, le mardi 3 avril 1883, à trois heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. M. Peter traitera des maladies de l'appareil digestif.

M. Charpentier, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'accouchements le mardi 3 avril 1883, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre Laënnec, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Grossesse, étude générale, maladies de la femme enceinte, suites de couches normales et pathologiques.

M. Humbert, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe (deuxième semestre) le mardi 3 avril 1883, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Des fractures et des luxations.

M. le docteur Bocquillon, agrégé, commencera le cours auxilaire d'histoire naturelle, le jeudi 5 avril 1883, à une heure, dans

le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. M. Bocquillon traitera des vertébrés aux points de vue anatomique, physiologique et utilitaire.

M. le docteur Joffroy, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'anatomie pathologique, le lundi 9 avril 1883, à deux heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. M. Joffroy traitera des systèmes nerveux et musculaire et de l'appareil circulatoire.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Appareil élytro-ptérygoïde : hémostase; dilatation du col; ocytocie, par le docteur CHASSAGNY (de Lyon). Brochure in-8° de 60 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14302.

19

Capsules Oberlin

Une des principales difficultés rencontrées dans l'administration de l'**Huile de Foie de morue**, de l'**Huile de Foie de Morue créosotée** et de l'**Huile de Ricin** est occasionnée par le goût nauséeux et désagréable de ces médicaments.

Avec les **CAPSULES OBERLIN**, les malades peuvent, grâce à l'élasticité et à la complète solubilité de ces Capsules, absorber vingt ou trente fois plus de médicaments qu'avec celles fabriquées jusqu'à ce jour.

Les **CAPSULES OBERLIN**, formées d'une enveloppe élastique, s'avalent aussi facilement que le bol alimentaire ; elles ont trois dimensons (*petites, moyennes, grosses*) et contiennent :

3, 4 ou 5 gr. d'**Huile de Ricin;**
3, 4 ou 5 gr. d'**Huile de Foie de Morue;**
3, 4 ou 5 gr. d'**Huile de Foie de Morue pure** et **0g,10** de **Créosote.**

Pharmacie Oberlin, 17, Place Cadet, Paris.
Envoi d'Echantillons à MM. les Médecins.

120

Eau Minérale de Bussang

Gazeuse Naturelle

Souveraine contre la CHLOROSE, l'ANÉMIE et les maladies de l'ESTOMAC, des REINS et de la VESSIE. — RECONSTITUANTE.

Indiquée dans toutes les convalescences

On l'emploie à jeun ou aux repas, coupée avec le vin, ou mélangée à des sirops rafraichissants. Chez les Mds d'*Eaux minérales* et bonnes Phies.

46

Tamar indien Grillon

(Electuaire lénitif no 532 du Codex.)
FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT
contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc.
Ph. GRILLON, 52, r. Grammont, Paris. Bte, 2 f. 50.

73

Institut hydrothérapique

3, rue du Dôme, avenue d'Eylau (28e année). Médecin en chef : E. Duval. Sous presse : *De la cure des maladies par l'eau froide;* clinique de 26 années de pratique. Traitt spécial des affections nerveuses et chroniques. — Jardin, gymnase.

33

Granules antimonio-ferreux et

antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, rue Montmartre.

47

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

134

Goutte, Gravelle

RHUMATISMES CHRONIQUES.
(Diathèse urique)
PILULES H. ROYER
au tartrate de potasse et de lithine.

Le plus soluble des sels de lithine.

Une pilule contenant 10 centigr. de sel pur sature plus de 40 centigr. d'acide urique.

Vente par flacon de 100 dans toutes les phies.
Gros : phie Royer, cours Morand, 40, Lyon.

122

Sirop du docteur Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

52

Quassine Frémint

Pilules contenant chacune 2 centigrammes de **quassine amorphe.**

TONIQUE AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF.

A donné d'excellents résultats contre *anorexie, dyspepsie atonique, débilité générale, vomissements spasmodiques, irrégularité des fonctions digestives, constipation*, etc.

Doses : de 1 à 3 pilules avant les deux principaux repas.

Le flacon, 3f. — 18, r. d'Assas, Paris, et les phies.

28

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : Lebeault, Mayet et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

80

Darbo

86, PASSAGE CHOISEUL, PARIS.

MEDECINE, *chirurgie* (appareils en ts genres).
CAOUTCHOUC (Emploi général du).
CEINTURES, *corsets* sans baleines, pr dames.
ALLAITEMENT artificiel et tous articles pour dames en couches, les nourrices, les bébés.

107

Elixir et Vin de Coca,

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires, là où le quinquina est impuissant.
E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou St-Honoré.

60

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

17

Quina Anti Diabétique Rocher

Préparation spéciale contre le DIABÈTE
A base de GLYCÉRINE
redistillée et chimiquement pure.
Les expériences faites sur des Malades ont donné de très-beaux résultats.

M. Rocher met à la disposition de MM. les Médecins des Flacons d'échantillons qu'il envoie *gratis*, à titre d'expérimentation, sur demande adressée à la Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée, à Paris. — Flacon : **3** fr. **50.**

4

NEVRALGIES — MIGRAINES
PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. Fournier.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.
Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — Prix : 3 francs.

74

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

102

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique ; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très utile « pour empêcher le retour des fièvres intermit- « tentes sujettes à récidive. — Bouchardat. »
Paris, Pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boite : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

721

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

2

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

P. Rigollot

133

Quina-Laroche phosphaté

Les propriétés des phosphates associées à celles du quinquina, sont remarquables pour *développer l'appétit* et augmenter la *nutrition* du *système osseux et musculaire*, pendant la grossesse des femmes délicates et l'allaitement des enfants.

E. Laroche

Paris, 22, rue Drouot.

78

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

97

Pelletiérine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Paris, phie Tanret, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 36. — MARDI 27 ET JEUDI 29 MARS 1883. 56e ANNÉE. MARDI 27 ET JEUDI 29 MARS 1883. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hospice de la Salpêtrière. Les alcoolisés : Action toxique de l'alcool; troubles de l'intelligence et des sens; actes criminels. — Maladies des voies urinaires. Hématurie et colique spermatique due au méat étroit placé haut sur le gland. — Académie de Médecine. — Société de Biologie. — Société française d'ophtalmologie. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur ou plutôt à propos de la fièvre typhoïde a continué. M. Peter, conformément au programme qu'il s'était tracé, s'est particulièrement proposé, dans cette dernière partie de son argumentation, d'examiner les doctrines de M. Pasteur aux points de vue de leur application à la chirurgie et à la prophylaxie. La méthode des vaccinations pastoriennes a été plus spécialement l'objet de ses critiques. M. Bouley devant répondre dans la prochaine séance à ces critiques, nous attendrons que cette partie incidente du débat soit terminée pour la résumer.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Les alcoolisés (1).

ACTION TOXIQUE DE L'ALCOOL. — TROUBLES DE L'INTELLIGENCE ET DES SENS. — ACTES CRIMINELS.

II

La plupart des législateurs et des jurisconsultes sont d'accord pour tenir compte de l'ivresse et de son degré dans l'application de la validité des *actes civils*. A cet égard, le droit canon était des plus explicites : *Ebrius non potest nullo modo contrahere, et si contrahit, contractus ex ipso jure nullus est... Non possibile contrahere matrimonium, quia consensu caret, neque testamentum condere*. Le plus grand nombre des hommes de loi compétents, Pothier, Toulier, Duranton, rangent l'ivresse parmi les causes de nullité des contrats. De même, d'après les médecins légistes contemporains, un contrat pourra être réputé nul lorsqu'il sera bien établi que l'un des contractants était en état complet d'ivresse. Il va sans dire que cette jurisprudence est à plus forte raison applicable aux cas où l'ivresse chez l'un des contractants a été intentionnellement, dans un but de fraude, provoquée par l'une des parties. « Lorsque l'ivresse est l'effet du dol et de la fraude, elle est une cause de rescision des conventions et la preuve peut en être faite par témoins. » (Arrêt de la Cour de Colmar, avril 1819. — Arrêts analogues des Cours de Rennes, 1818, Besançon, 1819, Angers, 1823.)

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 mars 1883.

Une question spéciale peut se présenter à propos des assurances sur la vie. Le suicide accompli dans l'ivresse, dit Tourdes (1), est-il de nature à annuler le contrat ? « Nous répondrons par la négative, ajoute très justement cet auteur, si l'ivresse a été complète et s'il n'est pas démontré que le suicide ait été la conséquence d'une résolution prise de sang-froid. »

Doit-on considérer l'ivresse comme une circonstance atténuant les actes criminels ou délictueux? Vous avez entrevu, par quelques-uns des détails qui précèdent, comment la législation des différents pays envisageait cette question. En nous plaçant ici au point de vue exclusivement médical, abstraction faite de la lettre des lois positives, nous devons reconnaître que la question est des plus complexes ; je me suis efforcé ailleurs (2) d'en préciser les données. Je vous les rappellerai seulement en quelques mots.

L'ivresse peut être un fait tout accidentel, résulté d'un concours de circonstances exceptionnel. Si un acte grave est commis en pareille occurrence, ne sera-ce pas le cas de se rappeler le mot de Damiron (3) : « Une fois que l'ivresse est venue et que son effet est entier, quoi que fasse encore l'âme, quelque activité qu'elle déploie, soit en pensée, soit en passion, il n'y a pas de libre arbitre. » N'y aura-t-il pas dans la situation du prévenu, dans les conditions un peu particulières dans lesquelles l'ivresse a été contractée, de sérieux motifs d'indulgence ?

Peu de temps après son mariage, Pierre le Grand envoya un jour à la czarine un message très pressé. Un Français, du nom de Villebois, avait été chargé de remettre la dépêche en mains propres. Le froid était très vif, Villebois aimait à boire, et lorsqu'il arriva à destination, il était ivre et violemment agité. La czarine était au lit et ses femmes se retirèrent au moment où l'on introduisit le messager. A la vue d'une femme jeune et belle, il se précipita avec une indicible brutalité sur elle. L'honneur de l'époux absent ne put être sauvé, malgré les prompts secours qui survinrent. Enfermé dans un cachot, Villebois s'y endor-

(1) Tourdes, Alcoolisme, médecine légale, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.
(2) Legrand du Saulle, *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale*, p. 663 et suiv.
(3) Cours de philosophie.

mit, et lorsque Pierre le Grand, mandé en toute hâte, voulut l'interroger, il dormait encore ; il ne se souvint même de rien au réveil. Le czar, qui avait de bonnes raisons pour excuser l'ivresse, se contenta d'envoyer le coupable sur les galères de l'État. Six mois après, il lui fit grâce et le réintégra dans ses premières fonctions.

Il est bien des cas d'ivresse où une pareille indulgence équivaudrait à de la faiblesse. Qu'un individu par exemple, dans le but de se procurer le bénéfice des circonstances atténuantes ou pour étouffer le cri de sa conscience, s'enivre au moment de commettre un crime, la préméditation n'en existera pas moins chez lui et aucune excuse ne saurait protéger cette ivresse intentionnelle, à laquelle le criminel a recours comme à un adjuvant.

Il arrive parfois qu'un coupable, désireux de se soustraire à la peine qui le menace, simule l'ivresse. Cette simulation est chose assez facile pour certains individus exercés. Marc (1) rapporte que Juliet, artiste comique, portait aussi loin que possible l'imitation de l'ivresse, dans les *Visitandines* de Picard. Aussi ce diagnostic peut-il être parfois fort embarrassant. En pareille occurrence, vous vous enquerrez auprès des témoins de la quantité et de la qualité des boissons ingérées, et, autant que possible, du degré de tolérance de l'individu pour l'alcool ; vous n'oublierez pas que le simulateur s'attache en général à exagérer les manifestations caractéristiques du délire ébrieux. La nature des faits, les actes divers de l'agent, l'intérêt qu'il avait à l'action, les habitudes de sa vie, sont d'ailleurs autant d'éléments dont vous devrez tenir grand compte, suivant les conseils très judicieux de Chauveau (Adolphe) et Faustin Hélie (2). Au surplus, vous devrez vous souvenir que c'est à l'accusé à donner des témoignages probants de son état : *Ebrius non præsumitur ; onus probandi incumbit alleganti* (3).

2° *Ivrognerie.* — Je serai bref. Je vous ai indiqué en quoi elle se distingue de l'ivresse. Cette distinction avait déjà été nettement formulée par les Romains, lorsqu'ils différenciaient l'*ebrius* de l'*ebriosus*. — Deux mots seulement au point de vue des conséquences sociales et médico-légales de ce penchant dégradant.

Quand l'ivresse entre dans les mœurs, quand elle cesse d'être un accident pour devenir une habitude, elle a de déplorables résultats. Elle conduit fatalement l'individu qui s'y adonne à l'alcoolisme, c'est-à-dire à l'intoxication chronique constituée, et en outre elle pèse lourdement sur l'avenir des populations. On a dit avec raison : « L'ivrogne n'engendre rien de bon. » Combien d'enfants épileptiques ou idiots, atteints d'atrophie cérébrale, de pieds bots, etc., frappés de ces formes variées de la déchéance physique que nous observons si communément, particulièrement dans les grandes villes, doivent leurs difformités à l'ivrognerie des parents ! Demeaux (de Puy-l'Évêque), Morel, et avec eux d'autres observateurs, ont démontré que l'homme qui se livre au coït en état d'ivresse donne fréquemment naissance à des êtres *dégénérés,* « à des individus irrémédiablement frappés dans l'évolution de leurs facultés intellectuelles et affectives, et qui, sans pouvoir être assimilés aux idiots proprement dits sous le rapport physique et moral, apportent en naissant des dispositions innées pour le mal ». Les aveux de certaines mères sont à cet égard précieux à recueillir, et, pour ma part, j'avais été frappé de la chose, il y a déjà bien longtemps. Peut-être les faits de cet ordre avaient-ils passé trop inaperçus.

Ruer (de Westphalie) a recueilli à cet égard des observations fort instructives. Médecin de mines considérables, dans lesquelles on emploie un nombreux personnel d'ouvriers, il a constaté maintes fois ce qui suit : « Les mineurs descendent dans les galeries le lundi et ne sortent que le samedi soir. Le dimanche, ils ont coutume de se livrer à de copieuses libations et fréquemment ils sont sous le coup de l'ivresse lorsqu'ils ont avec leurs femmes des rapports sexuels. Or il est rare qu'un fils de mineur « vaille quelque chose ». La plupart des enfants nés dans ces conditions fâcheuses meurent en bas âge de convulsions, de tuberculose ou sont frappés d'une tare héréditaire quelconque.

L'ivrognerie constituant un penchant, une habitude, non un état morbide, ne saurait par elle-même influer, directement du moins, sur la responsabilité des individus qui s'y adonnent. Tout au plus peut-elle lever la suspicion d'une ivresse intentionnellement contractée. Mais elle est la porte ouverte à tous ces troubles intellectuels, aigus ou chroniques, légers ou graves, qui, par une série de degrés, conduisent l'individu jusqu'à l'aliénation, et constituent les manifestations de l'alcoolisme confirmé.

(1) *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires,* t. II, p. 608. Paris, 1840.

(2) *Théorie du Code pénal,* t. I, p. 518.

(3) Farinacius, quæst. 93, n° 23.

MALADIES DES VOIES URINAIRES. — M. Reliquet.

Hématurie et colique spermatique dues au méat étroit placé haut sur le gland (1).

II

Le fait de la contracture de la région profonde de l'urètre, avec stagnation d'urine dans la vessie, dû au méat relativement étroit, avec irritation localisée en arrière de ce méat, n'est plus à démontrer ; c'est pour moi un fait commun, depuis bien des années. Aussi, lorsque je recherche les causes de troubles de la miction, avec ou sans douleur, je commence toujours par l'examen minutieux du prépuce, du gland, du méat et de la fosse naviculaire, avant d'aller chercher profondément dans l'urètre ou la vessie, ainsi que l'attestent les travaux que j'ai cités plus haut.

Mais devant l'hématurie, devant les phénomènes de gonflement douloureux des voies génitales, cordons et épididymes, le chirurgien peut avoir naturellement l'esprit porté très loin de la cause réelle des accidents, que cependant il peut avoir là, sous les yeux, comme dans ce fait.

Il n'est pas douteux que chez cet enfant, comme chez cet adulte, l'hématurie a été le résultat immédiat de la contracture énergique de la région profonde de l'urètre, qui exprimait le sang de la muqueuse.

Les lésions de la surface de cette muqueuse permettant ainsi la sortie du sang, sous l'effort de compression dû au sphincter urétral, étaient certainement peu profondes puisqu'elles ont disparu, comme tous les troubles fonctionnels, aussitôt après le débridement du méat. On pourrait objecter que le sang, provenant de l'urètre, ne sortait pas de l'urètre en dehors des mictions pendant le repos, ainsi que cela arrive

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 mars 1883.

ordinairement pour les écoulements muqueux, et que même dans le cas du malade adulte le sang s'accumulait, dans la vessie, en caillots assez volumineux pour boucher momentanément l'urètre au moment de la miction. Mais le fait du reflux des liquides de la région profonde de l'urètre dans la vessie, si bien étudié par Mercier et utilisé par lui dans le *modus faciendi* de son injection profonde, est très fréquent.

Dans le cas qui nous occupe, l'état de contracture constante de la région membraneuse est une des conditions favorables de ce reflux du sang extravasé dans l'urètre vers la vessie. Il est bien difficile d'admettre que le sang vienne, dans ce cas, de la paroi vésicale, car jamais ces parois n'exsudent du sang quand elles sont maintenues distendues par de l'urine en stagnation.

Il peut se faire que le sang provienne en partie du pourtour du col vésical et tombe directement dans la vessie. Mais là c'est toujours la contracture du sphincter urétral qui en provoque la sortie.

Cet état d'excitation constante de la région profonde de l'urètre qui, chez ce malade adulte, a débuté avec les premiers accidents de la chaude-pisse aiguë, et qui n'a jamais cessé, puisque jusqu'au débridement du méat il y a eu des difficultés de miction, des envies fréquentes, et bien certainement de la stagnation d'urine, a fini par agir sur les voies séminales, y a provoqué les engorgements successifs du cordon et de l'épididyme d'un côté, et ensuite de ceux de l'autre côté. Engorgement des voies séminales qui persistent de chaque côté, perpétuant un état douloureux de ces parties tel que la station debout, malgré le suspensoir, ne peut être prolongée plus d'un quart d'heure sans provoquer une douleur vive et absorbante dans ces organes, que l'érection, dès son début, y est accompagnée d'une exacerbation douloureuse très vive. Enfin ces engorgements sont la cause de cette atroce douleur au moment du paroxysme génital spontané nocturne.

Il est certain que cette contracture de la région profonde de l'urètre, qui était la cause immédiate de l'hématurie, était aussi la cause immédiate de la rétention des liquides dans les voies spermatiques, car la contracture ayant cessé sitôt après le débridement du méat, nous voyons l'éjaculation spontanée se faire sans douleur quelques jours après, et ce gonflement général des deux cordons et des deux épididymes si douloureux disparaître après quelques éjaculations spontanées et après le coït. Et ce gonflement général des voies séminales était surtout dû au liquide contenu, puisque nous le voyons disparaître après ces évacuations sans laisser trace d'induration comme après l'orchite vraie.

Ainsi le méat relativement étroit peut provoquer non seulement l'état spasmodique de la région profonde de l'urètre avec passivité de la vessie, c'est-à-dire avec stagnation d'urine ; mais il peut être la cause de l'hématurie et même la cause d'engorgement des voies séminales avec phénomènes de coliques spermatiques.

Dans ce fait intéressant le méat n'était pas seulement relativement étroit, il était encore placé très haut sur le gland ; de là ce cul-de-sac profond de la paroi inférieure de l'urètre en arrière de la commissure inférieure de cet orifice, siège d'une inflammation chronique très irritante en raison des papilles de la muqueuse, nombreuses en ces points. Je crois qu'il ne faut pas laisser de côté ce facteur qui, certainement, a eu sa part dans l'intensité de la contracture de la région profonde de l'urètre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° une lettre de remerciement de M. Husson, récemment élu membre correspondant ; 2° un extrait du testament de M. Cloquet par lequel il lègue à l'Académie son buste en bronze ; 2° une note sur la mortalité infantile à Corbeil, par M. le docteur Surbled ; 4° une lettre invitant l'Académie à se faire représenter à l'inauguration du monument qui doit être élevé à Bufalini, dans sa ville natale, à Cesena.

COMMUNICATIONS

M. Filhol donne lecture d'une analyse de l'eau minérale et des boues de Dax (établissement des Baignots).

M. Motet donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Des délires instantanés, transitoires, consécutifs à des crises épileptiques, au point de vue médico-légal.*

A côté de l'épilepsie, ayant avec elle d'étroites affinités, dit M. Motet, existe un groupe nombreux de troubles cérébraux à forme vertigineuse ou convulsive, qui sont à la maladie type ce que les accidents rhumatoïdes sont au rhumatisme proprement dit. Longtemps confondus avec l'épilepsie, les troubles cérébraux dont il s'agit tendent à en être séparés aujourd'hui, grâce à la sévérité plus grande des observations et surtout aux études si remarquables sur ce sujet de M. le professeur Lasègue.

Parmi les variétés de ces troubles vertigineux, la plus importante, au point de vue médico-légal, c'est l'épilepsie traumatique, qu'elle soit ou non sous la dépendance d'une déformation de la paroi crânienne. Le jour où, par le fait d'une violence extérieure, l'équilibre des fonctions cérébrales a été rompu, le blessé est devenu un malade d'un genre tout spécial, « un cérébral ». Ce ne sont pas là des aliénés au sens propre du mot, ce sont des malades d'une espèce particulière, chez lesquels l'observation de tous les jours révèle d'abord des bizarreries, des singularités, et qui, à un moment, trahiront, par un fait énorme, monstrueux, le désarroi profond dans lequel se trouve leur intelligence.

La communication de M. Motet a pour objet la relation de deux faits de ce genre dans lesquels des actions délictueuses ou même criminelles ont été commises inconsciemment sous l'influence de ces accès de délire passagers.

M. Motet termine sa communication en faisant remarquer que les deux observations qu'il vient de communiquer à l'Académie sont la consécration éclatante de la doctrine de M. le professeur Lasègue. Elles appartiennent, ajoute-t-il, à une histoire pathologique qu'il faudra écrire quelque jour. Les traumatismes cérébraux et leurs conséquences éloignées ou prochaines valent d'être étudiées à fond. Ils sont d'ailleurs pour la pathologie mentale ce que fut autrefois la paralysie générale, un lien qui la rattache au reste de la pathologie, dont il importe de ne la séparer jamais, si l'on veut se prononcer avec quelque certitude dans ces délicates questions médico-légales.

M. Potain est appelé à la tribune pour donner lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Lasègue. La lecture de ce discours a été accueillie par les applaudissements répétés de l'assemblée.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

La parole est à M. Peter.

M. Peter (1), après avoir rappelé en quelques mots la doctrine de M. Pasteur sur les maladies virulentes, maladies qui, selon M. Pasteur, viennent du dehors, sont fonction d'un élément vivant, de telle sorte que ce corpuscule virulent, ce virus, ce microbe qui n'est autre que le *quid divinum* des anciens devient tangible, fait

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 268.

observer que ces recherches sont très intéressantes au point de vue de l'histoire naturelle et de la physiologie pathologique; grâce aux travaux de M. Pasteur, de grands progrès ont été accomplis en chirurgie et en obstétrique; c'est, en effet, en s'inspirant de ces travaux que M. Alphonse Guérin a imaginé le pansement ouaté; cependant, indépendamment du filtrage de l'air, ce pansement réunit deux autres conditions importantes; c'est un pansement rare et en outre il exerce une compression douce, élastique. C'est grâce aussi aux travaux de M. Pasteur que Lister a imaginé son pansement devenu classique; enfin c'est en s'appuyant sur ces mêmes travaux qu'on a fait ressortir tous les avantages, en obstétrique, d'un isolement sagace des malades et des soins d'une méticuleuse propreté. Cette justice étant rendue à l'importance et à la valeur des travaux de M. Pasteur, il y a lieu de se demander s'ils ont rendu les mêmes services en médecine qu'en chirurgie ou en obstétrique? Je me permets de le nier, ajoute M. Peter.

Passant à l'étude des vaccinations proposées par M. Pasteur, M. Peter s'applique à démontrer que le virus atténué de M. Pasteur est un virus *éventé* et *passé*, ayant pour but de déterminer une virulence infiniment moins grave que la maladie virulente spontanée et destiné à prémunir le bétail et l'humanité contre cette maladie virulente spontanée. Voyons si M. Pasteur a obtenu tous les résultats qu'il a promis.

M. Peter critique tout d'abord cette dénomination de vaccinations pastoriennes. Jenner inoculait une maladie bénigne, le cow-pox, en vue de prémunir contre une maladie grave, souvent mortelle, la variole; c'était bien là la vaccination; M. Pasteur ne pratiqua pas une vaccination, mais bien une inoculation. Or, avant Jenner, on inoculait, et, les inoculations ne pouvant modifier le virus, on s'efforçait de modifier le support. Les Chinois se servirent de croûtes, c'est-à-dire d'un virus desséché, ayant subi l'influence de l'oxygène et du temps; d'autres diluaient le virus dans l'eau. Trousseau a voulu rétablir l'inoculation varioleuse, et, malgré les mille précautions qu'il a prises, il a eu des accidents graves qui l'ont fait renoncer à la pratique des inoculations.

M. Peter cite ici un passage de la clinique de Trousseau, dans lequel il énumère ces accidents. Entre autres dangers de ces inoculations, il fait ressortir la création d'un foyer de contagion, danger maintes fois signalé par M. J. Guérin.

Il n'est pas douteux, ajoute M. Peter, que le support vivant exerce une action considérable sur le virus inoculé; il peut en résulter une maladie grave, même mortelle. En voici un exemple: il y a quelques jours se développe, dans mes salles, une petite épidémie de variole; la malade qui fut le point de départ de cette épidémie, portait à peine quelques papules, n'avait pas de fièvre, était, en un mot, atteinte aussi légèrement que possible; après elle, six malades furent prises de la variole, dont quatre de varioles discrètes et deux de varioles des plus graves; on voit, par cet exemple, comment un virus, aussi atténué que possible, peut se comporter sur six organismes différents.

M. Peter passe ensuite en revue les accidents qui peuvent être et ont été déterminés par l'application de la méthode des inoculations pastoriennes. Il résulte de nombreux extraits empruntés aux comptes rendus de la Société de médecine vétérinaire que dans certains cas le virus charbonneux atténué, par exemple, n'a pas donné l'immunité qu'on en attendait, que dans d'autres il a occasionné des accidents graves. Le nombre des victimes des inoculations charbonneuses est même aujourd'hui considérable. En outre, M. Pasteur déclare lui-même que la durée de la préservation ne dépasse pas un an. M. Peter cite plusieurs documents fournis par MM. Weber, Mathieu, par des vétérinaires de Turin, etc. Il ajoute que les hivers de 1881 et 1883 ont été remarquables par le peu d'élévation de la température; mais viennent de véritables chaleurs, et l'on verra ce que deviendront les vertus préservatrices de la méthode pastorienne.

Il y a lieu d'opposer à cette méthode des objections pratiques et des objections doctrinales. Les premières sont relatives à la médecine vétérinaire; elles peuvent se résumer dans les trois propositions suivantes:

1° On n'est jamais sûr de n'avoir pas d'accidents à la suite de la seconde vaccination (inoculation du virus fort);

3° L'immunité obtenue par les vaccinations n'est pas absolue;

2° Les maladies à microbes, connus ou inconnus, sont des maladies récidivantes.

En effet, dans les maladies charbonneuses, par exemple, les récidives sont extrêmement fréquentes. M. Pasteur lui-même reconnaît que, par la vaccination, la préservation n'est acquise que pour une année. En outre, quelles raisons y aurait-il de vacciner l'homme contre le charbon qu'il peut ne jamais contracter? D'un autre côté, en admettant que le bœuf ou le mouton soient prémunis par la vaccination, faut-il en conclure que l'homme le sera à son tour?

Étant donné, d'une part, le nombre de maladies virulentes qui sont propres à l'homme et de celles qu'il peut contracter des animaux, le nombre de vaccins ou de virus atténués correspondants, étant donné, d'autre part, le peu de durée de l'immunité donnée par ces vaccinations, il en résulte que l'homme de l'avenir devra passer sa vie à se la conserver, à moins qu'il ne soit emporté par l'un de ces virus préservateurs, ce qui nous ramène à ce personnage légendaire qui se jetait à l'eau de crainte de se mouiller.

Les objections doctrinales ne font pas non plus défaut. Ici M. Peter oppose M. Pasteur à M. Pasteur lui-même, puis M. Béchamp, puis M. Chauveau à M. Pasteur; il montre ainsi que les microbistes eux-mêmes ne sont pas d'accord. Les doctrines pastoriennes ont-elles détruit la spontanéité morbide? Il n'en est rien, et aussi bien M. Pasteur avec ses microbes que M. Béchamp avec ses microzymas, admettent eux-mêmes qu'il faut, pour que ces animalcules se développent et agissent, des conditions particulières, et l'on arrive ainsi à la prédisposition, à la réceptivité. La vieille médecine ne parle pas autrement. Avec M. Béchamp, comme avec M. Pasteur lui-même, nous sommes en pleine doctrine de spontanéité morbide.

En terminant, M. Peter, en sa qualité de médecin et en sa qualité de philosophe, est bien obligé de constater que toutes ces prétendues découvertes autour desquelles l'on fait tant de bruit et sur lesquelles on fonde tant d'espérances, ont élargi de bien peu le cercle autour duquel évolue l'esprit humain.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 mars 1883. — Présidence de M. LABORDE.

COMMUNICATIONS

Le plâtrage des vins. — M. RABUTEAU. Il existe, à l'état normal, environ 7 à 8 centigrammes de sulfate de potasse dans les vins; la loi autorise la présence de 2 grammes de sulfate de potasse. Mais lorsqu'on vient à plâtrer les vins, le sulfate de chaux mis en présence du tartrate de potasse forme du tartrate de chaux et du sulfate de potasse, de telle sorte que l'on peut avoir alors 4 à 5 grammes de ce dernier sel au lieu de 2 grammes que la loi tolère. Alors, pour ne pas tomber sous le coup de la loi, les marchands de vin ajoutent le chlorure de baryum qui forme du sulfate de baryte insoluble et du chlorure de potassium, corps toxique mais non visé par la loi. Dès lors le plâtrage devient lui-même plus dangereux que la présence d'une certaine quantité de sulfate de potasse qu'il est appelé à corriger.

Phénomènes de culbute produits par la lésion de différents points du système nerveux. — M. BROWN-SÉQUARD rappelle que jusqu'ici on a considéré la lésion des canaux semi-circulaires comme seule capable de produire certains mouvements giratoires ou de culbute. Or il résulte d'un grand nombre d'expériences faites par M. Brown-Séquard que la lésion de beaucoup d'autres points du système nerveux, par exemple la section de la moelle jusqu'à la septième vertèbre cervicale, peuvent produire

les mêmes effets que la section faite exactement au niveau des canaux semi-circulaires.

Au-dessous de la septième vertèbre cervicale, il ne les a jamais vus se produire. La section transversale des lobes optiques, chez les oiseaux, provoque ces mouvements de culbute. Il faut donc admettre, d'après cela, que ces effets ne dépendent pas de quelque chose de spécial à une partie limitée du système nerveux. L'épilepsie elle-même peut être la conséquence d'un travail morbide ayant son siège dans la moelle et non pas seulement dans l'encéphale.

Circulation veineuse du cœur. — M. FRANCK a étudié les conditions les plus importantes de la circulation veineuse du cœur. Dans l'intérieur de la cavité thoracique, dit-il, le cœur est soumis à une aspiration thoracique constante qui tend à en écarter les parois et agit sur le sac péricardique. Celui-ci, en sa qualité de membrane souple, se prêtant à cette aspiration, permet au cœur lui-même d'en subir également l'influence. Le péricarde, en d'autres termes, ne peut que favoriser la dilatation cardiaque. Les mouvements propres du cœur créent aussi des changements de pression, en dehors du thorax. Il y a donc, dans le sac péricardique, des alternatives de pression augmentée et diminuée. Comment la circulation veineuse s'accommode-t-elle de ces variations de pression?

Si l'on ne considère que le système veineux ventriculaire, au moment où se contracte le muscle ventriculaire, celui-ci exprime de son propre tissu du sang veineux. Donc il y a, dans la systole ventriculaire, une tendance à l'expulsion du sang veineux. Ce sang va dès lors se collecter dans les veines placées à la surface périphérique du cœur (veines coronaires, etc.). L'aspiration thoracique constante tend à maintenir ces veines béantes; il en résulte qu'au moment de la diastole ventriculaire, ces veines se trouvent en expansion par suite de l'action thoracique expiratrice. Si l'on ajoute à cela l'expansion considérable de l'oreillette droite, on a ainsi les trois facteurs importants de la circulation veineuse du cœur qui peuvent se résumer ainsi : 1° contraction musculaire expulsant le sang veineux ventriculaire; 2° diminution de volume (systolie) du cœur favorisant la dilatation des veines superficiellement placées (veines coronaires); 3° expansion considérable de l'oreillette droite.

Si l'on suppose l'existence dans le péricarde d'un épanchement liquide, l'une des conséquences de cet épanchement sera de mettre obstacle au libre déversement du sang veineux des parois cardiaques, d'où stase veineuse. Si, au lieu d'un épanchement péricardique, il s'agit d'adhérences déterminant une véritable symphyse cardiaque, il y aura également obstacle au déversement du sang des parois du cœur, il y aura de même stase veineuse.

Ces données permettront peut-être aussi de comprendre le mécanisme de la mort par introduction de l'air dans les veines, dont aucune des théories actuelles n'a donné jusqu'ici d'explication satisfaisante. Il faut d'abord admettre que la mort, dans ces cas, ne survient pas toujours de la même façon, mais elle peut être le résultat du reflux de l'air dans les veines coronaires, d'où stase veineuse cardiaque et obstacle à la dilatation cardiaque.

La Société, consultée, décide que, contrairement à l'usage généralement admis, elle tiendra séance samedi prochain.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE.

Sur la proposition de M. le docteur Chibret (de Clermont), un certain nombre d'ophtalmologistes de France et de l'étranger se sont réunis, le 29 janvier, à Paris, rue de l'Abbaye, à huit heures du soir. Le nombre des adhérents ayant dépassé soixante, la réunion s'est occupée sans retard de la constitution et de l'organisation de la Société projetée. Cette séance a été présidée par M. le docteur Chibret, assisté, comme secrétaire, par M. le docteur Armaignac, les deux organisateurs du projet.

La réunion a voté les statuts suivants :

La Société portera le nom de *Société française d'ophtalmologie.*

1. — La Société se réunit chaque année régulièrement, à Paris, sauf décision contraire de l'assemblée désignant une autre ville.

2. — Un comité dirigeant de huit membres élus par la Société s'occupe, dans l'intervalle des sessions et pendant les sessions, des intérêts de la Société, de la rédaction et de la publication des travaux et comptes rendus de la Société.

3. — Pour devenir membre de la Société, il faut s'adresser au comité dirigeant qui en décide.

4. — Toutes les deux années, les deux membres les plus anciens du comité en sortent et sont remplacés par une nouvelle élection. Les membres sortants sont rééligibles. Si, dans le courant de l'année, le comité perd un de ses membres, la Société doit en élire un autre à sa place dans la prochaine session.

5. — Les séances scientifiques sont publiques. L'inauguration de chaque session a lieu par un membre du comité choisi par la majorité de ses membres. Au nom du comité, il propose les membres de la Société qui doivent présider les séances scientifiques.

6. — Pendant la durée de la session, la Société se réunit en séance d'affaires pour discuter ses intérêts, élire les membres du comité, etc.

7. — Pour subvenir aux frais de la Société, la cotisation annuelle des membres est fixée à 20 francs.

8. — La Société se réunira tous les ans le dernier dimanche de janvier.

Cette organisation, analogue à celle de la Société ophtalmologique de Heidelberg, — laquelle compte plus de vingt ans d'existence, — diffère un peu de celle généralement usitée en France. C'est bien, en effet, une Société, puisque le choix des membres est soumis au vote d'un comité; mais c'est aussi un Congrès, puis qu'elle ne se réunit qu'une fois par an, avec des séances pendant plusieurs jours.

La Société française d'ophtalmologie est ouverte à tous les ophtalmologistes de France et de l'étranger. Les discussions auront lieu en français, ce qui n'exclut nullement la présentation de travaux en langues étrangères.

Enfin, la présidence des séances scientifiques est attribuée, pour chaque séance, à un membre différent, ce qui éloigne toute possibilité de l'influence prépondérante d'un bureau.

Les derniers articles des statuts ont été votés le 29 janvier à minuit. Pour faire acte immédiat de vitalité, la Société a décidé qu'elle aurait les jours suivants des séances scientifiques à neuf heures du matin.

La deuxième séance du 30 janvier, sous la présidence de M. Dufour (de Lausanne), a été consacrée à des communications de M. Gayet, *sur les hernies traumatiques de l'iris;* — de M. Landolt, sur l'*ophtalmodynamomètre* (instrument pour mesurer l'accommodation et la convergence); — de M. Javal, sur l'*ophtalmométrie par les cercles réfléchis.*

La troisième séance du 31, sous la présidence de M. Dor (de Lyon), a été occupée par une très importante discussion sur *les moyens d'éviter la suppuration dans la cataracte;* discussion à laquelle ont pris part MM. Galezowski, Meyer, Dor, Gayet, de Wecker, Terson, Panas, Abadie.

Dans la quatrième, président M. de Wecker, ont été présentés des mémoires de MM. Chibret, sur *le traitement du glaucome;* — de M. la Peña, *sur un kyste intra-oculaire;* — de M. Boucheron, *sur l'épithélium sécréteur du corps vitré;* — de M. Dehenne, *sur la fistule lacrymale congénitale;* — de M. Meyer, *sur la formation d'une statistique des aveugles en France;* — de M. Poncet, sur *l'état d'un moignon oculaire après amputation du tiers antérieur de l'œil, et les indications de cette opération.*

Les travaux de la Société seront publiés par les soins du comité composé, après vote, de MM. Panas, Gayet, Chibret, Meyer, Poncet, Armaignac, Abadie, Coppez.

Au 1er février, la liste des membres de la Société comprend 65 noms.

Les demandes d'adhésion et toutes les communications concer-

nant la Société doivent être adressées pour l'année 1883, à M. le docteur Poncet, secrétaire, rue de Chabrol, 26, Paris.

Les membres de la Société qui n'ont pas encore donné leur adhésion définitive, après le vote des statuts, sont priés d'adresser sans retard cette adhésion.

Le secrétaire, membre du comité,
F. Poncet (de Cluny).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — La seconde épreuve de ce concours, — épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation, — commencera, pour la section de chirurgie, le mardi 3 avril 1883, à cinq heures, pour le tirage au sort de l'ordre dans lequel les candidats devront subir cette épreuve, et le choix des sujets de leçons.

— Le jury du concours des accoucheurs du Bureau central se compose de MM. Benjamin Anger, Blachez, Budin, Cruveilhier, Martineau, Périer et Pinard. La première épreuve, — épreuve écrite, — a eu lieu jeudi dernier 22 mars. La question donnée a été : « Les vaisseaux sanguins du rein, fonctions du rein. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le doyen de la Faculté croit devoir rappeler que les pièces scolaires concernant les étudiants en médecine qui viennent d'une École préparatoire, d'une École de plein exercice ou d'une autre Faculté de médecine, doivent lui être transmises *par l'intermédiaire du recteur*. Pour éviter toute irrégularité, ces pièces ne seront reçues, à l'avenir, au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, que par la voie réglementaire.

— M. Beauregard (Henri), docteur ès sciences naturelles, docteur en médecine, agrégé de l'École supérieure de pharmacie de Paris, est délégué dans les fonctions d'aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle.

— Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se réunira à Rouen, du 16 au 23 août 1883, sous la présidence de M. Frédéric Passy.

— Le directeur de l'Assistance publique a reçu de Mme la duchesse de Grafton une somme de 2,500 francs pour les malades sortant du service d'ophtalmologie de M. le professeur Panas.

— M. le docteur d'Olier, dont le fils, interne à l'hôpital Saint-Antoine, a malheureusement succombé, l'an dernier, à la fièvre typhoïde, vient de faire un nouveau legs de 300 francs à la bibliothèque des internes en médecine et en chirurgie de cet hôpital.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Gémy, médecin de l'hôpital civil d'Alger, est chargé, pour dix ans, du cours complémentaire des maladies syphilitiques et cutanées (enseignement nouveau).

— *Faculté de médecine de Paris.* — La Faculté a décidé de donner, comme sujet du prix Corvisart pour l'année scolaire 1882-1883, la question de l'*ascite*. Les mémoires adressés au concours seront reçus jusqu'au samedi 1er décembre prochain, dernier délai.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Brault, médecin inspecteur en retraite; de M. Arthaud, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon; de M. Lafforgue, professeur d'accouchements à l'École de médecine de Toulouse; de M. le docteur Hatton, de Fresnay (Sarthe). Ce vénérable confrère, qui exerça la médecine pendant près de cinquante ans, laisse, entre autres libéralités, une somme de 20,000 francs à l'hospice de Fresnay.

— La séance publique annuelle de l'Académie des sciences aura lieu le lundi 2 avril prochain, sous la présidence de M. Jamin.

Ordre du jour. ° Discours de M. le président ; 2° proclamation des prix décernés pour 1882 et des sujets de prix proposés pour les années suivantes; 3° éloge historique de M. le baron Ch. Dupin, par M. J. Bertrand, secrétaire perpétuel.

— La plupart des hôpitaux de Londres ont une existence propre : leurs ressources proviennent de fondations ayant pour objet le soulagement des malades et l'enseignement de la médecine, de souscriptions et de donations. Ils sont ou généraux, c'est-à-dire appelés à recueillir des malades de toute sorte, ou spéciaux, c'est-à-dire consacrés à une affection particulière. Les hôpitaux généraux sont les plus anciens et les plus riches ; mais ils traversent en ce moment une crise. Quatre des principaux ont dû, l'an dernier, pour suffire à leurs dépenses, aliéner une partie de leur dotation, jusqu'à concurrence de 30,000 liv. Les souscriptions qu'ils reçoivent annuellement ont diminué de 2,000 liv. entre 1872 et 1882; le chiffre des donations a baissé de 4,000 liv. Le revenu des 17 hôpitaux généraux, qui était de 310,237 liv. en 1877, n'a été que de 270,159 en 1881. Au contraire, les hôpitaux spéciaux sont en pleine prospérité. Le revenu de ces 14 établissements, qui était de 156,055 liv. en 1877, s'est élevé, en 1881, à 173,746. On attribue cette différence de situation à ce que les administrateurs des hôpitaux spéciaux montrent plus d'activité dans leurs appels à la charité et plus d'exigence à l'égard des malades qui peuvent payer.

Cet état de choses est d'autant mieux de nature à préoccuper l'administration, que les hôpitaux actuels sont insuffisants pour la population. Plusieurs quartiers se plaignent avec raison de n'être point desservis. On demande qu'une commission royale soit instituée pour étudier la question du régime des établissements hospitaliers, et de bons esprits estiment qu'il serait bon de grouper tous les hôpitaux sous un même conseil qui, d'abord, n'aurait qu'un droit d'avis et à qui, plus tard, pourrait être confiée la gestion des divers établissements. Ce conseil deviendrait alors, en ce qui concerne les hôpitaux, quelque chose d'analogue à notre administration générale de l'Assistance publique. (*Rev. gén. de l'Adm.*)

— M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche 1er avril 1883, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Des malades seront, autant que possible, présentées aux élèves.

— M. le professeur Parrot reprendra son cours clinique des maladies des enfants, le dimanche 8 avril 1883, à dix heures du matin, à l'hospice des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, et le continuera les mardis et les samedis suivants, *à neuf heures du matin*, et les dimanches, *à dix heures du matin*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Contribution à l'étude des arthropathies tuberculeuses et des inflammations tuberculeuses péri-articulaires, par M. le docteur P. Zannellis. In-8°, avec 4 planches lithographiées. — Prix : 3 francs. — Paris, Ollier Henry.

Purpuras hémorragiques, essai de nosographie générale, par le docteur A. Mathieu. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

De l'albuminurie consécutive aux excitations cutanées, par M. le docteur Kémhadjian Mihran. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ollier Henry.

Obstétrique. Prédiction du sexe et de la force relative de l'enfant, recherches et observations, par le docteur Lajoux. In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14327.

34

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13° —	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

12

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Vin et Huile de foie de Morue CRÉOSOTÉS du Dr G. FOURNIER.

0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,05.

Seules récompensées à l'Exp. univ. de Paris, 1878

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — Exiger la signature.

41

Rhumatismes. Guérison par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

64

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade **à l'albuminate de fer.**

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

36

Vin de Baudon antimonio-phosphaté. TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

10

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

Sirop MINERAL SULFUREUX **Crosnier** goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

124

Dragées Meynet D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

52

Le phosphate monocalcique CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

123

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorosé, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

28

Sirop gélatineux de T. Gras (AU PHOSPHATE DE CHAUX GÉLATINEUX).

Phtisie, bronchites chroniques, anémie, convalescences, épuisements, maladies des enfants.

Expérimenté aux hôpitaux. La plus assimilable des préparations phosphatées.

3 gr. de phosphate gélatineux par cuillerée.

Pharmacie T. GRAS, 9, rue Le Peletier, Paris.

71

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

163

Maltine Carnrick

La **Maltine Carnrick** contient trois fois plus de substances nutritives que les extraits de malt ordinaires. Elle contient tous les principes nutritifs non seulement de l'orge, mais encore du froment et de l'avoine maltés. Sa richesse en éléments albumineux, en phosphates et en diastase en font un RECONSTITUANT TRÈS ACTIF et admirablement supporté par l'estomac.

La **Maltine Carnrick** est à la fois un aliment et un agent digestif (*British medical Journal*). Elle remplace avantageusement l'huile de foie de morue.

La **Maltine Carnrick**, combinée avec la pepsine et la pancréatine, donne des résultats surprenants dans la dyspepsie et les troubles gastriques. Elle doit être préférée à tous les vins et élixirs, parce qu'elle ne contient pas d'alcool et ne produit aucune irritation sur l'estomac.

Dépôt dans les pr. phies. Vente en gros : Agence de la MALTINE, *manuf.* Cᵒ, 6, *rue de Chabanais.*

6

Huile DE FOIE DE MORUE **de Godin** **au benzoate de fer.**

M. le dr Bazin apprécie ainsi cette préparation :
« Cette huile est mieux supportée par les malades que l'huile de foie de morue et le sirop « de fer administrés séparément ou combinés « ensemble ; son action est plus efficace que celle « de ces deux agents donnés séparément.

Paris, 96, faub. St-Martin, et toutes pharmacies.

16

Sirop de goudron créosoté DE LA PHARMACIE GUYOT

(GUERNIER, succr), 61, rue de Seine, Paris, contient le goudron de Norwège **en nature, à l'état soluble**, combiné à la créosote du hêtre. Il titre 0g,20 de goudron et 0g,10 **créosote** par cuill. à bouche. Préparation magistrale constituant pour le praticien qui veut prescrire le goudron ou la créosote, le seul médicament assimilable puissant et fidèle. — De 2 à 6 cuill. par jour. Un échantillon est envoyé *franco* à tout médecin qui désire en contrôler les propriétés.

70

Liqueur des Dames A BASE D'ANÉMONINE

Retirée de l'Anémone Puls, vulgairement appelée « FLEUR DES DAMES ».

(*Off. de Dorvault*, xe édit., p. 252.)

Très efficace dans les cas d'AMÉNORRHÉE et de DYSMÉNORRHÉE.

FACILITE L'ACCOUCHEMENT

MM. les docteurs qui voudraient bien faire l'essai de cette Préparation et constater ses excellents résultats, sont priés d'écrire au préparateur, M. ENJOLRAS, pharmacien, 16, cours de Brosses, à Lyon, *qui se fera un plaisir de leur en envoyer gratis un ou deux flacons à titre d'expérimentation.*

721

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

19

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

90

Sirop Balsamo-diurétique **(à l'extrait de Buchu)**

Contre toutes les *Maladies des voies urinaires*, spécialement le *Catarrhe chronique de la vessie*, l'*Irritation du canal de l'urèthre*, les *Maladies de la prostate*, l'*Incontinence de l'urine*, la *Gravelle urique*, etc. — Prix : 5 francs le flacon.

SWANN, ph.-chim., r. Castiglione, 12, Paris.

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina *et aux principes solubles de la* VIANDE.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

169

Iodo-phosphate DE CHAUX SOLUBLE De G. BARNIT, pharmacien.

Formule du docteur TISON (*de Chauny*).

Une cuillerée à bouche contient :
Iode 0,10 *centigr.* ; *phosphate de chaux* 0,25 *centigr.*

Phtisie, scrofules, rachitisme, débilité organique.

Vente en gros : Chauny (Aisne).

N° 37. — SAMEDI 31 MARS 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 31 MARS 1883. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Des diverses espèces de purpura. — La morphinomanie ou morphéomanie. — Mode d'administration et doses de la glycérine pour l'usage interne. — Société médicale des Hôpitaux. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des diverses espèces de purpuras.

Dans notre Revue du 3 février dernier, à l'occasion de quelques exemples de l'une des variétés de purpuras, le purpura rhumatismal, nous prenions l'engagement de revenir sur cette question des purpuras, sur laquelle, disions-nous, il y a encore beaucoup à étudier. L'une des thèses du concours d'agrégation qui vient de se terminer, vient nous fournir naturellement cette occasion.

M. Du Castel, à qui a incombé ce sujet, a dû l'envisager dans sa généralité comme dans ses détails ; c'est-à-dire définir, décrire et classer, suivant les différences de leur origine et de leurs conditions pathogéniques, les diverses variétés connues de purpuras. C'est en quelque sorte un procès-verbal de l'état actuel de la science sur ce point. C'est là surtout le genre d'intérêt que nous comptions y trouver. Nous n'avons point été déçu dans notre attente.

M. Du Castel entre de plain-pied dans le point de vue clinique de la question ; c'est par l'énoncé de quelques-uns des types principaux, qu'il fait voir de suite combien sont divers les aspects sous lesquels peut se présenter l'éruption purpurine, et dissemblables les symptômes généraux et locaux qui l'accompagnent. Rien ne pouvait mieux justifier la nécessité d'une classification. Nous avons indiqué, dans l'article précité, celle à laquelle on s'est tenu longtemps. L'observation ultérieure a dû faire élargir ce cadre un peu trop restreint. On est assez généralement d'accord, aujourd'hui, pour admettre, à côté du groupe des purpuras dits primitifs, un deuxième groupe de purpuras secondaires, qui reste toujours ouvert, des faits nouveaux en élargissant tous les jours le champ.

Les cinq variétés de purpura primitif admis par les auteurs du commencement du siècle, le simplex, l'urticans, le senilis, l'hemorragica et le contagiosa, avaient été ramenées, par plusieurs auteurs, à deux variétés seulement : le simplex et l'hémorragique. Aujourd'hui il y a une tendance à accroître encore une fois le nombre des variétés de cette affection, en y faisant entrer les purpuras exanthématique, rhumatismal et le purpura nerveux ou myélopathique. M. Du Castel s'est rangé à ce dernier avis.

Pour les purpuras secondaires, l'étude clinique qu'en a faite notre confrère l'a conduit à les répartir entre trois grands groupes, formant les véritables espèces, dans chacun desquels on peut trouver un certain nombre de faits qui présentent dans leur origine, dans leur allure, dans les caractères de l'éruption, de nombreux points de rapprochement ; ce sont les purpuras cachectique, toxique et mécanique.

Le premier survient à une période avancée de maladies à évolution lente et coexiste avec un état d'anémie profonde antérieure à l'éruption et souvent aussi avec des œdèmes.

Le deuxième (purpura toxique) présente des caractères différents suivant qu'il succède à une intoxication légère, type représenté par le purpura médicamenteux, ou qu'il est la suite d'une intoxication profonde ayant entraîné des lésions considérables du sang, le purpura infectieux des grandes pyrexies en pouvant être considéré comme le degré supérieur.

Enfin le troisième, le purpura mécanique, survient à la suite de l'élévation de la tension veineuse, généralement circonscrit à des régions très limitées et consistant en simples pétéchies.

En réunissant les enseignements fournis par l'étude des purpuras secondaires et celle des primitifs, M. Du Castel est arrivé à admettre cinq grandes espèces : purpuras rhumatismaux exanthématiques, purpuras toxiques, purpuras cachectiques, purpuras mécaniques et purpuras consécutifs à une lésion du système nerveux ; les purpuras simplex et hémorragique n'étant point des entités morbides, mais des expressions symptomatiques communes à nombre d'états pathologiques, tandis que les cinq espèces ci-dessus se rattachent à autant de modifications spéciales de l'économie.

Il était intéressant, toutefois, à côté de ce travail de nosologie et de classification, de rechercher ce que nous ont appris, dans ces derniers temps, l'anatomie pathologique et l'histologie, sur la constitution et la pathogénie du purpura considéré en lui-même et abstraction faite de ses différentes variétés, et sur ses rapports avec les diverses modifications et altérations de la composition du sang et les lésions vasculaires.

La comparaison des résultats obtenus par les différents histologistes et hématologistes conduit à constater, chez les malades atteints de purpura : la diminution plus ou moins grande du nombre des globules rouges et de la quantité des

matériaux solides du sang; des variations de la fibrine, tantôt diminuée (purpura hemorragica, maladies infectieuses), tantôt augmentée (purpura simplex, scorbut); l'augmentation fréquente des globules blancs, l'altération de forme des globules rouges; la présence d'éléments anomaux (bactéries, éléments embryonnaires).

Ces modifications du sang ne paraissent pas avoir toutes la même valeur. L'abaissement du nombre des globules rouges et de la quantité des principes solides, la présence de nombreux microcytes, ne sont, probablement en grande partie, suivant M. Du Castel, que le résultat des hémorragies plus ou moins abondantes et de la rénovation du sang. La dissolution de la fibrine ou son peu d'abondance aurait facilité l'issue du sang hors des vaisseaux. Les globules blancs, dans la leucocythémie, les bactéries, des éléments embryonnaires seraient devenus, en s'arrêtant dans les capillaires, la cause des hémorragies. Mais le nombre des observations où l'étude du sang a révélé l'existence d'une altération du sang est encore trop restreint pour en tirer une conclusion formelle. Le seul fait certain qui en ressort, c'est que fréquemment la quantité de la fibrine, loin d'être diminuée, est augmentée chez les malades atteints de purpura.

Quant aux lésions vasculaires, les faits où elles ont été relevées dans le cours du purpura sont aussi rares que ceux où l'on a pu constater une lésion sanguine capable d'entraîner à sa suite l'hémorragie; et il n'est pas bien sûr que des lésions, siégeant sur des vaisseaux d'un calibre assez considérable, aient créé une assez grande fragilité vasculaire pour rendre compte des hémorragies.

Ce n'est donc pas encore sur les connaissances anatomopathologiques et hématologiques qu'il est possible de baser la classification des purpuras.

Mais l'étude clinique de l'évolution du purpura montre, dans nombre de cas, les troubles circulatoires précédant, préparant le purpura.

En résumé, en s'appuyant sur les observations les plus récentes, on voit que, dans nombre de cas, le purpura trouve son origine dans une perturbation de la circulation capillaire et probablement dans une exagération locale de la tension sanguine.

Les troubles de l'innervation vaso-motrice paraissent jouer un rôle important dans sa production; l'altération des parois vasculaires et la modification des qualités physiques du sang agissent peut-être plus par les troubles circulatoires qu'elles occasionnent que par les modifications qu'elles apportent à la résistance des parois vasculaires et la densité du sang.

Nous trouvons le même principe et une classification à peu près semblable des purpuras dans une très bonne thèse soutenue tout récemment sur le même sujet par M. Albert Mathieu. Cette concordance qui traduit assez bien la tendance générale actuelle, donnerait raison à ce que disait M. Rigal en 1879, à la Société médicale des hôpitaux, savoir: « Le purpura hemorragica deviendra de moins en moins une entité morbide, et, dans presque tous les cas, on ne le considérera que comme une expression symptomatique présentant des variétés nombreuses et pouvant se rattacher à des modifications générales de l'organisme, avec prédominance des altérations nutritives des capillaires et des troubles de leur innervation, ces conditions pathologiques étant, du reste, engendrées par les états morbides les plus divers. »

La morphinomanie ou morphéomanie (1).

Sous le titre de : *la Morphéomanie*, M. le docteur Zambaco, bien connu de nos lecteurs par de nombreux et très intéressants travaux, vient d'exposer, dans une brochure extraite de l'*Encéphale*, les effets désastreux de morphinisme chronique, qu'il a eu l'occasion d'observer pendant son séjour à Constantinople où, paraît-il, l'abus des injections morphinées serait poussé beaucoup plus loin encore qu'il ne l'est chez nous et donnerait fréquemment lieu à ces cas de morphinomanie dont nous avons eu déjà l'occasion de citer quelques exemples. Nous emprunterons à cette curieuse monographie quelques-uns des faits principaux et des préceptes utiles qu'elle renferme.

M. Zambaco groupe les morphinomanes ou morphéomanes, comme il les appelle, en plusieurs classes ou catégories. Dans la première il range les morphinomanes atteints d'affections chroniques douloureuses, incurables, qui ne trouvent que dans la morphine un moyen de soulagement, de repos ou de sommeil, les malades atteints d'affections cancéreuses, par exemple. La seconde, beaucoup plus nombreuse, est constituée par tous ceux qui, pour une affection aiguë, douloureuse quelconque, pour une névralgie dans l'immense majorité des cas, ont recours journellement, pendant des semaines et des mois, aux injections morphinées dont ils augmentent progressivement le nombre et le degré de concentration, arrivant ainsi à s'habituer, comme à un besoin nouveau, à des doses toujours croissantes de morphine, alors même que l'affection douloureuse a cessé. Enfin la troisième catégorie est composée, — ceci rentre dans les mœurs orientales, — des véritables ivrognes de la morphine qui s'y livrent, sans aucune indication, en dehors de toute nécessité, comme d'autres à l'opium, à l'absinthe ou au haschisch.

La brochure de M. Zambaco est, à cet égard, pleine de faits curieux, tristement intéressants le plus souvent. Ce qu'il nous importe d'en extraire ici, c'est le traitement. On connaît celui du morphinisme aigu. La morphinomanie présente de plus grandes difficultés. Comme pour toute manie, il semblerait d'abord que les moyens moraux dussent être mis les premiers en œuvre: l'avertissement, par exemple, des dangers auxquels s'exposent les malades en abusant des injections morphinées. Mais combien de fois n'échouent-ils pas contre un entraînement irrésistible! Il faut que la volonté du médecin se substitue, dans ce cas, à celle du malade.

Le médecin, en pareille occurrence, a deux voies à prendre ou deux méthodes à suivre:

La première consiste à priver le morphinomane brusquement et complètement de toute injection morphinée. C'est celle que quelques praticiens ont adoptée en Orient; mais cette suppression brusque peut amener des accidents sérieux, des hallucinations et une surexcitation nerveuse plus ou moins intense. M. Zambaco a été témoin de scènes de la plus grande violence, de la part de personnes du caractère le plus doux et de la meilleure société, envers ceux qu'elles aimaient et respectaient le plus, lorsqu'on s'opposait à la pratique de l'injection. Quelques-uns de ces morphinomanes lui ont dit qu'ils ne sauraient se dominer, ni répondre de leurs actes dans ces moments d'exaltation que

(1) Suivant que l'on veut exprimer la manie de la morphine ou celle du sommeil.

provoque chez eux la privation de la morphine. Un véritable accès de manie peut éclater dans ces conditions.

Cette méthode de traitement paraît donc à M. Zambaco devoir être abandonnée, surtout lorsqu'il s'agit de traiter les malades à domicile. L'observation et l'étude de plusieurs faits l'ont convaincu qu'il faut traiter les morphinomanes absolument de la même manière que les dipsomanes, c'est-à-dire instituer chez les uns comme chez les autres un traitement méthodique, graduellement diminutif.

Voici à peu près la formule de ce traitement :

Dans tous les cas, que le morphinomane soit en état de suivre son traitement avec succès, chez lui, ou que l'on se voie dans l'obligation de le séquestrer, les injections morphinées ne doivent être abandonnées que progressivement.

Chez certains malades on peut aller assez vite, et diminuer la dose de 1 ou de 2 centigrammes chaque jour. Chez d'autres, au contraire, il ne faut procéder dans la diminution que par milligrammes.

Dans le traitement progressivement diminutif, on doit baisser chaque jour ou tous les deux jours non seulement la dose de la morphine, mais le nombre des injections. Les dernières injections à supprimer sont celle du réveil, celle qui précède le principal repas, enfin celle de la nuit qui a dû être conservée la dernière, etc.

Ce sont ces mêmes injections du réveil, du principal repas et du soir, qui doivent aussi être maintenues les plus fortes au début du traitement. Les injections intercalaires peuvent être plus rapidement affaiblies et ne contenir vers la fin que quelques traces de l'alcaloïde.

Chez quelques malades dont l'imagination a besoin de grands ménagements, on ne doit pas diminuer la quantité du liquide injecté, mais seulement la proportion de morphine qui y est dissoute.

La diminution graduelle de la quantité de morphine journellement administrée peut amener une diarrhée qui réclame l'emploi des astringents. Elle peut amener aussi l'insomnie et une agitation nocturne que l'on combattra par le bromure de potassium, par le chloral et par l'extrait thébaïque.

L'expérience a montré que l'addition, dans une potion tonique, du bromure avec l'extrait thébaïque et du cognac constitue le mélange le plus capable de calmer ces malades et de relever leurs forces.

Les injections sous-cutanées d'éther sulfurique, pratiquées aux heures habituelles au lieu et place du chlorhydrate de morphine, apaisent aussi la surexcitation qui résulte de la privation de la morphine. Elles réveillent les morphinomanes qui éprouveraient de la prostration, un sentiment de fatigue et de torpeur, si on ne leur accordait pas leur injection morphinée aux heures habituelles. L'éther relève le pouls et fait disparaître cette anxiété, cette dyspnée observée chez plusieurs.

Les bains tièdes prolongés, composés de tilleul et de gélatine, pris plusieurs heures après le repas, sont parfois très utiles.

Dans certains cas, pour produire une diversion dans l'esprit des malades, pour contre-balancer la prostration résultant de la diminution de la morphine, M. Zambaco a eu à se louer de l'usage du vin et du cognac, jusqu'à produire une certaine ébriété quotidienne, substituée à l'ivresse morphinique.

Mode d'administration et doses de la glycérine pour l'usage interne.

On nous a demandé d'indiquer le mode d'administration et les doses de la glycérine, dont nous avons fait connaître quelques-uns des bons effets dans le traitement de la phtisie tuberculeuse, dans notre Revue du 17 mars. Nous ne pouvons mieux répondre au desideratum exprimé par nos correspondants qu'en résumant ici le passage des leçons de M. Jaccoud sur le traitement de la tuberculose, qui a trait à ce point.

La glycérine destinée à l'usage interne doit être parfaitement pure ; il faut notamment qu'elle soit tout à fait neutre aux réactifs, complètement incolore et inodore, d'une saveur douce et sucrée, sans arrière-goût quelconque. La dose quotidienne ne doit pas être, à beaucoup près, aussi élevée que celle de l'huile, en raison des effets alcooliques qui peuvent aller jusqu'à l'ivresse. J'ai observé cet accident chez deux malades qui, se trouvant bien du remède, en avaient pris une quantité supérieure à ma prescription. Je donne de 40 à 60 grammes par jour, réservant la dose maximum pour les personnes qui ne présentent aucun signe d'excitabilité névro-cardiaque. De l'agitation, une loquacité insolite, une insomnie persistante, tels sont les phénomènes qui révéleront que la dose utile a été dépassée.

Un autre criterium dont la précision est plus grande encore, est l'augmentation de la température. Elle est de règle, suivant M. Jaccoud, chez tous les individus qui font usage, pendant quelques jours, de la glycérine aux doses ci-dessus indiquées. Tant que cette augmentation ne dépasse pas 1 ou 2/10e de degré, on peut la négliger. Mais lorsque, en l'absence de tout incident pyrétogène, on constate une élévation persistante supérieure à 5/10e, il faut rétrograder, il y a excès de dose. Chez l'adulte, M. Jaccoud n'a jamais rencontré cette contre-indication à la dose quotidienne de 40 grammes, prolongée même durant plusieurs mois, sans interruption ; mais il l'a parfois observée à 50 grammes et presque toujours à 60, sinon dans le premier mois, du moins au bout d'un temps un peu plus long.

On peut donner la glycérine pure. Mais M. Jaccoud préfère ajouter à la dose quotidienne une goutte d'essence de menthe et 10 grammes de cognac ou de rhum. Ce mélange, agréable au goût, est facilement digéré, et, même après plusieurs mois d'usage non interrompu, il n'a amené ni satiété ni dégoût. Le malade le prend en deux ou trois fois, soit au moment des repas, soit dans l'intervalle.

Chez les malades traités à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Ferrand, la glycérine a été administrée à la dose de 60 grammes par jour.

La glycérine, dans la plupart des observations de M. Tisné, a été administrée à cette dose de 60 grammes par jour, soit dans de la tisane, soit dans du lait. Le *modus faciendi* n'y est pas autrement indiqué. Nous ferons remarquer qu'à cette dose et donnée ainsi, la glycérine ne paraît avoir produit dans aucun cas d'accident qui ait dû en faire suspendre ou cesser l'emploi.

Voilà pour ce qui concerne le mode d'administration et les doses dans les circonstances dont il s'agit.

Nous pourrions ajouter ici que Debout avait proposé, dans le temps, d'associer la glycérine au chloroforme, pour combattre les vomissements et l'insomnie des phtisiques (2 grammes de chloroforme pour 30 grammes de glycérine). Mais il s'agissait là d'une indication spéciale, qui est en quelque

sorte absorbée dans l'indication plus générale qu'ont cherché à remplir MM. Jaccoud et Ferrand.

Quant aux autres indications de l'usage interne de la glycérine, elles ont été jusqu'ici assez restreintes. Nous ne pourrions guère citer que les essais qui en ont été faits par M. Bouchardat chez les diabétiques maigres, qui sont habituellement constipés, ou qui ont de la bronchite, à la dose de quelques cuillerées à café dans du thé ou du café, essais repris depuis par un médecin russe, M. Schultzen; les essais faits par quelques médecins anglais dans la dyspepsie atonique, dans le but de diminuer la flatulence, l'acidité et le pyrosis, en retardant la fermentation lactique, et par M. le docteur Ernest Labbée, dans les mêmes circonstances et dans le but d'exciter la sécrétion intestinale, en l'associant à la pepsine; dans la dysenterie, d'après la formule de M. le docteur Daudé : 30 grammes de glycérine dans 150 grammes de décoction de graine de lin, et lavement et une potion contenant :

Glycérine	45 grammes.
Eau de fleurs d'oranger . . .	Q. S. p. 150 grammes.
Eau.	

Enfin la glycérine, à l'intérieur, à la dose de 6 à 10 grammes matin et soir, s'est montrée utile pour modérer ou arrêter le flux hémorroïdal; et un médecin de Manchester (Shedd) en aurait observé de bons effets dans la fièvre typhoïde à la dose de 6 grammes par jour.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mars 1883. — Présidence de M. Millard.

COMMUNICATIONS

Paralysie spinale de l'enfance. — **M. DAMASCHINO**, au nom de M. Archambault et au sien, fait hommage à la Société d'un travail paru dans le dernier fascicule de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance.*

Ce travail est intitulé : *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur un cas de paralysie spinale de l'enfance avec autopsie au vingt-sixième jour de la maladie.*

Il s'agit d'un enfant de deux ans et demi, qui, d'une santé jusqu'alors parfaite, est pris subitement d'un malaise avec abattement notable. Dès le lendemain, au moment de lever le petit malade, on s'aperçoit qu'il chancelle et ne peut se tenir debout. Le jour suivant, en raison des troubles, le diagnostic de la paralysie infantile est posé immédiatement; on constate en effet l'existence de troubles parétiques d'une distribution irrégulière et, en apparence, croisée, la perte des mouvements volontaires portant sur le membre supérieur droit et le membre inférieur gauche; la contractilité faradique est, en outre, complètement abolie. Les symptômes s'atténuent cependant dans une certaine mesure, lorsque survient une rougeole promptement mortelle.

L'examen cadavérique a permis de constater dans la moelle épinière des lésions tout à fait caractéristiques. Au niveau des cornes antérieures lombaire gauche et cervicale droite, existait un foyer de ramollissement rouge occupant en presque totalité la hauteur de la substance grise (téphro-myélite antérieure aiguë de M. Charcot). Au microscope développement considérable du réseau vasculaire distendu par les globules sanguins, accumulation de corps granuleux dans les gaines lymphatiques et au milieu même de la partie ramollie, enfin atrophie corrélative des grosses cellules nerveuses et des minces tubes à myéline de la corne motrice.

L'emploi de l'acide osmique suivant le procédé indiqué par M. Damaschino a permis de constater dans les cordons antérieurs (les faisceaux pyramidaux et postérieurs étant absolument indemnes) des lésions très intéressantes des tubes nerveux dont la myéline présentait la même altération que dans les racines antérieures (altération identique à celle décrite par MM. Cossy et Déjérine sur les nerfs sectionnés). Des lésions semblables existaient au niveau non seulement des racines antérieures extra-spinales, mais encore du trajet intra-spinal de ces mêmes racines.

Ce fait intéressant est absolument unique, on n'avait pas encore eu l'occasion d'étudier la moelle à une époque aussi rapprochée du début de la paralysie. Cette observation confirme absolument celles qui ont été précédemment publiées par MM. Roger et Damaschino. Il est extrêmement remarquable que, dès cette époque, si rapprochée du début, l'atrophie cellulaire, d'ailleurs circonscrite aux foyers de myélite, ait été aussi complète : on ne peut donc affirmer d'une manière absolue par quel élément de la substance grise débute le travail pathologique. Il serait possible, en effet, que l'altération des cellules et des lésions vasculaires apparussent simultanément ou même que les cellules étant dès l'abord affectées, l'inflammation se propageât immédiatement aux éléments avoisinants.

Par contre, cette observation est absolument péremptoire en ce qui concerne la relation réciproque des lésions spinale et musculaire. L'existence d'une affection primitive de la moelle est désormais incontestable et la nature prétendue myogénique de la paralysie infantile, quoique récemment soutenue encore par Leyden, ne peut plus être l'objet d'une discussion sérieuse.

Transfusion du sang. — **M. ZUBER** lit un rapport sur les communications de M. Roussel relatives à la transfusion du sang et sur les procédés et l'appareil de son invention pour cette opération. (Voir pour les observations analysées dans ce rapport l'année 1882 de la *Gazette des hôpitaux.*)

M. le rapporteur fait ressortir les avantages de la méthode et de l'appareil imaginé par M. Roussel.

M. MILLARD a vu un cas d'application de la méthode de M. Roussel chez une personne de sa clientèle, atteinte d'un fibrome utérin donnant lieu à des hémorragies qui résistaient à tous les moyens hémostatiques connus; la première tentative sur un bras ayant échoué, on fut obligé de répéter l'opération sur l'autre bras, le résultat ne fut pas plus heureux. M. Millard avoue avoir été surpris de cet insuccès.

M. ZUBER. Un insuccès ne prouve pas contre l'appareil. C'est certainement le meilleur, pour ne pas dire le seul bon, que nous ayons encore.

M. DUMONTPALLIER a également vu opérer M. Roussel. L'opération a échoué dans ce cas, faute d'avoir pu parvenir à introduire la canule dans la veine. Heureusement que le malade ne s'en est pas trouvé plus mal, il a été rétabli sans la transfusion. Ce qui est résulté à ses yeux de ce fait, c'est que la transfusion d'après la méthode de M. Roussel est peut-être facile à exécuter sur le cadavre; mais elle est une opération extrêmement difficile à faire sur l'homme, elle est déjà pas mal difficile sur les animaux.

Quant à la question du sang défibriné ou non, du sang humain ou du sang d'un animal, cela est indifférent. On sait qu'on a obtenu des succès avec toute autre chose que le sang, avec le lait, avec l'eau. Le liquide importe peu; ce qui importe, c'est le procédé opératoire lui-même : or l'application de ce procédé est très difficile.

M. DAMASCHINO se rappelle, alors qu'il était interne à Lariboisière, avoir eu l'occasion de faire l'essai d'injections médicamenteuses intraveineuses pour des cas de choléra. Il put constater alors combien il était difficile de pratiquer ces injections, à moins que les veines ne fussent très dilatées. Chez les cholériques dont les veines sont presque toujours exsangues, leurs parois étant appliquées l'une sur l'autre, l'opération était le plus souvent impraticable.

M. ZUBER. Il n'est pas une seule des observations, parmi celles qui ont été sérieusement recueillies, où cette difficulté n'ait été signalée. Mais la question n'est pas là. L'opération est-elle possible, est-elle efficace? Voilà ce qu'il fallait se demander. Voilà ce que je crois établi.

M. LABBÉ a fait la transfusion deux fois chez la même personne, deux fois il a pu la rappeler à la vie. La malade a fini par succomber au retour de ses hémorragies qui avaient déjà deux fois menacé son existence. Ce fait a été pour lui un grand encouragement. Dans une autre circonstance où la transfusion lui paraissait indiquée, il ne put la pratiquer faute d'une personne qui consentît à fournir son sang. Heureusement que la malade put se rétablir sous l'influence d'autres moyens.

Dans le premier cas il s'était servi de l'appareil Mathieu, mais il n'hésiterait pas, s'il avait encore à pratiquer la transfusion, à se servir de l'appareil de M. Roussel qui lui paraît bien supérieur. Il se déclare, quant à lui, un partisan ardent de la transfusion.

Bothriocéphale. — M. TENNESON met sous les yeux de ses collègues trois bothriocéphales rendus par le même malade, et donne sur le cas de ce malade les renseignements suivants :

Dans le courant de janvier, dit-il, un jeune homme se présenta à la consultation avec un long fragment de bothriocéphale. Le diagnostic est facile : on sait que le bothriocéphale est le seul vers rubanné qui ait les pores génitaux médians. Pour faire ce diagnostic, il suffit d'examiner au microscope une parcelle de matières fécales ; on y trouve toujours des œufs. On a peine à imaginer la quantité d'œufs que contient l'intestin d'un homme atteint de bothriocéphale, puisqu'une parcelle de matières fécales, prise au hasard, contient toujours des œufs.

Le malade dont il s'agit avait habité plusieurs années les bords des lacs de Genève, de Lausanne ; c'est là sans doute qu'il avait contracté ses parasites, lesquels étaient cause, depuis quatre ans, de troubles digestifs et de troubles nerveux.

La pelletiérine Tanret, habituellement si efficace contre le ténia inerme, échoua à deux reprises chez ce malade. La seconde fois, on put reconnaître qu'il portait trois bothriocéphales. Après quelques jours de repos, M. Tenneson prescrivit :

Poudre de fougère mâle. . . . . ⎫ *ãã* 8 grammes.
Extrait éthéré de fougère mâle. ⎭
Poudre inerte. . . . . Q. S.

pour un électuaire mou à prendre par bols en demi-heure. 30 grammes d'huile de ricin furent administrés une demi-heure avant le vermifuge. Une heure après, les trois bothriocéphales ont été rendus en bloc avec leur tête.

Il est de règle, en thérapeutique, lorsqu'un ténifuge a échoué, d'attendre pour en administrer un autre que le malade rende spontanément de nouveaux fragments de ver. Sur quoi repose cette règle incompréhensible en théorie ? M. Tenneson l'ignore ; il s'en est écarté dans le cas actuel et il a réussi. Il en conclut que cette règle doit être soumise de nouveau à l'épreuve des faits.

Sur un cas de bothriocéphale observé à Paris. — M. DUGUET était appelé, il y a trois semaines, auprès d'une jeune femme en proie à des tremblements nerveux bizarres avec cardialgie et sentiment de défaillance.

Cette malade, âgée de vingt-quatre ans, mariée depuis onze mois seulement à un marchand de comestibles, toujours bien réglée, d'aspect florissant, me raconta que depuis bientôt deux ans elle ressentait de temps en temps, principalement le *soir*, et quelquefois au milieu de la *nuit*, des *soubresauts*, des *tremblements*, des *douleurs de ventre* avec *ballonnement*, des *évanouissements* qui l'effrayaient beaucoup et qu'elle ne savait à quoi attribuer.

Ma première pensée fut de croire à des accidents hystériques, d'autant plus que cette personne était venue me consulter il y a deux ans pour des palpitations qu'elle pensait se rattacher à une maladie du cœur, et que j'avais considérées, en raison de la netteté des bruits et des battements du cœur, comme se rattachant purement et simplement à un état nerveux ; mais le mariage n'avait point modifié ces différents accidents, et elle ne présentait ni boule ni points anesthésiques ou hyperesthésiques, rien en un mot qui pût caractériser l'état hystérique. La pressant de questions au sujet des fonctions digestives et intestinales, elle m'accusa une grande irrégularité dans ses garde-robes, et me parla d'un *long ruban plat* qu'elle rendit dernièrement en allant à la selle, ruban qu'il avait fallu couper, et dont une portion (un mètre environ) avait été perdue, l'autre ayant été conservée dans l'esprit-de-vin.

A la vue de ce dernier fragment, plus long que celui qui avait été perdu, je dis à la malade qu'elle avait dû habiter Genève, ce qui la surprit beaucoup. « C'est vrai, me dit-elle, j'ai habité Genève pendant quinze jours il y a deux ans, et pendant un mois il y a quatre ans ; mais pourquoi cette question ? » — « Parce que, lui ai-je répondu, vous avez le ver solitaire que nous ne rencontrons pas habituellement chez nous, et qui est, au contraire, très commun dans certains pays, en particulier à Genève. »

En effet, les anneaux, très rapprochés, larges, présentaient une partie *médiane* légèrement saillante, très brune et même noire, formée par les organes génitaux, ce qui donnait à ce ver rubanné l'aspect d'une longue gousse de légumineuse avec ses fruits noirâtres. C'étaient bien les caractères objectifs du bothriocéphale. De plus, la malade nous apprit qu'elle n'avait jamais ressenti de prurit au nez, à la gorge ou à l'anus, que jamais non plus elle n'avait rendu de *cucurbitins*. Incontestablement il ne s'agissait point chez elle d'accidents hystériques, mais de phénomènes nerveux se reliant à la présence du bothriocéphale.

Je songeai à l'en débarrasser, et, pour cela, sur le conseil de mon ami et collègue d'hôpital, M. C. Paul, j'employai les pilules Peschier, qui ont à Genève une grande réputation. Ces pilules sont faites, on le sait, avec l'extrait éthéré de pousses fraîches du rihzome de la fougère mâle. M. C. Paul mit à ma disposition un flacon de vingt pilules qui lui avait été envoyé de Genève il y a quatre mois. Ces pilules n'étaient donc pas absolument fraîches.

Le jour où ce remède dut être administré, la malade mangea peu, et ne prit le soir qu'un peu de lait ; à dix heures, dans la soirée, elle avala très facilement, *sans dégoût*, dix pilules avec de la confiture de framboises ; une demi-heure après elle prit les dix autres de la même façon, buvant chaque fois, à la suite, un verre d'eau. Le lendemain matin elle alla à la selle, le siège baignant, sur mon conseil, dans un bain de siège, et ne s'en releva que quand elle crut être débarrassée entièrement. Je fis moi-même la recherche de la tête dans les déjections ; il me fut impossible de la trouver ; la quantité du ver rendue, et que je présente à la Société, mesure de six à sept mètres, et je suis bien encore à un mètre de la tête. Il se peut que celle-ci ait passé inaperçue au milieu de la grande quantité de matières rendues ; il se peut aussi qu'elle soit restée, ce dont je n'aurai la preuve que dans deux ou trois mois, quand le ver sera redevenu assez long, par l'examen au microscope des matières fécales de la malade. On sait, en effet, que le bothriocéphale pond des quantités innombrables d'œufs ovalaires, caractéristiques, qu'il est facile de retrouver dans la plus minime parcelle de matières fécales ; j'ai pu m'en assurer chez cette jeune femme avant de lui administrer l'extrait de fougère mâle ; je me promets de faire de nouveau cette recherche dans trois mois, et je pourrai, vers cette époque seulement, être certain que la tête a été oui ou non expulsée.

A supposer que les pilules employées n'aient point réussi à faire partir la tête, cela n'aurait rien de surprenant, comme me le disait hier même mon ami le docteur Julliard de Genève, de passage à Paris, ces pilules devant être administrées fraîches, en raison de l'altérabilité de l'extrait éthéré qu'elles renferment. Toujours est-il que, depuis trois semaines, tous les accidents nerveux du soir ont disparu chez notre malade.

Notons enfin que, parmi les fragments rendus en dernier lieu, il s'en trouve dont les anneaux sont *fenêtrés* au centre, ce qui tient, on le sait, non pas à une espèce particulière de ténia, mais à la chute des organes génitaux femelles dans les derniers anneaux du strobile chez le bothriocéphale.

Affection linguale. — M. J. GUYOT présente un malade atteint d'une affection de la langue pour le diagnostic de laquelle il y a lieu d'hésiter entre une syphilis tertiaire ou une tuberculose.

Un nouvel antipyrétique, le chlorydrate de kairine. — **M. HALLOPEAU** fait une communication sur ce sujet. C'est à Filehne (d'Erlangen) qu'on doit l'introduction dans la thérapeutique de ce nouveau médicament. Son véritable nom est *méthylhydrure d'oxyquinoline* ($C^{10} H^{13} NO$). C'est, comme la quinine, un dérivé de la quinoline. Le chlorhydrate est une poudre cristalline d'un gris jaunâtre. On l'administre dans du pain azyme à la dose de 1gr,50. Chez un sujet sain, il n'exerce aucune action physiologique appréciable ; chez les fébricitants, il abaisse la température ; la chute est d'autant plus rapide que la dose est plus élevée. Il faut, pour que l'amélioration se maintienne, continuer l'administration du médicament à la dose de 1 gramme toutes les deux heures et demie, sans quoi la fièvre remonte rapidement, et cette ascension s'accompagne d'un frisson. Sous l'influence de ce médicament les urines prennent une teinte vert foncé. Il est bien toléré ; son action antipyrétique paraît s'exercer dans toutes les maladies. Filehne l'a employé avec succès dans la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la septicémie, la tuberculose et la pneumonie franche. On peut, avec la kairine, faire évoluer cette maladie tout entière dans l'apyrexie.

M. Hallopeau a pu vérifier l'exactitude de ces assertions sur plusieurs de ses malades, entre autres un jeune homme de vingt-quatre ans atteint d'une pneumonie lobaire, chez un sujet de cinquante ans, alcoolique, également atteint de pneumonie, chez un jeune homme de dix-huit ans atteint de tuberculose miliaire aiguë.

Ces observations, quoique peu nombreuses, ont permis à M. Hallopeau de constater l'exactitude des propositions du professeur Filehne relativement à l'énergie de l'action anti-thermique de la la kairine ; c'est, de tous les agents antipyrétiques, celui dont l'action, à doses non toxiques, est la plus sûre, la plus puissante et la plus rapide. Il ne paraît pas douteux, ajoute M. Hallopeau, que ce médicament ne constitue une ressource précieuse pour la thérapeutique ; il permettra d'éviter les dangers que l'hyperthermie entraîne par elle-même. Faudrait-il s'en servir pour faire évoluer sans fièvre une pneumonie, une fièvre typhoïde ou tout autre maladie ? serait-ce là une pratique sans inconvénients ? La réaction fébrile n'est-elle pas, dans une certaine mesure, un acte de défense de l'organisme contre la cause morbifique et n'y aurait-il pas danger à la supprimer brusquement ? La question est à l'étude ; si elle se résout par l'affirmative, on pourra encore donner la kairine, mais à doses plus faibles, de manière à modérer la fièvre sans l'annihiler.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 mars 1883, ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire, et ont reçu les affectations ci-après, les médecins militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe : (Choix.) M. Lèques, médecin principal de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Oran, en remplacement de M. Vedrènes, promu. — Est maintenu auxdits hôpitaux et remplira les fonctions de médecin en chef de l'hôpital militaire d'Oran.

(Choix.) M. Fée, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Toulouse, en remplacement de M. Meurs, retraité. — Est maintenu audit hôpital.

(Choix.) M. Tarneau, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Belfort, en remplacement de M. Cuignet, retraité. — Est désigné pour l'hôpital Saint-Martin, à Paris.

A trois emplois de médecin principal de deuxième classe : (Choix.) M. Sommeillier, médecin-major de première classe à la légion de la Garde républicaine, en remplacement de M. Lèques, promu. — Est désigné pour l'hôpital militaire de Nancy.

(Choix.) M. Cros, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Vincennes, en remplacement de M. Fée, promu. — Est maintenu audit hôpital.

(Choix.) M. Claudot, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon, en remplacement de M. Tarneau, promu. — Est maintenu audit hôpital.

A trois emplois de médecin-major de première classe : (Choix.) M. Ribard, médecin-major de deuxième classe au 1er régiment de chasseurs à cheval, en remplacement de M. Sommeillier, promu. — Est désigné pour le 38e régiment d'infanterie.

(Ancienneté.) M. Defos de Rau, médecin-major de deuxième classe au 88e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Cros, promu. — Est désigné pour le 81e régiment d'infanterie.

(Choix.) M. Clément, médecin-major de deuxième classe au 21e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Claudot, promu. — Est désigné pour le 43e régiment d'infanterie.

A trois emplois de médecin-major de deuxième classe : Premier tour (ancienneté). M. Vuillemin, médecin aide-major de première classe au 14e régiment de dragons, en remplacement de M. Ribard, promu. — Est désigné pour le dépôt du 88e régiment d'infanterie.

Deuxième tour (ancienneté). M. Thouvenin, médecin aide-major de première classe au 1er régiment du génie, en remplacement de M. Clément, promu. — Est désigné pour le 5e régiment de chasseurs à cheval.

— Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central a commencé hier soir 29 mars 1883. Le jury se compose de : MM. Alphonse Guérin, président ; Bouchard, Delens, Desprès, Gillette, Monod et Nicaise, juges.

— La seconde épreuve (épreuve clinique) du concours des accoucheurs du Bureau central a commencé hier vendredi 29 mars, à la Maternité, à quatre heures du soir.

— M. Lanfranchi est nommé directeur de l'hôpital Tenon.

M. Richer est nommé économe de l'hôpital des Enfants-Assistés.

— *Collège de France.* — Les cours du second semestre de l'année scolaire 1882-1883 commenceront le lundi 2 avril 1883.

Physique générale. — M. Maurice Lévy, suppléant M. le professeur Bertrand, traitera d'un essai de synthèse de l'élasticité, de l'optique et de l'électricité et de quelques applications de la première de ces sciences, les mardis et vendredis à une heure.

Physique expérimentale. — M. le professeur Mascart traitera des applications de l'électricité, les mardis et samedis à dix heures et demie.

Chimie minérale. — M. le professeur Schützenberger traitera diverses questions d'analyse chimique, les mercredis et vendredis à une heure et demie.

Chimie organique. — M. le professeur Berthelot traitera des divers points de philosophie chimique, les lundis et vendredis à dix heures et demie.

Médecine. — M. le professeur Brown-Séquard traitera des effets de certains poisons sur la chaleur animale et les propriétés des centres nerveux, les mardis et samedis à deux heures et demie.

Histoire naturelle des corps inorganiques. — M. le professeur Fouqué traitera des roches volcaniques au point de vue de leur âge, les jeudis et samedis à neuf heures.

Histoire naturelle des corps organisés. — M. le professeur Marey traitera de l'application de la photographie instantanée à l'étude des mouvements chez les animaux, les mardis et samedis à deux heures.

Embryogénie comparée. — M. le professeur Balbiani traitera de la reproduction virginale chez les articulés, particulièrement chez le phyloxera, et en déduira des règles pour arrêter la propagation de cet insecte, les mardis et samedis à deux heures.

Anatomie générale. — M. le professeur Ranvier traitera des membranes muqueuses et du système glandulaire, les mardis et jeudis à quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14340.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. Les alcoolisés : Action toxique de l'alcool; troubles de l'intelligence et des sens; actes criminels. — Société de Biologie. — Société de Chirurgie. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Les alcoolisés (1).

ACTION TOXIQUE DE L'ALCOOL. — TROUBLES DE L'INTELLIGENCE ET DES SENS. — ACTES CRIMINELS.

III

3° Alcoolisme. — L'alcoolisme, comme on l'appelle communément, ou encore l'*intoxication alcoolique*, doit occuper toute notre attention. Or, on entend par ces mots une imprégnation lente et progressive qui modifie la manière d'être de l'économie, vicie les organes et détermine des lésions souvent diffuses et généralisées, parmi lesquelles celles du système nerveux tiennent une place des plus importantes.

Avant de vous décrire les symptômes si variés qui, du côté de l'encéphale, traduisent l'empoisonnement par l'alcool, permettez-moi de vous donner, en matière de préface, si je puis dire, une idée générale de la façon dont cet alcool agit sur l'organisme, des troubles multiples qu'il y fait naître et des manifestations somatiques par lesquelles il révèle sa présence.

Causes génératrices de l'intoxication alcoolique. — Et tout d'abord, comment devient-on alcoolique? L'ivresse, mieux encore l'ivrognerie, qui est l'ivresse passée à l'état d'habitude, favorisent sans doute et préparent à un haut degré l'intoxication chronique. Elles n'en sont pas cependant, sachez-le bien, les conditions génératrices nécessaires. Bien des gens qu'une fâcheuse tendance porte à s'enivrer de loin en loin, ne deviennent jamais des alcoolisés; d'autres, au contraire, s'intoxiquent, chez qui l'on n'a jamais constaté l'ébriété, même la plus légère. L'usage habituel, régulier, prolongé, des boissons fermentées est beaucoup plus communément la cause de l'empoisonnement chronique que ces excès passagers qui apportent momentanément une profonde perturbation dans le jeu régulier des fonctions cérébrales, mais qui se répètent à des intervalles assez éloignés pour ne laisser après eux aucune trace. Aussi verrez-vous l'alcoolisme se développer dans les conditions variées où l'abus des boissons fermentées devient une habitude, surtout si ces boissons sont de celles qui, par leur richesse en principes nuisibles, tiennent une place élevée dans l'échelle des liqueurs alcooliques.

L'alcoolisme est malheureusement un fléau très répandu. En Asie, chez les Chinois; en Afrique, chez les nègres; aux Indes, en Amérique, il fait de nombreux et regrettables ravages. En Europe, il sévit surtout dans les pays du Nord où le froid et quelquefois l'humidité du sol incitent les habitants de ces contrées à user des spiritueux. Là l'usage de boissons excitantes, destinées à servir d'aliments protecteurs contre les rigueurs de la température, devient vite un besoin, et comme le vin manque, les eaux-de-vie et les liqueurs fermentées entrent dans la consommation pour une proportion considérable. Il résulte des statistiques qu'en Suède chaque habitant absorbe, en moyenne, par an, de 80 à 100 litres d'eau-de-vie : aussi la Suède est-elle, par excellence, le pays de l'alcoolisme; c'est là que l'a étudié l'un des médecins qui nous ont le plus appris sur le sujet, Magnus Huss.

En Angleterre, l'intoxication alcoolique est aussi très commune. L'historien Smollett raconte qu'en 1751 on pouvait, dans les *bars*, s'enivrer pour la modique somme de 1 penny (2 sous); pour 2 pennys on s'offrait le triste plaisir de l'ivresse la plus complète. La paille pour dormir jusqu'au retour à l'état normal était fournie gratis par surcroît. Bien que l'ivresse soit aujourd'hui devenue plus coûteuse, elle n'en est pas moins toujours fort répandue dans la Grande-Bretagne, et, d'après une statistique de 1861, il ne mourrait pas moins de 50,000 individus des suites de l'alcoolisme, dans la seule Angleterre!

En Pologne, en Russie, l'intoxication alcoolique est aussi très commune. En Allemagne, où le vin n'entre pas dans les usages réguliers, on a à déplorer de sérieux ravages causés par l'abus de l'eau-de-vie. On comprendra qu'il en soit ainsi si l'on songe qu'à Berlin, d'après Casper, il n'y a pas moins de 6,540 débits, c'est-à-dire un chiffre à peu près égal au quart des habitations.

Dans les pays du Midi, en Italie, en Grèce, en Espagne, l'alcoolisme est beaucoup moins commun que dans les contrées septentrionales.

En France, l'abus des liqueurs fortes est surtout répandu dans les départements du Nord : la Seine-Inférieure, le Calvados, la Manche, le Pas-de-Calais, les Côtes-du-Nord, le Finistère, tiennent, à ce point de vue, les premiers rangs. L'usage de l'alcool irait progressant à Paris, si l'on s'en rap-

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 mars 1883.

porte aux statistiques des dernières années (A. Husson, *Consommation de la ville de Paris*). Toutefois, comme le chiffre de la population se modifie sensiblement d'année en année, il est difficile de dire si ces statistiques expriment un réel progrès dans l'abus. Quoi qu'il en soit, l'alcoolisme est beaucoup plus commun chez nous, dans les villes que dans les campagnes, bien que l'ivresse ne soit pas rare parmi les populations rurales. Cela tient à ce que chez ces dernières les excès sont intermittents : le paysan, adonné au rude labeur des champs, va de loin en loin s'enivrer au cabaret ; l'abus est rarement continu et il est en général répété à des intervalles trop peu fréquents pour engendrer l'intoxication chronique.

La *situation sociale*, le *sexe*, l'*âge*, influent puissamment sur le développement de l'alcoolisme. Cet empoisonnement est beaucoup plus commun dans les basses classes que dans les classes moyennes et élevées, bien que dans ces dernières il ne soit pas exceptionnel. Les ouvriers des usines exposés au feu durant leurs pénibles travaux, les forgerons, les boulangers, les manœuvres de toutes sortes, et, dans une autre catégorie, les marchands de vin, les distillateurs, sont constamment exposés à la tentation : ils boivent pour se soutenir ou parce que l'occasion se présente. Le matin, à jeun, ils prennent fréquemment le vin blanc ou le petit verre pour « chasser le miasme », et se placent ainsi dans des conditions particulièrement favorables à l'absorption.

L'intoxication alcoolique est sans doute bien plus répandue chez les hommes que chez les femmes ; elle n'est cependant point exclusive à notre sexe. Magnus Huss, sur 132 malades qu'il a observés, a compté 16 femmes ; Morel, 13 sur 200 cas ; et ces chiffres sont très certainement au-dessous de la vérité, surtout depuis dix ou douze ans. Au dire de Foville, dans les basses classes anglaises, les cas de delirium tremens seraient presque aussi fréquents chez les femmes que chez les hommes. L'alcoolisme dans le sexe féminin se rencontre surtout chez les filles de mauvaise vie, celles qui servent dans les brasseries, chez les « inviteuses », comme on les a appelées, mais il peut résulter aussi du développement inattendu d'un goût très prononcé pour les liqueurs fortes, apparu subitement à l'époque de la ménopause, souvent chez les femmes du meilleur monde ; c'est un fait que Royer-Collard, Bouchardat et divers autres observateurs ont depuis longtemps relevé.

J'ai été, il y a quelques années, appelé en consultation auprès d'une dame du plus grand monde. La malade se plaignait de voir des animaux, des êtres bizarres, défilant sous ses yeux « comme dans une fantasmagorie de Robert-Houdin ». Je dus songer à l'alcoolisme et je fis part de mon opinion aux deux collègues qui voyaient cette dame avec moi. Ces derniers, qui n'avaient pas dirigé leur attention spécialement vers l'étude des affections mentales avaient tout d'abord émis une opinion toute différente de celle à laquelle je m'arrêtais. J'entrepris de m'éclairer davantage sur le compte de la malade soumise à notre observation. M'informant alors de son habitude, de son hygiène, j'obtins de sa bouche l'aveu « qu'elle ne buvait que du madère ; seulement, disait-elle, les deux tiers d'une bouteille chaque jour ». Du même coup, j'avais en main la solution du problème. C'était bien, comme je l'avais prévu, d'une alcoolique qu'il s'agissait, et la preuve c'est qu'ayant, sur mes conseils, renoncé à sa boisson favorite, Mme *** se rétablit très vite. L'alcoolisme, retenez-le bien, se dissimule parfois sous la trompeuse apparence d'une vie régulière et d'habitudes distinguées.

Bien que l'intoxication alcoolique soit surtout une maladie de l'âge moyen de la vie, on peut exceptionnellement le rencontrer dans l'enfance. Weiss et Stadler ont vu des enfants de quatre à cinq ans atteints de delirium tremens. Un empoisonnement aussi précoce s'explique par l'usage, très répandu en certains pays, de donner aux enfants des boissons spiritueuses pour les fortifier. En Écosse, on fait volontiers téter aux nourrissons, pour calmer leurs cris, des tampons de linge imbibés de wisky. On devine les fâcheux effets d'une aussi déplorable habitude !

Le degré toxique d'une boisson est, d'une façon générale, en rapport avec la quantité plus ou moins grande d'alcool qu'elle renferme. Toutefois, dans l'appréciation des effets nuisibles d'une liqueur, il faut tenir un grand compte des divers principes aromatiques ou autres indépendants de l'alcool que celle-ci peut renfermer. Le vin est en général moins nuisible que l'eau-de-vie. « L'ivresse du vin, dit M. Bouchardat, exerce des modifications moins promptes et moins profondes sur les appareils de l'innervation et de la digestion que l'ivresse de l'eau-de-vie ; la mort est aussi moins rapide que par l'abus des liqueurs fortes. » L'absinthe, au contraire, est de toutes les boissons spiritueuses l'une des plus toxiques. L'alcool amylique, d'après Cros (1), exercerait des effets dix à quinze fois plus marqués que ceux de l'alcool de vin. On peut, avec Michel Lévy, poser en thèse générale que « l'action particulière des boissons alcooliques est en rapport avec la nature et la proportion des matières autres que l'alcool qui se rencontrent dans chaque boisson ; plus faibles et plus fugitives, elles s'ajoutent aux effets de l'alcool sans jamais les dominer ».

Dans les circonstances habituelles de la vie, l'absorption de l'alcool se fait par la muqueuse des voies digestives. Mais cette voie de pénétration n'est pas la seule, il faut bien le savoir. Chez les individus qui, par suite des exigences de leur profession, sont exposés à vivre dans une atmosphère imprégnée de vapeurs alcooliques, il peut se produire des accidents, comme chez ceux qui ingèrent l'alcool en boisson. Un auteur, par exemple, a rapporté le cas d'un négociant qui couchait dans une chambre située au-dessus de ses chais et dont le plancher mal joint laissait passer les vapeurs de vin émanées du magasin. Cet homme, qui était d'ailleurs assez sobre, présenta, au bout de dix-huit mois, les symptômes de l'alcoolisme le plus prononcé.

Telles sont les principales conditions qui préparent l'apparition de l'intoxication alcoolique chronique.

Effets généraux déterminés par l'alcool sur l'organisme. — L'alcool, par l'effet d'un usage habituel, pénètre l'organisme et l'imprègne. Voyons maintenant ce qu'il y devient et les effets qu'il y engendre.

On a beaucoup discuté pour savoir si l'alcool ingéré se transformait dans l'économie, ou s'il s'éliminait en nature. D'après Liebig, Sandras, Bouchardat, il subirait dans le sang une oxydation progressive et se transformerait en eau et acide carbonique. Lallemand, Perrin et Duroy ont, au contraire, soutenu que l'alcool n'est ni détruit ni transformé dans l'organisme. Il résulte des analyses très consciencieuses pratiquées par ces divers auteurs, que ce produit se retrouve intact dans le sang et les divers parenchymes, notamment

(1) *De l'action de l'alcool amylique.* Th. de Strasbourg, 1862.

dans le foie et l'encéphale ; — dans l'encéphale ! retenez bien ce fait ; il renferme la clef de plusieurs des phénomènes que nous allons avoir à étudier par la suite.

Vous concevez que la présence de l'alcool dans les divers viscères, dans le cerveau, par exemple, peut troubler le libre jeu de ces organes, comme cela se passe dans l'ivresse. Mais, en outre, lorsqu'elle devient habituelle, elle ne tarde pas à entraîner des modifications de structure dans les parenchymes et des lésions viscérales indélébiles. Ces lésions peuvent être caractérisées d'un mot : elles consistent soit en une dégénérescence graisseuse des éléments nobles, des cellules, soit en une inflammation chronique de la trame conjonctive ou des membranes séreuses ; de là des altérations profondes qui intéressent les parois artérielles (athérome), le derme de certaines muqueuses (sclérose de l'estomac), le foie (cirrhose atrophique), le rein (néphrite interstitielle), la plèvre, le péricarde (pleurésies, péricardites alcooliques), enfin le système nerveux.

Deux mots sur ces dernières, qui vous mettront à même de mieux comprendre l'enchaînement et la succession des manifestations psychiques que je vais avoir à décrire.

Les lésions matérielles, — j'entends les lésions constatables à l'aide des procédés d'investigation dont nous disposons (procédés fort imparfaits malgré la délicatesse de quelques-uns d'entre eux), — ne s'observent qu'à une période déjà avancée de l'intoxication alcoolique. Un individu peut être, pendant plusieurs mois, plusieurs années même, imprégné par l'alcool ; il peut avoir présenté déjà des symptômes objectifs ou subjectifs de l'empoisonnement confirmé, sans qu'à la nécropsie on trouve d'altérations rendant compte de la phénoménologie constatée durant la vie. Mais tôt ou tard, lorsque l'abus des liqueurs spiritueuses a été pendant longtemps et régulièrement continué, les différents tissus qui constituent le système nerveux se dégradent et s'altèrent et les lésions suivant leur degré, leur siège, leur étendue, peuvent, vous allez le comprendre, imprimer à la symptomatologie des allures fort différentes dans les divers cas.

Parmi ces lésions, les plus précoces et par cela même les plus fréquentes, consistent en des dégénérescences des petits vaisseaux du cerveau et de la moelle et des éléments cellulaires de ces organes. Les capillaires sanguins, particulièrement ceux de la substance grise qui est plus richement irriguée que la blanche, ceux de l'écorce, du corps strié, de la couche optique, des cornes grises de l'axe médullaire, deviennent tortueux, dilatés par place. On découvre dans leurs parois de fines granulations graisseuses qui envahissent de préférence les fibres-cellules de la tunique moyenne des artérioles ; parfois des granulations pigmentaires, qui semblent être un produit de transformation de la matière colorante du sang, sont répandues dans les tuniques externes ou au pourtour du vaisseau.

A mesure que ces altérations progressent et se généralisent, les cellules de l'écorce cérébrale subissent elles-mêmes la dégénérescence granulo-graisseuse ; quelques-unes sont comme ratatinées et atrophiées.

Jusque-là, vous le voyez, il s'agit de lésions fort délicates qui ne modifient pas l'aspect extérieur du cerveau et que seul le microscope est susceptible de nous révéler. Mais, à une phase plus avancée de l'intoxication, les changements qu'apporte l'alcool dans la structure des centres nerveux deviennent plus facilement appréciables, même à l'œil nu. La dégénérescence des éléments cellulaires de la substance grise et des vaisseaux s'accentue ; la névroglie s'épaissit, il se produit une véritable sclérose diffuse ou localisée ; la circulation se fait moins librement dans les petites artères, quelquefois elle s'arrête même dans les artères d'un certain volume. Ces processus élémentaires engendrent, par un mécanisme facile à comprendre, ces lésions variées que l'examen macroscopique révèle assez communément chez les vieux alcoolisés. Le cerveau et le cervelet sont durs, semblent ratatinés, les noyaux centraux sont comme aplatis ; il existe dans la profondeur de l'encéphale de petits foyers lacunaires, qui ont quelquefois subi la dégénérescence kystique ; à la surface, on peut trouver des foyers plus étendus de ramollissement cérébral.

A toutes ces altérations joignez celles des méninges, la pachyméningite à tendance hémorragique qui a été si bien décrite par Baillarger et par Wirchow, l'épaississement et les opacités de la pie-mère, quelquefois la véritable méningo-encéphalite dont Calmeil nous a laissé un impérissable tableau, et vous aurez une idée de la redoutable odyssée de maux que se préparent les malheureux adonnés à la fatale passion de l'alcool.

Il vous aura suffi de traverser quelquefois les salles d'un hôpital, d'y interroger quelques malades dans ce milieu d'ouvriers parisiens où l'alcoolisme fait de si nombreux et de si funestes ravages, pour avoir été frappés de l'habitus extérieur et des traits si typiques qui trahissent vite, pour un observateur exercé, la fâcheuse habitude de « boire ». L'alcoolisé a d'habitude le visage coloré, enluminé, comme on dit. Les joues, le nez, présentent souvent des varicosités fort disgracieuses. Si vous tâtez le pouls de ces malades, vous constatez que l'artère est dure, donne au doigt la sensation d'une *plume de corbeau ;* si vous leur faites tendre les mains, vous observez un tremblement à petites oscillations des doigts, de l'incertitude des mouvements ; si vous les interrogez, vous apprenez qu'ils ont perdu l'appétit, que souvent ils vomissent le matin, qu'ils ont des *pituites*, suivant l'expression consacrée, que le sommeil est agité, troublé par des rêves pénibles. Trop heureux si, chez eux, les lésions de l'estomac ne vont pas jusqu'à celles toujours de longue durée et quelquefois irréparables de l'ulcère simple ; si les symptômes de congestion hépatique qu'ils présentent parfois n'aboutissent pas à la cirrhose ; si enfin, du côté du système nerveux, tout se borne à ce léger affaiblissement des fonctions intellectuelles, à ces cauchemars nocturnes qui sont les premiers en date parmi les troubles cérébraux, sans qu'apparaissent ces symptômes plus profonds ou plus durables, quelquefois rapidement mortels, qui expriment une perturbation profonde de l'activité nerveuse, et sur la description desquels je dois maintenant insister.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 31 mars 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Production expérimentale de l'épilepsie partielle. — **M. PITRES**, en son nom et au nom de M. Franck, fait une communication sur ce sujet. Il rappelle qu'en 1876 il a déjà communiqué à la Société de biologie les résultats d'expériences qu'il avait faites avec M. Franck sur l'épilepsie partielle. Aujourd'hui il veut communiquer le fait expérimental suivant : Un chien est attaché sur une planche, un des hémisphères cérébraux est mis à nu ; si l'on excite la surface de cet hémisphère, on provoque toujours des

convulsions épileptiformes ; si, avant cette excitation, on pulvérise une certaine quantité d'éther sur la surface du cerveau et qu'on excite ensuite cette surface réfrigérée, on provoque encore des mouvements, mais il est impossible de déterminer des convulsions épileptiformes. L'interprétation de ce fait est difficile : S'agit-il d'anesthésie, d'épuisement par les attaques antérieures ou d'une action d'arrêt sur les centres corticaux ? Aucune de ces trois interprétations ne paraît légitime. Si, en effet, on met à nu les deux zones motrices ou les deux hémisphères, qu'un seul soit éthérisé tandis que l'autre est excité, on produit l'attaque de convulsions épileptiformes. Il ne s'agit pas non plus d'une action directe, chimique, de l'éther sur l'écorce cérébrale, puisque, si l'on interpose une baudruche entre les deux, pourvu qu'on ait la même action réfrigérante, les phénomènes se passent de la même façon. Il faut que la température de l'écorce cérébrale soit abaissée entre + 5° et 0° pour que la zone épileptogène soit supprimée.

Vins blancs. — M. **RABUTEAU** a cherché à déterminer les causes qui rendent les vins blancs plus capiteux et plus colorés ; il est arrivé à démontrer que la coloration des vins blancs tenait surtout à la présence de l'alcool butylique et de l'acétate d'amyle seconde.

Glycosurie des nourrices. — M. **DE SINÉTY**, cherchant à expliquer le fait exceptionnel communiqué dans la dernière séance par M. Bert, fait observer que chez les animaux très jeunes la mamelle se reproduit; que chez le cobaye, en outre, elle s'étend sur une très grande surface et que, dans ces conditions, il est impossible d'être jamais bien certain qu'on a tout enlevé. Il serait donc possible que, chez la chèvre de M. Bert, il soit resté une petite portion de mamelle qui aurait échappé au bistouri.

M. **PAUL BERT** dit qu'il est possible qu'il soit resté quelques globules glandulaires supplémentaires, car il croirait plutôt à l'existence de glandules supplémentaires qu'à celle d'un lobule abandonné.

Épithéliomatisme. — M. **MALASSEZ** présente, au nom de M. J. André, un travail sur l'épithéliomatisme.

Étude graphique de la respiration chez l'homme. — M. **BLOCH** fait une communication sur ce sujet. Il s'est servi, pour obtenir les graphiques de la respiration, chez l'homme, d'un nouveau pneumographe en forme d'entonnoir, dont la grande ouverture est couverte d'une membrane de caoutchouc et dont le tuyau s'adapte au tube à air des appareils ordinaires, pneumographe, cardiographe, etc., de M. Marey.

L'entonnoir est cylindrique, creusé extérieurement de deux gorges parallèles à sa base. La première gorge facilite la ligature de la membrane de caoutchouc, la seconde est saisi entre les dents par l'expérimentateur.

Lorsque l'on respire avec ce pneumographe dans la bouche, les mouvements de la colonne d'air agissent sur la membrane de caoutchouc et l'on recueille la courbe de l'inspiration et de l'expiration sur un cylindre tournant.

Les points principaux que ces expériences m'ont permis de constater sont les suivants :

1° *Inspiration.* — Quand la respiration est lente et basse, on observe peu de différence entre les diverses phases de l'inspiration; elle baisse néanmoins peu à peu, du début à la fin.

A mesure qu'on respire plus profondément, les différences s'accusent et l'inspiration. presque immédiatement énergique, puis diminuée, a une reprise vers sa fin, une sorte de nouvel appel d'air qui se marque vivement dans les hautes respirations et qui est un sanglot ébauché.

Ce phénomène est constant, très facile à constater, et si l'on fait volontairement un sanglot à chaque respiration, on se rend très bien compte, par l'analogie des courbes, du fait que j'ai avancé plus haut, à savoir que toute inspiration profonde se fait en deux temps plus ou moins distincts et qu'instinctivement il se produit, vers la fin de l'inspiration, un deuxième appel d'air.

Comparant ces graphiques à ceux que donne le pneumographe de M. Marey, si ce dernier instrument est appliqué sur la poitrine, on voit que le sanglot est à peine marqué, même s'il est profond, dans le tracé du pneumographe de M. Marey. A peine la ligne se redresse-t-elle un peu.

On comprend dès lors que le sanglot ébauché de la respiration normale ait échappé aux investigations.

Mais si le pneumographe de M. Marey est appliqué sur l'abdomen, le sanglot volontaire se marque très vivement.

D'où l'on peut conclure que le sanglot est presque exclusivement diaphragmatique.

La reprise dont je viens de parler est très accusée lorsque la respiration s'accélère ; les tracés en font foi.

2° *Expiration.* — Quand la respiration est lente, ordinaire, la force expiratrice va en diminuant, depuis le début jusqu'à l'intensité égale.

Enfin, dans les respirations accélérées, haletantes, le plateau se relève à la fin. Un second choc expulsif se produit, comparable à ce que nous avons vu plus haut relativement à l'inspiration.

La lenteur avec laquelle fonctionnent les pneumographes indirects ou quelque autre cause, empêche cette seconde poussée d'air de se bien manifester.

Y a-t-il un repos à la fin de l'inspiration et de l'expiration ?

Je ne pense pas qu'aucun pneumographe puisse résoudre cette question.

A la fin de l'expiration lente, la plume tend à rester au niveau du repos, mais les dernières parcelles d'air expulsées peuvent être trop minimes pour influencer les instruments.

A la fin de l'inspiration, le repos serait une sorte d'effort peu admissible et qu'on peut provoquer, d'ailleurs, volontairement. Mais, là encore, la courbe, dans la respiration lente et douce, se rapprochant du zéro peu à peu, est incapable de donner une indication précise.

On peut donc s'en tenir aux formules existantes : les repos ne sont pas prouvés.

Mon instrument, très sensible, a un défaut que l'examen comparatif des tracés par la méthode indirecte atténue.

C'est la brusquerie de son départ, dans l'inspiration et dans l'expiration. Mais, en prenant des repères avec les graphiques de M. Marey, on voit que le régime exact s'obtient avec une rapidité très grande et que la fraction des deux actes respiratoires non indiquée par mon procédé est extrêmement minime.

J'ai montré, à la Société de biologie, certains graphiques schématiques obtenus soit en versant un courant d'eau sur la membrane, soit en suspendant un poids qu'on laisse tomber brusquement, qui tend la membrane de caoutchouc et fait le simulacre de l'inspiration.

Ces graphiques m'ont prouvé la tenue des graphiques de mon pneumographe et m'ont empêché de craindre que les phénomènes relatés plus haut ne fussent le résultat de quelque imperfection de l'appareil.

M. **FRANCK** fait observer que la colonne d'air trachéo-buccale, que vise seule cet appareil, est très nettement influencée par les changements de volume du cœur et que, par conséquent, dans les tracés obtenus, il faut songer à la possibilité d'une provenance cardiaque.

M. **PAUL BERT** reproche à cet appareil d'obliger le sujet en expérience à se mettre dans des conditions respiratoires éloignées de l'état normal. Ainsi le phénomène du sanglot ne s'observe jamais chez l'homme sain avec les appareils ordinaires.

M. **BLOCH** fait observer que le second appel de la respiration, qui se trouve formellement indiqué sur ses graphiques, l'est également, bien que moins nettement, sur les graphiques de M. Marey.

Greffe osseuse. — M. **OLLIER** (de Lyon), devant un fait de Mac-Evel dans lequel une greffe osseuse avait parfaitement réussi, a tenté, dans plusieurs cas, de greffer des parcelles osseuses. Ayant eu à refaire un nez, il avait enlevé sur un tibia qu'il a dû reséquer un petit fragment osseux qu'il avait greffé dans la plaie, dans le but de fournir un support osseux à ce nez. Il n'a obtenu qu'un succès relatif, l'os ne s'étant pas développé. Chez un second

malade, il s'agissait d'un cubitus qui s'était nécrosé à l'âge de quatre ans et dont l'absence gênait beaucoup le malade âgé de dix-huit ans ; M. Ollier greffa un morceau de tibia ; la greffe réussit parfaitement, et tout semblait marcher à souhait ; un an après, tout avait disparu. Comment donc expliquer le succès de Mac-Evel? Il a d'abord opéré chez un enfant de cinq ans; ensuite il se peut que le fragment greffé ait réveillé dans le périoste des propriétés ostéogéniques momentanément éteintes. L'influence de l'âge joue, dans ces cas, un rôle très important. M. Ollier croit qu'on n'aurait quelques chances d'arriver au succès qu'à la condition d'avoir recours à des os sains d'enfants dont le cartilage de conjugaison soit encore susceptible de se développer.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mars 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Hypertrophie des petites lèvres. — M. PAMARD (d'Avignon) communique l'observation d'une prostituée qui présentait une hypertrophie des petites lèvres débutant par le capuchon et descendant le long de la petite lèvre gauche qui est dure, volumineuse, et présente l'aspect d'une crête de dindon.

M. Pamard en fit l'ablation avec l'anse galvanique et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une hypertrophie papillaire simple.

M. TH. ANGER rappelle, à cette occasion, avoir observé il y a quelques mois un molluscum des petites lèvres en forme de grappe ; il en fit l'ablation : cette opération a été des plus simples et la guérison a été complète et rapide.

M. GILLETTE soigne en ce moment, dans son service, une femme également atteinte d'une tumeur de la même région, qu'il se propose d'enlever et dont il fera faire l'examen histologique. Le clitoris est compris dans la tumeur ; il en fera l'amputation après l'avoir lié à sa base.

M. TRÉLAT fait observer que ces sortes de tumeurs sont connues et sont constituées par des papillomes.

Corps étrangers enserrant la verge. — M. PAMARD présente un anneau qu'il a dû faire enlever par un serrurier et qui se trouvait depuis trois mois autour de la verge d'un mécanicien. Toute la partie du prépuce qui se trouvait en avant du corps étranger était considérablement indurée.

Hernie inguinale congénitale. — M. TH. ANGER communique l'observation d'un jeune homme de quinze ans, chez lequel survint subitement dans l'aine une tumeur du volume d'une mandarine ; cette tumeur était constituée par une hernie congénitale dans la tunique vaginale. L'hydrocèle concomitante ne pouvait laisser aucun doute sur sa nature. M. Anger l'ouvrit et trouva l'intestin bilobé par suite de son engagement à travers le petit orifice de communication du péritoine et de la vaginale. Le lobe inférieur vaginal était gangrené.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INFLUENCE DES DIATHÈSES SUR LE TRAUMATISME.

M. DESPRÈS fait observer que cette discussion comporte trois points : une théorie, des faits et une revendication contre les chirurgiens étrangers.

Voyons la théorie : Tout malade, dit M. Verneuil, qui est atteint d'une maladie générale et qui subit un traumatisme, voit la marche de ce traumatisme modifiée par la présence de la maladie générale et, réciproquement, la propathie influencée elle-même, aggravée par le traumatisme. Cette proposition, dit M. Desprès, est généralement acceptée par les chirurgiens et aucun d'eux ne songe à la discuter. Cette théorie n'est donc pas nouvelle ; M. Verneuil l'a confirmée en apportant des faits nombreux et bien observés. Relativement au diabète, en particulier, il a fait ressortir des points qui jusqu'ici étaient restés dans l'ombre. Mais il ne faudrait pas laisser croire à l'étranger que nous lui attribuons la découverte d'une loi. Velpeau, en 1839, en parlant des contre-indications opératoires, dit fort nettement que, si l'on opère un cancer, il faut s'assurer s'il n'en existe aucun germe dans les viscères et, plus loin, qu'il faut retarder les opérations en présence d'une affection du foie, du cœur ou des poumons. A cette époque, on connaissait mal le diabète, mais on connaissait l'épuisement qui en est la conséquence et on le considérait comme une contre-indication à l'intervention du chirurgien. Velpeau ajoutait : N'opérez jamais les malades avant d'avoir modifié leur état général et à propos du traumatisme nécessitant une amputation, c'est alors surtout, ajoutait-il, qu'il faut examiner avec soin les viscères. Ces choses sont moins bien dites que dans les travaux de M. Verneuil, mais l'idée y est exprimée de la façon la plus indiscutable.

D'autre part, M. Desprès a montré lui-même, en 1867, que l'érysipèle n'est grave que chez les sujets profondément débilités. Un de ses internes, M. Guignard, démontre, dans sa thèse, que le rhumatisme blennorragique se développe exclusivement chez des sujets d'autre part rhumatisants. Enfin, dans son traité sur la syphilis, M. Desprès a décrit des formes modifiées par l'état général. Bazin et Alibert avaient nettement entrevu les principaux points de cette question dans leurs travaux si remarquables.

Nous avons donc tous, ajoute M. Desprès, un peu travaillé à la vulgarisation de ces vieilles idées. J'ai montré, dans une observation, le réveil de la diathèse rhumatismale par l'action d'une chute, et si je n'ai pas publié tous les cas analogues que j'ai observés, c'est que je ne les considérais pas comme nouveaux. Cette idée réside dans mon esprit depuis le début de mes études et ce sont évidemment mes vieux maîtres et les écrits dans lesquels j'ai étudié la chirurgie qui l'y ont mise. J'ai relaté d'autres cas de réveil de l'intoxication palustre sous l'influence d'un traumatisme. J'ai vu une cataleptique reprise de ses accidents à la suite d'une chute. Quant au diabète, c'est M. Marchal (de Calvi) qui a le premier montré son influence sur les opérations chirurgicales et la nature de cette influence en décrivant la gangrène diabétique. Ce serait s'exposer aux critiques des étrangers que de ne pas admettre ces vérités. J'ajouterai toutefois que je suis heureux de reconnaître que la question est surtout d'origine française et que M. Verneuil, par ses travaux, a largement contribué à sa vulgarisation.

M. Desprès passe ensuite à une autre série de faits : Les sujets atteints d'une affection générale doivent-ils fatalement ressentir l'influence de leur diathèse sous l'action du traumatisme? M. Desprès le nie formellement et il cite, à l'appui de son opinion, plusieurs exemples d'alcooliques, de syphilitiques et de diabétiques chez lesquels le traumatisme s'est comporté comme chez des sujets sains. Il ne faut donc pas exagérer. Il est vrai que des diabétiques peuvent succomber à la suite d'un panaris, d'un anthrax simple, mais ce sont alors des diabétiques très malades, usés, au bout de leur rouleau, si je puis ainsi dire. L'âge de la diathèse est la seule cause de la mort dans les cas de ce genre ; c'est de cet élément et non de la diathèse elle-même que dépend le pronostic opératoire. Si les malades meurent, c'est que la maladie est arrivée à sa dernière période ; on provoque, par l'opération, la dernière complication. Il est surprenant que M. Trélat n'ait pas fait ressortir cette vérité quand il a parlé du succès d'opération de cataracte chez les diabétiques.

M. TRÉLAT fait observer qu'il a parlé de la gravité et non de l'âge de la maladie générale, parce qu'il ne croit pas à son influence.

M. DESPRÈS répond que l'ancienneté et la gravité de la diathèse, qui vont souvent de pair, sont, en effet, les principaux éléments du pronostic. On parle toujours de l'épuisement qui survient chez les opérés et qui les tue, substituant au shock des Anglais cette dénomination qui n'a pas plus de signification. Les malades meurent ou de la diathèse elle-même ou de septicémie,

ce qui se voit chez tous les opérés épuisés. Mais pour qu'on dise qu'ils sont morts de la diathèse, il faut qu'il y ait dans les signes du mal quelques signes de la diathèse : de la gangrène chez les diabétiques, du délire et de l'ictère chez les alcooliques, du coma et des urines sanglantes chez les urinaires.

M. Verneuil a eu raison en disant : Les pansements, l'asepsie, c'est très bien, mais il faut aussi s'occuper du malade. C'est là une opinion toute française, à laquelle se rattache complètement M. Desprès depuis de longues années.

L'orateur passe ensuite en revue les différentes observations sur lesquelles M. Verneuil a appuyé son argumentation ; il s'efforce de démontrer qu'elles ne sont pas suffisamment concluantes. Une surtout : un alcoolique a le pied écrasé, il guérit bien ; trois semaines après il succombe à un abcès iliaque, et M. Verneuil accuse la diathèse d'avoir tué le malade. Mais il est évident que la diathèse existait plus de trois semaines avant la mort ; pourquoi n'a-t-elle pas tué le malade au moment de la première blessure ?

M. Verneuil s'est plaint de la sorte d'indifférence polie avec laquelle ont été accueillis ses travaux sur cette importante question de pathologie chirurgicale. Il ne doit s'en prendre qu'à lui-même ; il en eût été tout autrement si, au lieu de colporter ces travaux dans des congrès qui ne sont que des foires scientifiques, M. Verneuil les avait produits simplement dans les livres français.

M. Trélat a reconnu aux chirurgiens étrangers une supériorité sur les chirurgiens français, celle des millions. Ce ne sont ni les millions, ni les laboratoires, ni même les honneurs qui font la science, mais les hommes. Bichat, Desault, Duchenne (de Boulogne), Velpeau et bien d'autres ont bien su se passer de tout cet accessoire et n'en sont pas moins arrivés à la gloire.

Pour ce qui est des places à l'Institut, que M. Trélat voit avec regret mesurer aux chirurgiens avec parcimonie, M. Desprès dit que ces places conviennent aux savants purs qui n'ont pas les avantages que possèdent les chirurgiens. Dupuytren et Velpeau ont-ils été de plus grands chirurgiens parce qu'ils ont été de l'Académie des sciences?

M. VERNEUIL. D'autres orateurs prendront part probablement à cette discussion ; je me permettrai de les mettre en garde contre deux erreurs qui ont été commises par mes contradicteurs : la première, c'est de croire que je regarde comme constante l'aggravation des blessures par les diathèses, la seconde de vouloir m'attribuer cette découverte.

A chaque page, dans mes travaux sur ce sujet, on voit les protestations les plus formelles contre les généralisations précoces ; j'ai toujours dit que, dans bon nombre de cas, la diathèse et le traumatisme pouvaient évoluer parallèlement, sans s'influencer en aucune façon ; que d'autres fois le traumatisme agit sur les états constitutionnels et réciproquement, ce que M. Peter a spirituellement désigné sous le nom d'échange de mauvais procédés. En résumé donc, je n'admets nullement la constance des effets dont j'ai parlé ; quant à la généralisation, elle serait prématurée ; je ne veux pas poser de lois. Voilà ce que j'avais à répondre à M. Trélat.

A M. Desprès, je répondrai que ce n'est pas dans les congrès que j'ai produit, pour la première fois, mes idées sur le sujet en discussion, mais bien dans le grand amphithéâtre de la Faculté en 1867. J'ajouterai que jusqu'ici j'ai cru qu'il y avait intérêt à ce que la France fût représentée à ces congrès ; d'autres pourront penser le contraire. Mais ce que je tiens surtout à bien établir, c'est que je n'ai jamais réclamé la priorité de ces idées.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 31 mars 1883, M. le docteur Montano (Joseph) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers d'académie : MM. Vasseur (Gaston), docteur ès sciences naturelles, préparateur adjoint au laboratoire de géologie, à la Faculté des sciences de Paris. — M. Viallanes (Henri), docteur en médecine, répétiteur de zoologie anatomique à l'École pratique des Hautes-Études. — M. Vian (Jules), membre de la Société de zoologie de France.

— Jeudi dernier, sous la présidence de M. Quentin, a eu lieu la distribution solennelle des prix aux internes en pharmacie des hôpitaux de Paris. Ont été proclamés lauréats du concours de l'internat :

A. *Première division :* (Internes de troisième et quatrième années.) — Prix. Médaille d'or : M. Patein (Gustave-Constant), interne de quatrième année à l'Hôtel-Dieu.

B. *Deuxième division.* (Internes de première et deuxième années.) — Prix. Médaille d'argent : M. Grimbert (Léon-Louis), interne de première année à l'hôpital de la Pitié. — Accessit (livres) : M. Mazurier (Léonard), interne de première année à l'hôpital de la Charité. — Mentions honorables : 1° M. Meillère (Jean), interne de deuxième année à l'hôpital Trousseau ; — 2° M. Gallois (Eugène-Louis), interne de deuxième année à l'hôpital de la Pitié.

— Par décision ministérielle en date du 28 mars 1883, ont été désignés, savoir :

M. Widal, médecin principal de première classe à l'École d'application de Fontainebleau, pour remplir les fonctions de directeur du service de santé du 5e corps d'armée.

M. Delcominète, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 9e corps d'armée, pour l'hôpital militaire de Nancy.

M. Arnould, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 5e corps d'armée, pour remplir les mêmes fonctions au 1er corps d'armée.

M. Mourlon, médecin principal de première classe à l'hôpital militaire de Nancy, pour remplir les fonctions de directeur du service de santé du 9e corps d'armée.

M. Pallé, médecin principal de première classe aux hôpitaux de la division d'Oran, pour l'École d'application de Fontainebleau.

M. Sala, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Lille, pour l'hôpital militaire de Toulouse.

M. Krug-Basse, médecin principal de deuxième classe aux salles militaires de l'hospice civil d'Arras, pour l'hôpital militaire de Belfort.

M. Brachet, médecin-major de première classe au dépôt de recrutement de la Seine, pour la légion de la Garde républicaine.

M. Barthélemy, médecin-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Oran, pour le dépôt du recrutement de la Seine et la prison du Cherche-Midi.

M. Coustan, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division de Constantine, pour l'hôpital militaire de Lille.

M. Margantin, médecin-major de deuxième classe au dépôt du 31e de ligne, pour le 1er régiment de chasseurs à cheval.

M. Mussat, médecin-major de deuxième classe au 78e régiment de ligne, détaché à l'hôpital de Béja pour le 9e régiment de hussards.

M. Hoingne, médecin-major de deuxième classe au 2e régiment de hussards, pour le 2e régiment de tirailleurs algériens (provisoirement).

M. Kleinpetter, médecin-major de deuxième classe au 2e régiment de tirailleurs algériens, pour le dépôt du 31e de ligne.

M. Adam, médecin-major de deuxième classe au dépôt du 94e de ligne, pour le 22e de ligne (provisoirement).

M. Bertholon, médecin aide-major de première classe au 20e régiment d'artillerie, pour le 4e régiment de cuirassiers.

M. Beau, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Alger, pour le 20e régiment d'artillerie.

M. Mackiewicz, médecin aide-major de première classe au 1er régiment de chasseurs d'Afrique, pour le 23e régiment de dragons.

M. Samier, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Alger, pour le 1er régiment de chasseurs d'Afrique.

M. Casset, médecin aide-major de première classe au 63e de ligne, pour le régiment des sapeurs-pompiers de Paris.

M. Laydeker, médecin aide-major de première classe du service de la place de Lyon, pour le 1er régiment du génie.

— Les professeurs et les suppléants des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie du ressort de l'Académie de Poitiers sont convoqués, le dimanche 15 avril 1883, à l'effet d'élire un délégué au conseil académique de Poitiers, en remplacement de M. Chèdevergne, membre de droit.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 mars 1883, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externe sera ouvert, le 5 novembre 1883, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *Muséum.* — M. le professeur Albert Gaudry commencera le cours de paléontologie le mercredi 4 avril 1883, à trois heures et demie, et le continuera le vendredi et le mercredi de chaque semaine à la même heure. Le professeur exposera l'histoire des animaux vertébrés des temps tertiaires. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée. Les lundis, le professeur fera une conférence pratique, soit dans le laboratoire de paléontologie, soit dans les galeries publiques. Une affiche particulière fera connaître l'heure et l'endroit où cette conférence aura lieu.

M. le professeur Des Cloizeaux commencera le cours de minéralogie, le mercredi 4 avril 1883, à quatre heures trois quarts, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mercredis et vendredis de chaque semaine, à la même heure. Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des métaux et des minerais métalliques. Des conférences auront lieu le jeudi. Une affiche spéciale indiquera l'heure et la date auxquelles elles auront lieu.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14351.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DU MIDI. Phagédénisme syphilitique. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Corps étranger de 21 centimètres et demi de long, muni d'un tampon de toile à une de ses extrémités, extrait de l'estomac. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans son argumentation de la précédente séance, M. Peter s'était proposé de démontrer que la découverte des éléments matériels des maladies virulentes, éléments figurés (microbes), ne jetait pas les grandes clartés qu'on avait dites, soit sur l'anatomie pathologique, soit sur l'évolution, soit sur le traitement et la prophylaxie des maladies virulentes; que ce n'étaient là que des curiosités d'histoire naturelle, intéressantes sans doute, mais à peu près de nul profit pour la médecine proprement dite. Et comme de pareilles propositions demandaient à être soutenues par des preuves ou par des objections de fait, M. Peter a pris les doctrines de M. Pasteur à partie, justement dans ce qu'elles ont de plus vital et de plus pratique à la fois, l'atténuation des virus par ces virus eux-mêmes atténués par la culture. Aux yeux de M. Peter, cette méthode, improprement désignée sous le nom de vaccination, ne tient pas et n'est pas en mesure de tenir les promesses de M. Pasteur et de ses adeptes : en ce qu'elle ne conjure pas toujours la maladie que l'on veut prévenir et qu'elle peut provoquer par elle-même des accidents redoutables.

Les inoculations par le virus atténué ne créent pas toujours l'immunité : témoin les faits communiqués par M. Weber à la Société centrale de médecine vétérinaire de Paris.

Elles provoquent des accidents : les faits publiés par le professeur Koch, de Berlin, ainsi que les déclarations des vétérinaires de Turin, en témoignent.

Une autre objection contre les déductions pratiques de la doctrine pastorienne est tirée de la récidivité. L'observation démontre qu'une première atteinte du charbon spontané ne préserve pas d'une seconde, en d'autres termes, que le charbon est sujet à récidive. Or, si le charbon récidive, à quoi bon la vaccination charbonneuse?

Les doctrines de M. Pasteur sont-elles, du moins, d'une certitude absolue? Sont-elles dépourvues d'hypothèses et de dissidences doctrinales? Enfin les doctrines pastoriennes ont-elles détruit la spontanéité morbide? C'est par l'examen de ces diverses questions, toutes résolues par lui dans le sens de la négation, que M. Peter a terminé son argumentation.

M. Bouley n'a pas eu assez d'expressions pour dire tout son étonnement et toute son affliction de rencontrer une semblable résistance au plus grand progrès qui, suivant lui, ait été jamais réalisé en médecine, chez ceux-là même qui, ayant charge d'enseigner, devraient le plus activement coopérer à sa propagation. Aussi sa réplique aux observations critiques de M. Peter n'a-t-elle été, comme nous devions nous y attendre d'ailleurs, qu'une exaltation nouvelle des doctrines de M. Pasteur, faite avec la même verve, la même chaleur de conviction qui ne manquent jamais de provoquer les applaudissements de l'assemblée.

Rien de changé, comme on le voit, dans la situation respective des partis et des rôles que se sont assignés les orateurs en présence. Notre appréciation restera donc la même.

M. Fauvel doit prendre la parole dans la prochaine séance. Continuera-t-il le débat sur le terrain de la microbie, ou rentrera-t-il purement et simplement dans la question de la prophylaxie et du traitement de la fièvre typhoïde? C'est ce que nous saurons mardi prochain.

HOPITAL DU MIDI. — M. CHARLES MAURIAC.

Phagédénisme syphilitique (1).

II

Supposez qu'un de vos clients de vieille date dont vous connaissez le tempérament, la constitution, les habitudes, les antécédents personnels ou de famille, tout ce qui permet, en un mot, de porter un jugement sur la santé, vînt vous dire : Tel jour et à telle heure, j'ai eu des rapports avec une femme atteinte de syphilis; que va-t-il m'arriver? Vous lui répondriez que la contamination est probable, mais qu'elle n'est pas certaine, et vous lui demanderiez des détails sur la source de la contagion. Admettons que vous sachiez à quoi vous en tenir à cet égard. La femme, par exemple, pour mettre les choses au pis, avait un ulcère primitif et phagédénique des parties génitales. Qu'en concluriez-vous? D'abord, que les conditions étaient très favorables pour que la contagion eût lieu et que votre client serait exceptionnellement heureux s'il y avait échappé. Mais après, iriez-vous plus loin dans ces prévisions que le futur

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 mars 1883.

malade vous presse de formuler, en vous faisant remarquer que vous possédez tous les éléments pour résoudre le problème, soit de son côté, soit du côté de la femme. Lui, se figurera à coup sûr qu'il va être atteint d'une syphilis effroyable, puisque la source où il l'a puisée est déjà souillée de phagédénisme. Vous, si vous êtes prudent, vous garderez le silence, même sur les éventualités les plus prochaines, ou bien vous répondrez le fameux *je ne sais* auquel nous sommes si souvent condamnés quand nous voulons être sincères et ne pas donner à nos malades de faux espoirs ou des consolations éphémères. Et pourtant, dans le cas que je suppose, et qui n'est pas une vaine hypothèse, puisqu'il se présentera fréquemment à vous dans la pratique, votre doute aurait autant de raisons d'être rassurant que d'être alarmant, si dans toutes les choses de la vie il ne fallait pas faire une plus grande part aux mauvaises qu'aux bonnes chances. — Oui, il est fort possible que votre client, s'il a été contaminé par ce chancre phagédénique, n'ait qu'un chancre infectant, petit, papuleux, à peine érosif. Je vais plus loin et je dis même que c'est probable, vu la rareté relative de la déviation phagédénique dans l'accident primitif. Le phagédénisme syphilitique, pas plus que le phagédénisme chancrelleux, ne se communique d'un individu à un autre. Il n'est pas transmissible. — Vous énoncez cette proposition à votre malade, et en cela vous contrariez agréablement un préjugé qu'il partage avec beaucoup d'autres. Mais vous n'êtes pas au bout de ses questions, car si vous avez ajouté : Le phagédénisme est produit par l'individu, il ne manquera pas de vous demander : Suis-je ou non susceptible d'être phagédénisé? Et la réponse, il se la fera d'avance à lui-même, et soyez sûr qu'il la basera sur les conditions actuelles ou antérieures de sa santé. N'est-ce pas rationnel? Sans doute, et cependant ne faites aucun fond là-dessus, en ce qui concerne la question qui nous occupe. Voici pourquoi. C'est que, indépendamment de ce que nous pouvons voir et apprécier dans la manière d'être apparente et physiologique ou morbide des individus, il existe une modalité plastique qui nous échappe, qui ne se traduit par aucun signe extérieur, qui se cache souvent sous les floraisons les plus brillantes et les plus vivaces de la santé, et qui n'en élabore pas moins, dans le mystère, au sein de toute l'économie, ou seulement ici ou là, en tous temps, ou temporairement, ce vice organique et fonctionnel, cette aberration latente de la nutrition, ce *je ne sais quoi* auquel il faut encore revenir, et qui produit seul, et indépendamment de toute autre cause appréciable, le processus phagédénique. — Vous voyez à combien peu de notions positives nous en sommes réduits sur cette question si importante de l'étiologie. Ne vous en tenez donc pas aux énumérations banales dont la kyrielle est inévitable en pareille occurrence : faiblesse de la constitution, mauvais état de la santé actuelle ou antérieure, tempérament lymphatique ou scrofuleux, débilité originelle ou diminution acquise de la résistance vitale, toutes les détériorations qu'entraîne une mauvaise hygiène comprenant les privations, la misère, les excès, les veilles, l'encombrement, l'alimentation insuffisante, les habitations malsaines, le froid, l'humidité, etc. Certes, il ne viendra à l'idée de personne de dénier toute influence à ces causes séparées ou réunies. J'accorderai volontiers que chez quelques malades elles sont peut-être susceptibles, à elles seules, de produire le phagédénisme; mais c'est là l'exception. La plupart du temps elles ne jouent, vis-à-vis de lui, que le rôle d'une cause occasionnelle ou aggravante. Et la preuve, ne la trouvons-nous pas dans ce grand nombre de malades qui échappent à cette complication, quoique soumis à la plupart des conditions morbigènes qui minent leur constitution et ruinent leur santé? Par contre, — et c'est là une preuve encore plus forte que la précédente, — n'observe-t-on pas fréquemment, dans la pratique syphilitique, des sujets à qui leur vigoureuse constitution, leur tempérament, l'excellence de leur santé, l'absence apparente de tout vice constitutionnel, semblaient devoir conférer une immunité absolue contre le phagédénisme, et qui cependant sont attaqués, sans aucune raison plausible, de ses manifestations les plus dangereuses ?

Parmi les causes adjuvantes qui sont les plus propres à exciter la disposition phagédénique, à la mettre en œuvre et à en aggraver les effets, je mets en première ligne les *perturbations morales*, les chagrins, les angoisses, la tristesse et tout ce qui, dans cette sphère si vaste de la pathogénie morbide, peut ébranler violemment ou déprimer d'une manière continue le système nerveux central. J'en ai vu plusieurs exemples.

De toutes les maladies antérieures, il n'en est aucune qui soit comparable comme valeur étiologique à une ou plusieurs attaques de phagédénisme, alors même qu'elles remonteraient dans un passé très lointain et qu'elles n'auraient pas eu pour cause et pour substratum une lésion syphilitique. Ainsi, je crois qu'un malade, qui aurait été atteint de phagédénisme chancrelleux, aurait la mauvaise chance, s'il contractait ultérieurement la syphilis, de voir cette maladie prendre tôt ou tard une mauvaise tournure dans ses déterminations cutanées et muqueuses.

Il y a des influences étiologiques qui, pour être d'un ordre commun et général, n'en sont pas moins fort efficaces, et dont il importe, par conséquent, de tenir grand compte dans l'appréciation des probabilités qui nous occupent. Au premier rang, placez l'*alcoolisme*. Lorsqu'il est chronique, invétéré, nul doute qu'il n'exerce une puissante action sur le processus phagédénique, quelle que soit la nature de la lésion qui va devenir maligne. Pour les chancres, et surtout pour la chancrelle, le fait est hors de doute, et M. Ricord fut bien inspiré quand il désigna le chancre des ivrognes sous le nom de chancre œnophagédénique. Le phagédénisme syphilitique primitif et tertiaire se soustrait plus que celui de la chancrelle à cette cause si puissante de déchéance organique et morale. Dans un grand nombre de cas, où les manifestations de la syphilis devenaient malignes, je n'ai pu constater aucun antécédent alcoolique. L'intoxication alcoolique fait souvent défaut, comme je vous l'ai dit, dans la syphilis maligne précoce.

L'âge avancé prédispose singulièrement aux formes graves de la syphilis et parmi elles au phagédénisme. Notez aussi la grossesse, la glycosurie, l'intoxication palustre, etc. Mais à quoi bon poursuivre plus loin cette étiologie si obscure, si insaisissable. Retournez le problème dans tous les sens, cherchez sa solution par tous les moyens possibles, vous arriverez toujours à ce résultat : c'est que le phagédénisme syphilitique dépend essentiellement d'une disposition interne, d'une modalité plastique, essentielle, souveraine et si exclusive qu'elle ne révèle son existence que par ce seul processus, et qu'elle est indéfiniment compatible avec toutes les apparences et même toute la réalité d'une santé parfaite.

Cette disposition, cette diathèse phadégénique est-elle innée ou acquise, permanente ou transitoire? S'affaiblit-

elle, s'éteint-elle ? Est-elle continue, intermittente, rémittente ? Où commence-t-elle, où finit-elle ? Est-elle générale ou locale, et à quel degré, etc. ? Je pourrais multiplier tous ces points d'interrogation ; ce serait plus facile que d'y répondre. Que nous disent les faits ? Leur langage est souvent contradictoire, mais peut-être par cela même fort instructif. Dans une grande catégorie de cas, il règne une concordance, une harmonie, une identité de processus dans toutes les manifestations, depuis le début de la syphilis jusqu'à son terme, si elle en a un. L'accident primitif donne la mesure de ce que seront les accidents consécutifs : s'il est phagédénique, tous les autres le seront jusqu'à l'épuisement de l'action diathésique. L'hygiène et le traitement spécifique auront grand'peine à triompher de ce phagédénisme en permanence. — En pareil cas, il est bien évident que la disposition phagédénique préexistait probablement, puisqu'elle a marqué de son empreinte la première lésion syphilitique. Prenez le contraire, que vous rencontrerez fréquemment : un malade dont les antécédents syphilitiques sont fort obscurs et remontent à une époque très éloignée, est inopinément, et sans cause appréciable, atteint d'une syphilide circonscrite qui devient phagédénique, et reste telle pendant plus ou moins longtemps. Eh bien, n'est-il pas probable que la disposition morbide à la malignité était chez lui de fraîche date, car si elle eût été originelle, ou du moins si elle avait existé à l'époque du chancre et plus tard, elle n'aurait pas manqué de donner lieu plus tôt à des manifestations phagédéniques? Il est probable aussi que cette disposition doit cesser, puis renaître, subir un grand nombre de fluctuations comme force et comme durée, etc., puisque ses effets sont extrêmement variables et capricieux.

Je ne vous parlerai que pour mémoire d'une doctrine qui a perdu tout crédit et qui n'est plus soutenable aujourd'hui. Personne maintenant ne professe comme Bell et Carmichaël que le phagédénisme procède d'un virus spécial, distinct du virus de la chancrelle et du virus syphilitique. L'impossibilité de transmettre par contagion ou inoculation ce processus a été péremptoirement démontrée par l'expérimentation et par la clinique. Du reste, quand le phagédénisme se développe, comme cela arrive souvent, aux phases moyennes ou ultimes d'une syphilis vulgaire, bénigne dans ses débuts, insignifiante et même ignorée, quand il naît ainsi spontanément, on est bien forcé de voir en lui non pas le résultat direct d'un virus spécial, mais un acte morbide personnel qui émane immédiatement de la modalité plastique du malade à ce moment-là.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Corps étranger de 21 centimètres et demi de long, muni d'un tampon de toile à une de ses extrémités, extrait de l'estomac.

Par M. le docteur Gérard (de Bourgueil).

Le samedi 27 janvier dernier, je fus appelé auprès du sieur L..., âgé de trente ans, père de famille, demeurant au Chauchy, commune de Saint-Patrice, qui, le lundi précédent, 22, avait avalé un morceau d'ormeau dont une des extrémités était entourée d'un énorme lambeau de grosse toile. Il estimait que le tout pouvait avoir de 15 à 18 centimètres de long.

Voici le fait :

Cet homme, atteint d'une affection chronique de l'arrière-gorge, se badigeonnait tous les jours. Pour arriver à porter le collutoire prescrit sur la partie malade, il prit une branche d'ormeau très flexible, enveloppa une des extrémités d'un grand nombre de tours d'un lambeau de grosse toile qu'il fixa solidement avec du très gros fil.

Le lundi, voulant se badigeonner aussi loin que possible, il enfonça le plus qu'il put cette espèce d'écouvillon qu'il tenait du bout des doigts, le lâcha, voulut le ressaisir, mais il était déjà rendu dans l'estomac. Ce fut, dit-il, plus prompt que la pensée.

A ma visite du 27, il n'éprouvait qu'une petite pesanteur d'estomac et un peu de sensibilité derrière l'appendice xiphoïde. Je ne constatai absolument rien par le palper.

Je prescrivis un purgatif à l'huile de ricin tous les deux ou trois jours, lui recommandant bien de ne manger que des potages très épais, une espèce de pâtée. J'espérais que ce corps étranger serait entraîné et rendu par les selles, comptant sur la flexibilité du bois.

Après trois semaines, à la suite d'une sortie en charrette, mon homme commença à souffrir ; les douleurs s'accentuant les jours suivants, je me rendis auprès de lui et constatai, à 4 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde, une petite tumeur douloureuse, de la grosseur d'une petite noix. Je prescrivis : pommade calmante et cataplasmes.

A partir de ce jour, j'étais fixé. Cette tumeur était due évidemment à la présence de l'extrémité libre du morceau de bois. Dans un temps peu éloigné, je serais donc forcé de procéder à une opération pour extraire ce corps étranger.

Suivant mon malade avec intérêt et inquiétude, voyant la tumeur se développer et prendre l'aspect d'un abcès phlegmoneux, je cherchais à chaque visite, mais inutilement, à constater la présence du pus. Je n'insistais pas d'ailleurs, la sensibilité étant excessive.

Enfin, le samedi 10 mars, constatant un peu de fluctuation, je résolus d'intervenir, quoique le pus fût encore à une assez grande profondeur, convaincu que le bois, ayant perforé l'estomac, avait par sa présence déterminé la formation de ce phlegmon.

A 5 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde, je fis avec un bistouri droit une incision de 2 centimètres et demi de profondeur. Sentant que j'étais arrivé dans le foyer, j'agrandis l'ouverture transversalement en retirant mon instrument, sur lequel je trouvai du pus. Je fis une autre incision de haut en bas, à partir du milieu de la première, craignant que celle-ci ne fût pas suffisante. Cette ouverture donna issue à une certaine quantité de pus, mais surtout à du sang.

J'introduisis alors par la plaie une sonde de femme, et j'eus le bonheur de constater la présence du morceau de bois dans le foyer de l'abcès. Il avait donc perforé l'estomac.

Ne voulant pas trop fatiguer le malade et pousser plus loin mes investigations, ce qui eût été très imprudent et fort inutile, je laissai les choses en l'état, recommandant bien de venir me prévenir aussitôt que le corps étranger serait visible, certain qu'il ne tarderait pas à se montrer de lui-même à l'ouverture que j'avais pratiquée.

Le lendemain matin on vint me dire que mes prévisions s'étaient réalisées. A mon arrivée, je saisis le corps étranger, le tirai doucement, et ramenai au dehors 10 centimètres de bois qui était aussi dur et aussi inflexible qu'un os. Par des tractions soutenues, modérées et méthodiques, je cherchai à ramener le tout au dehors, ce fut inutile. Le tampon qui se trouvait à l'extrémité du bois s'y opposait, et même je ne pouvais plus le faire bouger.

Je me trouvais donc là en présence d'une difficulté redoutable qui pouvait empêcher la réussite de l'opération et avoir les conséquences les plus fâcheuses pour le malade, en me forçant à laisser le corps étranger dans l'ouverture de l'estomac, ce que je ne voulais pas à tout prix, désirant prévenir autant que possible la formation d'une fistule stomacale, en empêchant le séjour prolongé du morceau de bois dans la plaie.

Je pris donc la détermination de couper la partie sortie, me disant : Ou le tampon de toile est engagé dans l'ouverture stomacale, ou bien il n'y est pas ; dans le premier cas, il sortira tou-

jours par l'incision ; et, dans le second, il retombera dans la cavité de l'estomac. J'ai le ferme espoir, alors, grâce à un purgatif, de lui faire franchir l'orifice pylorique et de le retrouver dans les selles, certain que la sortie de ce corps étranger, avec les aliments, n'avait été empêchée que par sa longueur, et surtout parce que l'extrémité libre, terminée en pointe, s'était fichée dans la muqueuse de l'estomac, sous l'influence d'une secousse ou d'un effort.

Faisant une traction assez forte et soutenue, je coupai, avec un petit sécateur, le morceau de bois sorti aussi avant que possible, dans l'ouverture. J'eus une longueur de 11 centimètres, et la section, en déterminant une secousse assez forte, fit tomber le tampon dans la cavité de l'estomac.

Le lendemain, le patient prit 40 grammes d'huile de ricin, et le corps étranger fut retrouvé dans la seconde évacuation.

Cette seconde partie du corps avalé avait encore 10 centimètres et demi de long. Il y avait 6 centimètres et demi de bois ; 2 centimètres de la section au linge, et 4 centimètres et demi pris dans la toile, qui avait elle-même 8 centimètres de longueur. Total. . . . . 10 cent. 1/2.

Plus 11 cent. coupés.

TOTAL. . . . 21 cent. 1/2 de long.

Circonférence du bois : 1 centimètre 4 millimètres.

Circonférence du tampon de toile : 3 centimètres.

Je fis un pansement simple, bandage de corps avec légère compression.

Je prescrivis le repos absolu ; de prendre peu, mais souvent, lait, bouillon, gelée de viande, potages légers, et mon opéré est dans l'état le plus satisfaisant.

Pas de fièvre, digère très bien, selles régulières ; aucune douleur abdominale, même à la pression. Ne sort absolument rien par l'ouverture. Enfin, tout me fait croire à une guérison prompte et radicale.

25 mars. — Je viens de voir mon homme au corps étranger.

La cicatrice, qui est adhérente, est complète. Il n'y a ni empâtement, ni changement de coloration à la peau, ni douleur, même en exerçant une forte pression sur le creux épigastrique et au pourtour de la cicatrice.

Mon opéré se lève et se promène, il travaillerait s'il osait ; mange d'un bon appétit, digère bien, n'éprouve aucune douleur ni aucun tiraillement de l'estomac après l'ingestion des aliments. Les fonctions sont très régulières. La faim le tourmente, mais la prudence le retient.

En un mot, la guérison me paraît complète.

Pourtant, je continue le même régime, tout en augmentant un peu chaque jour, et je recommande bien de garder toujours le bandage de corps, en ayant bien le soin d'exercer une légère pression.

Tout est pour le mieux, j'espère que cela continuera.

3 avril. — Notre opéré va très bien ; il a bon appétit, mange bien, mais avec précaution et ménagement. Il digère parfaitement. Il n'éprouve aucune douleur et je l'ai trouvé dans son jardin travaillant. La veille, il était allé faire sa partie à Saint-Patrice.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 avril 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE

M. le Ministre du Commerce transmet une note de M. de Caula-Marquez, relative à un procédé pour la destruction des trichines par la réfrigération. M. Chavernac (d'Aix) sollicite le titre de membre correspondant. M. Marage adresse un pli cacheté (Accepté).

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. BOULEY. M. Peter me paraît être resté dans l'erreur et dans la nuit des anciens temps. C'est pour moi un sujet de grand étonnement de voir un homme relativement jeune encore, et chargé d'enseigner la médecine, être réfractaire à un progrès aussi important que celui que réalisent les découvertes de M. Pasteur et lui faire une semblable opposition. Ce n'est pas de l'étonnement seulement, c'est une véritable affliction que cela me cause, de voir surtout notre collègue emprunter la plupart de ses arguments à nos ennemis. Je ne l'ai pas vu avec moins de regret adopter à l'égard des doctrines de M. Pasteur ce vieux système de dénigrement qui consiste à retrouver le germe et l'origine des inventions modernes dans nos prédécesseurs, comme pour diminuer la valeur des travaux que l'on veut combattre. C'est dans les rêves de Raspail qu'il a été chercher le point de départ des recherches de M. Pasteur. Sans doute Raspail avait eu comme un vague pressentiment d'un ordre de faits ayant quelque analogie avec ceux que M. Pasteur devait établir. Mais quelle distance n'y a-t-il pas d'une idée théorique, d'une conception vague à la démonstration expérimentale du fait ! Roger Bacon avait aussi eu comme un pressentiment des progrès que devraient réaliser un jour la vapeur, l'électricité, l'aérostation, etc., etc. Mais de ces pressentiments à la réalisation que n'a-t-il pas fallu encore de temps, de recherches et d'efforts de génie ! Laissons donc de côté ce système d'argumentation et reconnaissons à l'œuvre de M. Pasteur son véritable caractère, ce qui fait qu'elle restera, d'être sortie tout entière de l'expérimentation et de défier par cela même toute objection qui ne reposerait pas sur la même base expérimentale. C'est là son œuvre propre et qui, à ce titre, lui appartient exclusivement. Voilà ce que M. Peter ne paraît pas comprendre.

Je vais montrer maintenant tout ce qu'il y a d'erroné dans les objections de M. Peter.

Après avoir montré que l'œuvre de M. Pasteur est bien une œuvre qui lui appartient, chose que M. Peter semble ignorer, M. Bouley continue ainsi : « Devant la découverte des microbes de certaines maladies contagieuses, M. Peter, d'un coup de langue, raye toutes les conséquences d'une pareille découverte en disant : « Qu'est-ce que cela me fait ? A quoi cela sert-il de savoir que dans telle ou telle affection il existe un microbe de telle ou telle sorte ? Cela nous apprend-il quelque chose que nous ne sachions sur la marche, le pronostic ou le traitement de ces maladies ? » Je répondrai à M. Peter ce que lui a répondu M. Cornil dans un article de journal sur ce sujet : « A quoi a servi la découverte de l'acare dans la gale ? A faire disparaître cette affection en deux heures à l'aide d'un coup de brosse et de pommade, alors qu'autrefois on avait tant de peine à la guérir. »

M. Peter traite la question de la doctrine microbienne comme un homme qui vient de l'apprendre, en feuilletant quelques travaux, sans en être pénétré, sans aller au fond des choses. Or il ne me sera pas difficile de faire connaître les résultats obtenus, pour la science médicale, par la découverte et la connaissance des microbes, et de montrer les clartés du présent et de l'avenir qui succèdent, par le fait de cette découverte, aux obscurités du passé. Une première découverte importante découle de ces notions générales, c'est que la virulence est fonction d'un microbe, d'un élément figuré. M. Chauveau en a donné la démonstration la plus nette. Dès lors le mystère de la contagion s'est trouvé dévoilé. M. Pasteur a appliqué à l'étude de la virulence les mêmes procédés qu'à celle des ferments, entre autres le procédé de la culture ; il est nettement arrivé à ce fait que le microbe a manifesté sa vie dans un milieu minéral.

Ici, M. Bouley rappelle la discussion qui s'est élevée entre Liebig et M. Pasteur, discussion qui a fourni à M. Pasteur l'occasion de démontrer que la catalyse de Liebig était une fiction. Liebig est mort dans l'impénitence finale, sans avoir reconnu ou tout au moins sans avoir déclaré qu'il reconnaissait la vérité des assertions de M. Pasteur. Grâce aux travaux de ce dernier, il est devenu possible d'étudier la contagion jusque dans ses fondements ; en effet, quoi qu'on dise, il n'y a pas, au point de vue de la chimie

physiologique, la moindre différence entre le bocal où se cultive la bactéridie et le mouton auquel on l'inocule, entre le boucher qui contracte le charbon et le mouton charbonneux ; au point de vue de l'anatomie et de l'histologie pathologiques, il n'y a qu'une seule et même médecine et il n'y a aucune distinction à faire, ici, entre l'homme et les animaux; c'est au point de vue symptomatique qu'on peut admettre l'existence d'une médecine humaine. Il est un fait aujourd'hui bien acquis à la science : grâce aux travaux de M. Pasteur, c'est la possibilité d'étudier la contagion en dehors de l'organisme.

Qu'est-ce que cela me fait, s'écrie M. Peter, que l'on ait découvert un microbe dans le tubercule ? Comment ? Alors qu'il a été écrit une quantité innombrable de volumes sur l'histologie du tubercule, voilà une découverte qui vient ajouter la notion d'un être vivifiant, c'est-à-dire l'existence de la bactéridie caséeuse, et c'est un professeur de pathologie, chargé de tenir au courant de la science les jeunes générations, qui vient dire, en parlant de cette importante découverte : Qu'est-ce que cela fait ! Qui sait, cependant, tout ce que nous réserve peut-être pour l'avenir cette notion de la bactéridie tuberculeuse? La première plaque présentée à Arago par Daguerre semblait-elle promettre tout ce qu'ont donné depuis le daguerréotype et la photographie. Il n'est donc pas insensé de voir, dans la notion du microbe de la tuberculose, la possibilité d'arriver plus tard à la découverte d'une thérapeutique de cette affection.

M. Peter s'est égayé aux dépens de l'expérience de Froschauer sur l'immunité acquise, contre la clavelée, par les moutons placés dans un milieu d'hydrogène sulfuré et, se laissant aller à ses réminiscences virgiliennes, il en profite pour s'extasier sur le bonheur des vidangeurs. Il n'y a pourtant pas là de quoi rire, et l'exemple ironiquement choisi par M. Peter peut servir à la démonstration de ce qu'il nie ; tout le monde, en effet, connaît l'immunité habituelle des vidangeurs contre la plupart des affections contagieuses.

La poule refroidie a été aussi l'objet de la risée de M. Peter. Cette expérience est pourtant d'une netteté, d'une clarté qui jette des lueurs étonnantes sur les conditions même de la réceptivité : elle montre de la façon la plus évidente, avec les nombreuses expériences comparatives que n'a pas manqué de faire M. Pasteur, que c'est bien le froid, et le froid seul, qui constitue, chez la poule en question, la réceptivité au charbon. Que de faits se trouvent maintenant expliqués par cette ingénieuse expérience, tels que l'antagonisme de la phtisie et de la fièvre pernicieuse, l'immunité contre le charbon de moutons ayant traversé la Loire et séjourné dans des lieux humides !

M. Bouley arrive ensuite à ce qu'il appelle la grande découverte des vaccinations ou de l'atténuation des virus, découverte qui, selon lui, ouvre une ère nouvelle à la science. Désormais, dit-il, l'homme, armé de la science, se rend maître de l'ennemi, c'est-à-dire du microbe, le cultive, le dompte à sa façon et d'un être essentiellement nuisible en fait une cuirasse, un protecteur contre l'effet de ses propres coups. Voilà trouvé le vaccin que M. Peter appelle ironiquement le virus éventé, passé et qu'il rapproche des croûtes de variole desséchées employées par les Chinois comme moyen prophylactique. Cette découverte des virus atténués a été, bien au contraire, le résultat d'une analyse profonde des phénomènes. M. Bouley passe en revue la série des découvertes qui ont été faites sur ce sujet dans le laboratoire de M. Pasteur, l'atténuation du virus du choléra des poules par l'oxydation de l'air, celle du virus charbonneux par l'action de la température, d'où la découverte du vaccin du choléra des poules et celle du vaccin du charbon. M. Peter critique le mot de vaccination employé pour ces faits par M. Pasteur ; mais si M. Peter avait lu et connaissait M. Pasteur, il aurait vu qu'en employant ce mot il a voulu rendre hommage à Jenner ; c'est un légitime hommage rendu par un homme de génie à un homme de génie.

Cette découverte a-t-elle été féconde ? C'est ici qu'il faut rappeler la fameuse victoire de Pouilly-Lefort, village rendu désormais plus célèbre que tous les grands champs de bataille ! C'est là que, nouvel Apollon, M. Pasteur n'a pas craint de lancer des oracles, plus certain du succès que ne pouvait l'être le dieu de la poésie; en effet, l'expérience a montré de la façon la plus lumineuse la vérité de la prophétie de M. Pasteur.

M. Bouley fait connaître ici la statistique des vaccinations faites, selon le procédé de M. Pasteur, et cherche à démontrer les résultats économiques incontestables qu'elles ont donnés. M. Peter, lui-même, s'il était propriétaire de troupeaux de moutons, serait sans doute le premier à apprécier la valeur de ces vaccinations.

N'en résultera-t-il rien pour la médecine humaine ? Envisageant les conséquences possibles de ces découvertes pour la médecine humaine, M. Peter nous représente un homme de l'avenir passant sa vie à se la conserver et rappelle, à cette occasion, la légende de Gribouille se jetant à l'eau pour ne pas se mouiller. Cela peut être drôle, mais ce n'est pas sérieux. En supposant, en effet, ce qui n'a rien d'insensé, que nous soyons un jour en possession de vaccins de toutes les maladies contagieuses, faudra-t-il en conclure que tous tant que nous sommes devrons nous vacciner contre toutes ces maladies ? Quelle nécessité y aurait-il à ce que le président de la République, par exemple, se fit vacciner contre le charbon? A-t-il la moindre chance de contracter cette affection? Mais en sera-t-il de même du boucher ou du berger. Quels services ne rendrait-on pas si l'on était un jour en possession du vaccin du choléra ! Compterions-nous aujourd'hui vingt-trois médecins ayant été, dans ces derniers temps, faire l'offrande de leur vie au Sénégal, si nous avions le vaccin de la fièvre jaune ! Qu'il me soit permis, à cette occasion, de rappeler ici, en réponse à la sorte d'irrévérence avec laquelle il a été traité dans cette académie, que M. Pasteur, apprenant qu'un navire contenant des malades atteints de la fièvre jaune allait débarquer à Pauillac, avec cette grande âme qui le caractérise, a immédiatement abandonné toutes ses affections pour courir au-devant de la fièvre jaune, qu'il voulait étudier de près. La mort lui avait déjà ravi sa proie.

Supposons que nous trouvions le vaccin de la rage : combien de victimes épargnerait-on en vaccinant tous les chiens errants? Et le vaccin de la syphilis! sans aller, comme le voulait Auzias Turenne, jusqu'à syphiliser tous les jeunes gens, ne serait-il pas légitime, dans une ville policée, de profiter de ce vaccin chez certaines prêtresses cythéréennes.....

M. Peter, en terminant son discours, exprimait le regret de voir ainsi la chimie s'emparer de la médecine; il considère M. Pasteur, en sa qualité de chimiste, comme étranger à la médecine. Que dirait-on, ajoute-t-il, si j'allais, avec les quelques notions de chimie que je possède, à l'Académie des sciences, en présence des Berthelot, des Wurtz et de M. Pasteur lui-même, annoncer que je viens révolutionner la vieille chimie ! Il est probable que je serais moins bien reçu que ne l'a été ici M. Pasteur. M. Peter, ajoute M. Bouley, même et surtout par les Berthelot, les Wurtz et les Pasteur, aurait été certainement très bien reçu si, médecin, il était venu réaliser en chimie les progrès que M. Pasteur, chimiste, a réalisé en médecine. Les découvertes de M. Pasteur, ajoute encore M. Peter, ne peuvent trouver grâce que devant ses disciples et ses enthousiastes. Je regrette de n'être plus assez jeune pour être des premiers, mais je m'honore d'être des seconds et de soutenir de toutes les forces dont je puis disposer la plus belle découverte des temps modernes qui honore notre pays. (Marques nombreuses d'approbation.)

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

81. M. Barrera. De la variabilité des signes d'auscultation du rétrécissement mitral. — 82. M. Gustin. Étude clinique sur l'inoculabilité de la diphtérie. — 83. M. Rouanet. Recherches sur la guérison du pneumo-thorax chez les phtisiques. — 84. M. Ducasse. Essai sur l'emploi du bromure d'éthyle dans les accouchements

naturels simples. — 85. M. Delaittre. Étude sur l'historique, l'étiologie et la pathogénie de la syphilis héréditaire. — 86. M. Marie. Contribution au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. — 87. M. Amanieux. De la poudre de viande, son administration directe, ses effets. — 88. M. Epery. Essai sur le maté. — 89. M. Balacakis. Des lésions aortiques chez les ataxiques. — 90. M. Peisson. Des végétations adénoïdes du pharynx nasal. — 91. M. Petit. De la conception au cours de l'aménorrhée. — 92. M. Netter. Diagnostic précoce d'une forme de tuberculisation pulmonaire à début pleurétique. — 93. M. Rémy. Étude sur la tuberculose oculaire. — 94. M. Rendall. Étude sur l'albuminurie alimentaire. — 95. M. Geoffroy. Étude sur les affections cutanées survenant dans le cours ou à la suite de la fièvre typhoïde. — 96. M. Chauveau. Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'enfance. — 97. M. Pluyaud. Étude des réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde. — 98. M. Chaussat. Traitement des ulcères calleux par les scarifications. — 99. M. Rabère. Essai sur la pathogénie des kystes séreux dits hydrocèles chez la femme. — 100. M. Guiard. Transformation ammonicale des urines. — 101. M. Ludger. De la mensuration clinique du cœur chez les enfants du sexe masculin de dix à quatorze ans. — 102. M. Rousseau. Contribution à l'étude des indications de la médication antipyrétique dans le traitement de la fièvre typhoïde. — 103. M. Boucher. Considération sur les complications tendineuses et articulaires survenant dans le cours de l'érysipèle. — 104. M. Gabriel (André). Du vomissement du début de la diphtérie. — 105. M. Perrachon. Sur un mécanisme de la disparition du pneumo-thorax par perforation et les indications qu'il fournit au pronostic et au traitement. — 106. M. Aslamian. De la tuberculose pulmonaire accompagnée d'abcès pseudo-asthmatiques. — Étude clinique. — 107. M. Douvreleur. Recherches expérimentales sur l'action physiologique du sulfate de cinchonidine. — 108. M. Colin. La géographie médicale du haut Sénégal. — 109. M. Verdau. Essai sur la pathogénie du crétinisme. — 110. M. Siredey. Recherches sur l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde. — Lésion des organes lymphoïdes. — 111. M. Bouyer. De la pleurésie purulente d'emblée (pleurésie infectieuse. — 112. M. Rambaud. Rétention du placenta après l'accouchement et l'avortement. — 113. M. Guasco. Étude sur une épidémie d'oreillons ayant sévi dans la garnison de Toulouse (1881). — 114. M. Capitan. Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries transitoires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle lundi 2 avril 1883, sous la présidence de M. Jamin.

M. J. Bertrand, secrétaire perpétuel, a prononcé l'éloge historique de M. le baron Pierre-Charles-François Dupin.

Ont été proclamés lauréats pour l'année 1882 :

Médecine et chirurgie. — *Prix Montyon :* MM. F.-C. Maillot, Dieulafoy et Krishaber, G. Hayem ; mentions honorables : MM. Grehand et Quinquand, F. Giraud-Teulon, P. Megnin ; citations honorables : MM. A. Dorius, Cadiat, L. Dubar et Ch. Remy, H. Fournié, E. Gavoy, H. Lenoir. — *Prix Bréant :* MM. Arloing, Cornevin et Thomas. — *Prix Godard :* M. Reclus. — *Prix Lallemand :* MM. Bourneville et Paul Regnard ; mentions honorables : MM. Liégeois et E. Lamarre.

Physiologie. — *Prix Montyon.* — M. Dastre ; citation honorable : M. G. Delaunay.

Anatomie et zoologie. — Le grand prix et le prix Savigny ne sont pas décernés. — *Prix Thore :* M. Ed. André. — *Prix Da Gama Machado :* M. Hermann. — *Prix Cuvier :* M. Oswald Herr.

Statistique. — *Prix Montyon :* MM. Cheysson, Maher ; mentions honorables : MM. Guiraud et Mauriac.

Chimie. — M. Armand Gautier.

Botanique. — *Prix Barbier :* Encouragements : M. Reliquet, Vidal. — *Prix Desmazières :* M. T. Husnot : citation honorable : MM. E. Doassans, N. Patouillard. — *Prix Vaillant :* M. Toussaint.

— Par décret, en date du 20 mars 1883, le budget de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, pour l'exercice 1883, est réglé : en recette, à 40,717,000 fr. ; en dépense, à 40,717,000 fr.

— Par décret, en date du 24 mars 1883, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, dans le cadre des officiers de réserve (emplois vacants par organisation), MM. les docteurs Gaultier, Bourdeaux d'Antonny, Divet, Dumez, Chenantais, Charvet, Bioulès, Coste, Rouet et Combret.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Charrin (Benoît-Albert), interne des hôpitaux, est nommé préparateur du laboratoire de pathologie et thérapeutique générales, en remplacement de M. Capitan, nommé chef de ce laboratoire (emploi nouveau).

MM. Vassaur et Launois, moniteurs des démonstrations histologiques, sont nommés, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, aides-préparateurs des travaux pratiques d'histologie. — Les deux emplois de moniteur des démonstrations histologiques sont supprimés à la Faculté de médecine de Paris, à partir de la même époque.

MM. Pignol et Martin, moniteurs des travaux pratiques de physiologie, sont nommés, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, aides-préparateurs des travaux pratiques de physiologie. — Les deux emplois de moniteur des travaux pratiques de physiologie sont supprimés à la Faculté de médecine de Paris, à dater de la même époque.

— Par sa circulaire du 5 mars 1883, le ministre de la guerre, consulté sur la question de savoir quelle doit être la situation respective au point de vue du rang individuel, dans les cérémonies officielles ou les réunions de service des médecins principaux de première classe, directeurs du service de santé dans les corps d'armée, et des sous-intendants de première classe, a décidé, pour régler cette situation, qu'on se conformerait dorénavant aux dispositions du dernier paragraphe de l'article 201 du décret du 13 octobre 1863, c'est-à-dire que, dans les cérémonies publiques et les réunions de service, les fonctionnaires de l'intendance et les membres du corps de santé militaire se placeront suivant leur grade respectif, sans distinction de corps ; à égalité de grade, la droite appartiendra au plus ancien dans le grade.

— Par arrêté préfectoral, en date du 9 mars 1883, MM. les docteurs Chanel et Besançon ont été nommés médecins vaccinateurs du département du Rhône.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Montallier (de Bordeaux), Giscaro (de Toulouse), Bellemer (de Bacqueville), Beard (de New-York), Rosso (de Gênes), Bischoff (de Munich), Buys (de Bruxelles), Savard et Berdinel, anciens internes des hôpitaux de Paris, et Marbotin, médecin militaire en retraite.

— La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques, reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880, tiendra sa séance annuelle sous la présidence de M. le docteur Jules Bergeron, membre de l'Académie de médecine, le dimanche 8 avril 1883, à trois heures précises du soir, en l'hôtel de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, 84.

Ordre du jour : I. Allocution du président. II. Rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. le docteur Lunier, secrétaire général. III. Rapport sur les récompenses à décerner en 1883, par M. le docteur Motet.

— *Muséum.* — M. le professeur Alphonse Milne-Edwards commencera le cours de zoologie (mammifères et oiseaux), le lundi 9 avril 1883, à deux heures, dans la galerie de zoologie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure. Le professeur traitera de l'organisation et de la classification des oiseaux. Ce cours sera complété par des conférences pratiques faites dans le laboratoire ou dans la ménagerie et indiquées par des affiches spéciales.

— M. le docteur H. Picard commencera un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire le lundi 9 avril, 13, rue Suger, à cinq heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. — L'anatomie pathologique sera démontrée par des projections photographiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la syphilis articulaire, par le docteur Defontaine. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Études médico-psychologiques sur l'onanisme chez l'homme, précédée d'une introduction sur les autres abus, par le docteur Pouillet. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires, par le docteur P. Méricamp. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

De la fracture de la paroi antérieure du conduit auditif et de la luxation en arrière du maxillaire inférieur par pénétration des condyles dans l'oreille, par le docteur E. Baudrimont (de Bordeaux). In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

De l'usage interne de la glycérine et de ses effets thérapeutiques, par le docteur C. Tisné. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

L'eau oxygénée, son emploi en chirurgie, par le docteur L. Larrivé. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14360.

N° 40. — SAMEDI 7 AVRIL 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 7 AVRIL 1883. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Deux cas de paralysie générale spinale à marche rapide terminés par la guérison. — De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne avec relèvement des membres inférieurs sur le plan antérieur du fœtus. — Cancer de l'ombilic; ablation; guérison. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Congestion du larynx d'origine paludéenne. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Bibliographie.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Deux cas de paralysie générale spinale à marche rapide terminés par la guérison.

Nous rapportions, dans l'une de nos précédentes Revues, quelques exemples de paralysies spinales atrophiques de l'enfance, maladie constituée cliniquement par Duchenne (de Boulogne), et au point de vue anatomique par MM. Prévost et Vulpian. M. Vulpian, dans ses conférences des mois de janvier et février derniers, avait également entretenu ses auditeurs de quelques cas de paralysie atrophique de l'adulte, ayant les plus grandes analogies avec la paralysie infantile. On peut même dire aujourd'hui que ce sont deux maladies de même nature, puisqu'elles sont l'une et l'autre l'expression d'un processus morbide identique, la myélite aiguë des cornes antérieures. Il existe, toutefois, une autre forme de paralysie spinale de l'adulte, sur laquelle on manque encore de notions anatomo-pathologiques précises, et qui, par ses caractères cliniques, diffère notablement, sous certains points de vue, des formes précédentes: c'est « la paralysie générale spinale antérieure subaiguë » de Duchenne (de Boulogne), affection assez rare, consistant en une atrophie musculaire, sans troubles de la sensibilité, s'étendant à tous les muscles du corps, présentant une physionomie spéciale et ayant surtout pour caractère distinctif très particulier d'être curable dans un bon nombre de cas.

Les faits décrits par Duchenne et qui lui ont servi à créer ce type morbide, étaient des cas à évolution lente; aussi les a-t-il qualifiés de subaigus. MM. les docteurs Landouzy et Déjérine viennent de publier, dans la *Revue de Médecine*, la relation de deux cas de ce genre, ne différant de ceux de Duchenne qu'en ce que leur marche a été rapide et qu'ils se sont terminés tous deux par la guérison.

Ces deux faits sont trop intéressants pour que nous n'en devions pas donner ici au moins une analyse.

— Le premier de ces deux malades est un homme de cinquante-cinq ans, menuisier, n'accusant aucun antécédent morbide, ni dans son enfance (réserve faite toutefois pour une affection dont il n'avait pu conserver le souvenir et dont les traces n'ont été retrouvées que beaucoup plus tard, à l'autopsie, la mort étant survenue par le fait d'une autre maladie intercurrente), ni dans l'âge adulte jusqu'au moment où a débuté la maladie dont il va être question. C'est au mois d'avril 1880, à la suite d'une bronchite peu intense, qu'il fut pris d'un mouvement fébrile accompagné d'un peu de faiblesse générale, lequel dura environ une dizaine de jours; la fièvre dissipée, la faiblesse persista et s'accrut même progressivement, au point qu'il fut bientôt obligé d'entrer à l'hôpital (à l'Hôtel-Dieu annexe), où il fut placé dans le service de M. Landouzy.

A ce moment, voici quel était son état : décubitus horizontal en résolution complète, facies blême, chairs molles, voix éteinte; impuissance motrice complète, sauf quelques très faibles mouvements des membres inférieurs. Les membres supérieurs sont complètement paralysés. Atrophie musculaire très prononcée, également répartie sur tous les membres. Abolition des réflexes tendineux. Sensibilité absolument intacte dans ses différents modes. Intégrité complète des sphincters. Aucun trouble trophique du côté de la peau, des poils et des ongles. Aucun trouble dans le domaine des nerfs crâniens. Intelligence intacte. Pas trace de fièvre.

M. Landouzy fait passer ce malade à la Charité, dans le service de la clinique de M. le professeur Hardy, qu'il supplée pour le moment. C'est là que les explorations les plus minutieuses et les plus méthodiques confirment l'état que nous venons de résumer. L'exploration de la contractilité musculaire au moyen de l'électricité, démontre qu'il y a dans tous les muscles atrophiés réaction dégénérative, c'est-à-dire diminution considérable de la contractilité faradique, abolie même dans quelques muscles.

On soumet le malade à un régime tonique et à la faradisation des muscles. La sensibilité électrique étant notablement diminuée, le malade supporte sans douleur bien nette des courants assez forts.

Sous l'influence de ce traitement, le malade voit, en peu de temps, son état s'améliorer progressivement, mais d'une manière lente. La force musculaire augmenta et l'atrophie diminua peu à peu. Un mois après son entrée, le malade pouvait déjà exécuter divers mouvements, élever ses avant-bras au-dessus de son lit, soulever ses jambes.

Le 25 août, c'est-à-dire un peu plus de trois mois après l'entrée, l'amélioration a été en progressant; de semaine en semaine on pouvait constater que les mouvements augmentaient en intensité et en étendue. Cependant l'atrophie,

quoique ayant beaucoup diminué, était encore très marquée. La sensibilité électrique est encore très faible ; il faut des courants très forts pour que le malade accuse une sensation douloureuse.

L'état du malade continuant à s'améliorer graduellement, à la fin du mois de septembre, il commence à pouvoir se tenir debout sur ses jambes, en s'appuyant contre le lit. L'amélioration continua en octobre et novembre. Le 5 décembre elle avait fait des progrès tels que les masses musculaires étaient presque revenues à leur volume normal et que les forces, sans être encore complètement normales, étaient considérablement accrues.

En résumé, sauf l'état de la jambe gauche qui avait toujours été notablement amaigrie, le volume, le relief et la forme des muscles dans toutes les autres parties du corps étaient revenus à l'état normal, et le malade se sentait si bien, qu'il espérait pouvoir bientôt sortir de l'hôpital et reprendre son travail, lorsque vers le 12 janvier suivant son état vint tout à coup à changer : il fut pris de fièvre, d'abattement et d'une petite toux. Une phtisie tuberculeuse à marche rapide l'enlève en trois semaines.

L'autopsie, indépendamment d'une tuberculisation miliaire récente, généralisée des deux poumons, fait constater dans la moelle épinière un ancien foyer de ramollissement inflammatoire et des altérations légères de toute la colonne grise antérieure. Les racines antérieures et les nerfs intramusculaires ne présentaient aucune altération appréciable, ses muscles laissaient voir encore quelques traces d'un processus irritatif presque disparu.

— La deuxième observation concerne une femme de trente ans, qui allaitait son troisième enfant, lorsqu'elle tomba malade, sans avoir jamais rien présenté de particulier dans ses antécédents personnels. Dans les derniers jours du mois d'août 1877, elle présenta des symptômes d'une fièvre typhoïde bénigne. La convalescence se fit rapidement et, vers le mois de novembre, la malade avait repris ses forces et ses habitudes, lorsqu'un jour elle remarqua que ses jambes devenaient faibles et que sa démarche était chancelante; elle éprouvait en même temps des fourmillements dans les extrémités des doigts et des orteils. La faiblesse des jambes alla en augmentant de jour en jour, à tel point qu'au bout de trois semaines la malade fut dans l'impossibilité absolue de les remuer. La paralysie remonta et gagna le tronc. Puis les membres supérieurs se prirent à leur tour. Point de trouble de la sensibilité. Les sphincters fonctionnaient d'une manière normale. Les réflexes tendineux étaient abolis. L'électrisation (courants faradiques) déterminait à peine de réaction.

M. Charcot, consulté pour cette malade, porta le diagnostic paralysie générale spinale, annonçant que la malade guérirait, et il prescrivit l'hydrothérapie, des pointes de feu le long du rachis et des courants faradiques tous les deux jours sur les muscles.

La maladie progressa encore et atteignit son maximum au commencement de l'année suivante (1878). La paralysie était devenue à peu près absolue ; l'atrophie ne cessait de faire des progrès ; l'électricité ne produisait plus aucune contraction ; les membres paralysés étaient devenus douloureux. Toutefois l'état général s'était sensiblement amélioré. Cet état subsista jusqu'au mois de mars : alors le mouvement revint peu à peu, la malade put d'abord plier les genoux, puis se retourner dans son lit, remuer les jambes. A la fin d'avril, elle se tenait debout ; au mois de juin, elle put sortir et marcher sans aucun secours et reprendre ses occupations habituelles. Avant la fin de cette année, elle était complètement guérie.

Les conclusions que MM. Landouzy et Déjérine déduisent des observations rapportées dans leur travail et qui nous paraissent très logiquement admissibles sont les suivantes :

Il existe une forme de myélopathie caractérisée par la paralysie et l'atrophie de tous les muscles du corps, ceux de la face et des sphincters exceptés, avec conservation de la sensibilité et de la nutrition cutanée, à évolution rapide (durée de quelques mois) et curable.

Cette affection dépend d'une lésion des cellules des cornes antérieures de la moelle.

De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne avec relèvement des membres inférieurs sur le plan antérieur du fœtus.

Les accoucheurs entendent par présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée, par opposition à la présentation du siège complète avec pelotonnement des membres pelviens autour de l'extrémité pelvienne dans l'attitude habituelle, celle dans laquelle les membres pelviens ne sont pas dans cette attitude. Ces présentations du siège décomplétées peuvent se présenter sous plusieurs variétés ou modes différents : les cuisses allongées au-dessous du bassin et les jambes fléchies sur les cuisses (mode des genoux) ; les jambes et les cuisses étendues et les pieds descendant les premiers (mode des pieds) ; enfin les cuisses fléchies sur l'abdomen, les jambes étendues sur les cuisses et relevées au devant de la poitrine (mode des fesses). C'est à l'étude de cette dernière, celle qui donne lieu le plus souvent à la nécessité d'une intervention, que M. le docteur Adolphe Olivier, ancien interne de la Maternité de Paris, a consacré, d'après les conseils de son maître M. Tarnier, l'excellente thèse que nous avons sous les yeux.

Des expériences et des observations réunies dans ce travail, l'auteur déduit les conclusions suivantes qui nous paraissent résumer le mieux possible les réponses à faire à la question qu'il s'était posée en l'entreprenant : quelle est la conduite à tenir dans les présentations de l'extrémité pelvienne avec relèvement des membres inférieurs sur le plan antérieur du fœtus (mode des fesses) ?

Cette conduite doit être étudiée pendant la grossesse et pendant le travail.

Pendant la grossesse, il faut distinguer deux cas : le siège est engagé, il ne l'est pas.

Lorsque le siège est engagé, il ne faut pas intervenir.

Lorsque le siège n'est pas engagé, il faut essayer de faire la version par manœuvres externes, et, si on réussit, appliquer la ceinture eutocique de M. Pinard, qu'on laissera jusqu'au moment du travail.

La version par manœuvres externes devra être tentée de préférence dans les premiers jours du neuvième mois.

Pendant le travail, il faut distinguer trois cas : le siège est au détroit supérieur ; il est plus au moins profondément engagé ou au détroit inférieur ; il est à la vulve.

Lorsque le siège est au détroit supérieur, si l'on arrive avant la rupture des membranes, quand la dilatation sera complète, on rompra la poche des eaux, on abaissera un pied et on attendra ; s'il survient une procédence du cordon, s'il est comprimé, si, au bout d'un certain temps,

le siège ne s'engage pas, on fera l'extraction. Si les membranes sont rompues et qu'il faille intervenir, on essaiera tout d'abord d'abaisser un pied; si on réussit, on fera l'extraction; si on ne réussit pas, on appliquera le forceps; s'il glisse, on fera l'extraction au moyen d'un lacs porté sur l'aine antérieure.

« Le forceps doit être appliqué, autant que possible, sur les membres et non sur le bassin. »

Cette dernière proposition est particulièrement soulignée par M. Olivier, et cela pour plusieurs raisons : d'abord parce que longtemps la pratique de l'application du forceps sur l'extrémité pelvienne a été condamnée et qu'assez près de nous, et peut-être aujourd'hui encore, les avis diffèrent à cet égard ; en second lieu, parce que les objections qui avaient été faites à l'application du forceps sur l'extrémité pelvienne ont dû céder devant les résultats des expériences et de l'observation, et surtout devant les perfectionnements apportés à la conformation et au mécanisme des forceps, qui en ont rendu l'application plus facile et beaucoup moins offensive pour les parties de l'enfant, notamment le nouveau forceps Tarnier à branche de traction transversale, dont la force de pression peut être calculée et modérée à volonté, ou bien encore le forceps de M. Trélat, spécial pour le siège.

Voici les préceptes que formule M. Olivier à cet égard :

« On essaiera tout d'abord de faire l'extraction au moyen du forceps ; on choisira de préférence le forceps Tarnier, dernier modèle. On appliquera les cuillers sur les extrémités du diamètre bi-trochantérien en s'efforçant, si c'est possible, de saisir la racine des cuisses. Après avoir articulé, on vérifiera la situation des cuillers et on serrera fortement la vis de pression ; puis on fixera le tracteur. On aura soin de tirer doucement d'abord et au moment de la contraction utérine, pendant qu'un aide appuiera sur le fond de l'utérus. Si le siège ne s'engage pas, on augmentera progressivement l'effort, mais sans secousse. Si le forceps glisse, on portera un lacs sur le pli de l'aine antérieure. Pour l'extraction, on tirera d'abord en bas et en avant ; puis, lorsque le siège sera au détroit inférieur, presque directement en avant ; puis, enfin, en avant et en haut lorsqu'il sera à la vulve. »

M. Olivier rejette complètement le crochet mousse, à cause des dangers qu'il fait courir à l'enfant.

Le siège est plus ou moins profondément engagé dans l'excavation ou au détroit inférieur; trois cas se présentent : positions antérieures, positions postérieures, positions transversales.

Dans les positions antérieures, on appliquera le forceps, en suivant les règles indiquées plus haut; s'il glisse, on le réappliquera ; s'il glisse encore, on portera un lacs sur le pli de l'aine antérieure et on fera l'extraction.

Dans les positions postérieures, on appliquera le forceps; si, très exceptionnellement, il venait à glisser deux fois de suite, on aurait recours au lacs porté sur l'aine antérieure ; mais, au moment des tractions, on emploierait la manœuvre complémentaire exposée plus haut.

Dans les positions transversales, on fera l'extraction au moyen du lacs porté sur l'aine antérieure. Une application de forceps pourrait réussir.

Lorsque l'enfant est mort et putréfié, si les moyens précédemment indiqués échouaient, on aurait recours, comme dernière ressource, au céphalotribe, au crânioclaste ou à tout autre instrument pouvant donner une bonne prise.

Le siège est à la vulve ; on emploiera la méthode préconisée par Ritgen pour le sommet, et, si on échouait, la méthode bi-rectale, que M. Olivier a employée deux fois avec succès, et qui consiste, la femme étant placée dans la position obstétricale, à introduire, au moment d'une contraction, l'index et le médius de la main droite dans l'anus de la mère, en même temps qu'on fait pénétrer la première phalange de l'index gauche dans l'anus de l'enfant. On refoule, avec les doigts appliqués à plat, la fesse postérieure, en avant et en haut, pendant que de l'index gauche on tire la fesse antérieure dans le même sens. Le plus souvent il suffit d'une seule contraction pour obtenir le résultat voulu. Il faut procéder à cette manœuvre avec une extrême douceur.

Cancer de l'ombilic; ablation ; guérison.

Dans une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. Després a parlé d'un malade qu'il a opéré avec succès d'un cancer de l'ombilic. Il s'agissait d'une tumeur à marche rapide qui, en trois mois, avait acquis le volume d'une châtaigne, chez un homme âgé de soixante-quinze ans, entré à l'hôpital de la Charité le 12 février 1883.

L'opération a été pratiquée de la manière suivante : deux incisions en croissant ont circonscrit l'ombilic avec une portion de peau saine; la dissection a conduit sur l'anneau fibreux ombilical élargi. Le cancer adhérait à l'épiploon; il en fut séparé et la tumeur fut enlevée. Au lieu de faire une suture de l'anneau ombilical, M. Després attira l'épiploon dans l'anneau; il fit une hernie épiploïque et pratiqua la suture de la peau avec trois points dont un, celui du milieu, comprenait l'épiploon attirée au dehors.

Le malade guérit en douze jours.

M. Després faisait remarquer, à cette occasion, qu'en opérant de bonne heure on peut enlever sans danger la totalité d'un cancer de l'ombilic.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Congestion du larynx d'origine paludéenne.

Par M. le docteur E. Briand,
Professeur suppléant à l'École de médecine d'Angers.

Il y a quelque temps déjà, j'ai communiqué à la Société de médecine d'Angers quelques observations sur une variété de faux croup qu'il m'a été donné d'observer plusieurs fois et auquel j'ai cru pouvoir donner le nom de congestion du larynx d'origine paludéenne.

Ces cas, à mon avis, ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire, et j'ai remarqué que quelques confrères avaint pu se méprendre sur la nature de ces laryngites et les confondre avec le croup véritable.

Mon attention fut tout d'abord attirée il y a quelques années par le fait suivant, qui m'est tout personnel :

Une petite fille de dix-huit mois est prise tout d'un coup de gêne de la respiration, d'extinction de la voix ; rougeur de l'arrière-gorge, tirage respiratoire augmentant peu à peu; rien dans la poitrine.

Bientôt, au bout de deux jours et malgré un traitement actif, il y a menace d'asphyxie et l'enfant est opérée à la dernière extrémité. Les médecins avaient diagnostiqué un croup d'emblée.

On ne trouva aucune fausse membrane dans le larynx.

Après quelques semaines, l'enfant se rétablit ; mais elle avait à peine retrouvé sa santé habituelle que tout d'un coup la fièvre survient, et au début le médecin traitant croit avoir affaire à une fièvre continue. Mais quelques prises de quinine nous amènent de véritables accès réguliers de fièvre intermittente.

Plus tard, les années suivantes, d'autres accès de fièvre paludéenne apparurent, et chaque fois il y eut en même temps un trouble du côté du larynx : extinction de la voix avec un peu de gêne dans la respiration.

Ce fait et d'autres analogues me donnèrent à réfléchir. Je voyais, dans ces cas, des œdèmes ou des congestions de la muqueuse du larynx ; mais quelle en était la cause ? Eh bien ! pour moi, une de ces causes c'est la malaria.

Je crois qu'il peut exister chez les enfants, avant toute manifestation de fièvres intermittentes, des accidents laryngés d'origine paludéenne.

Les auteurs n'en font nulle part mention ; je pense cependant que ces accidents ont dû frapper plus d'une fois les médecins qui exercent dans les pays à fièvre. Voilà pourquoi, par l'intermédiaire de ce journal si pratique, je fais appel à leur expérience.

Voici, parmi les cas que j'ai observés, deux observations que je trouve dans mes notes.

Observation I. — Au commencement de décembre 1881, vers le 7 ou le 8, je suis appelé à voir un enfant de cinq ans, fils d'un jardinier. Cet enfant est atteint d'un mal de gorge, gonflement des amygdales, il y a même en un point une toute petite plaque blanche à bords irréguliers, plaque manifestement pultacée ; on constate aussi un peu d'enrouement, et même un peu de gêne respiratoire. Une heure avant mon arrivée, le médecin ordinaire de la maison avait craint une diphtérite, et, diagnostiquant le croup, avait proposé immédiatement la trachéotomie.

Je ne vois dans les accidents laryngés que des symptômes de congestion ou d'œdème. J'ordonne le sulfate de quinine à la dose de 30 centigrammes pendant trois jours consécutifs, parce que l'enfant avait la fièvre, mais pas continuellement, disait la mère.

L'enfant guérit ; trois semaines après il est pris, pendant une huitaine de jours, d'une véritable fièvre intermittente, type tierce.

Observation II. — Le 27 mai 1882, je suis appelé près la gare Saint-Serge (cette gare et le chemin de fer sont situés au milieu d'une prairie marécageuse ; les bouleversements de terre qui ont été la conséquence de leurs récentes constructions ont amené, d'après mon observation, un grand nombre de fièvres intermittentes ou même pernicieuses dans ce quartier).

Je suis appelé, dis-je, à voir un enfant de quatre ans et demi. Il a de la rougeur à la gorge, un peu d'enrouement. J'apprends que l'enfant a demeuré pendant quelque temps sur les bords de la Loire et qu'il a eu des accès de fièvre intermittente. La rate ne paraît pas volumineuse, mais elle est sensible, il y a de la douleur à la pression.

Je préviens les parents que l'enfant pourrait être pris de tous les symptômes du croup, que ce croup ne serait probablement pas dangereux et que l'enfant était pour moi sous l'influence de la malaria ; le pouls était petit, un peu filiforme. Je dis aux parents de m'avertir au premier signe de la fièvre.

J'ordonne un vomitif, mais ne crois pas devoir donner immédiatement du sulfate de quinine, pour observer la manifestation paludéenne franche que j'attendais.

Le 28 au matin, les parents me disent que l'enfant a eu une très forte fièvre toute la nuit, qu'il s'est débattu beaucoup et que l'oppression a été telle que la mère un moment voulait me faire appeler ; mais que, redoutant l'opération, elle a préféré attendre.

Je trouve l'enfant avec un tirage très grand, la face est injectée, la fièvre énorme, la voix presque complètement éteinte.

J'ordonne le sulfate de quinine à la dose de 30 centigrammes.

A une heure de l'après-midi, la fièvre a diminué, l'enfant est relativement gai, la voix est entourée, mais elle n'est plus éteinte.

J'ai beaucoup d'espoir, tout en me rappelant que le croup d'emblée existe bien réellement et que dans ce cas les rémissions ne sont pas rares.

A neuf heures du soir, le même jour, je retrouve l'enfant avec une fièvre très intense ; la voix est, s'il est possible, encore plus éteinte que le matin. Depuis trois heures l'enfant est dans cet état, il ne veut rien prendre ; je crains beaucoup pour la nuit et j'avertis la famille que, quelle que soit la nature de la maladie, la trachéotomie va devenir nécessaire (30 centigrammes de sulfate de quinine).

Je prescris un ipéca pour la nuit et dis aux parents, qui habitaient près de chez moi, d'accourir me chercher si l'enfant devenait cyanosé.

Au matin 29, l'enfant devra prendre 40 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 29, inquiet, après avoir été toute la nuit sur le qui-vive, je vais voir mon petit malade. L'enfant a passé une nuit satisfaisante et au moment de ma visite il respire assez bien, pas de fièvre. Je continue le sulfate de quinine : 20 centigrammes pour l'après-midi.

Le 29 au soir, à ma visite, on m'apprend que la fièvre a repris vers trois heures ; elle est moins forte que la veille, l'enfant parle plus clairement.

Le 30, la journée est bonne, voix presque naturelle. Vers deux ou trois heures, alternative de pâleur et de rougeur du visage, chaleur de la peau, continuation du sulfate de quinine à la dose de 30 centigrammes par jour pendant trois jours. Guérison.

Je crois pouvoir conclure :

1° Il existe une forme de laryngite due à la malaria caractérisée par une congestion du larynx donnant lieu, au point de vue symptomatique, aux signes fonctionnels du croup véritable.

2° Cette variété de faux croup diffère de la laryngite striduleuse par ses symptômes, sa marche, son pronostic, et peut être la plupart du temps combattue efficacement par le sulfate de quinine.

3° Il n'est pas très rare chez les enfants, et on peut le reconnaître à ce qu'il a été précédé ou suivi par des manifestations diverses de l'impaludisme.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle du 2 avril 1883. — Présidence de M. Jamin.

I

RAPPORTS

Médecine et chirurgie (prix Montyon) (1). — Votre commission s'est trouvée tout d'abord unanime pour attribuer un prix de *deux mille cinq cents francs* à M. le docteur F.-C. Maillot, ancien président du conseil de santé des armées, pour ses admirables travaux sur les fièvres continues des pays chauds et marécageux.

C'est en 1836 que M. Maillot publia, sous le titre, qui indique bien l'école médicale alors dominante, de *Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes,* l'ouvrage qui devait amener une véritable révolution dans la thérapeutique et diminuer dans une énorme proportion le tribut que notre armée et nos colons d'Algérie payaient chaque année à la mort.

(1) Commissaires : MM. Gosselin, Vulpian, Marey, Bouley, Ch. Robin, baron Larrey, H. Milne-Edwards, Pasteur; Paul Bert, rapporteur.

Les fièvres paludéennes des pays chauds prennent très souvent des aspects étranges, où le type intermittent disparaît plus ou moins complètement, ce qui avait fait méconnaître leur nature à tous les praticiens. Or c'est sous ces formes aberrantes qu'elles présentent le plus de danger. Sous l'influence de l'école dite, bien à tort, *physiologique*, on les traitait par des évacuations sanguines, par des sangsues, des calmants, et elles décimaient nos soldats. « Nous étions en train, dit le docteur Hutin, membre du conseil de santé des armées, de dépeupler les casernes et la colonie naissante, en inondant nos amphithéâtres. »

M. Maillot reconnut avec une sagacité remarquable la véritable cause de la maladie. « Il démêla, ce sont ses propres expressions, le processus par lequel des accès, simples d'abord, se compliquent, se prolongent, s'enchevêtrent les uns dans les autres, puis passent de la rémittence à la continuité, continuité spéciale, particulière, qui m'a fait donner à ces fièvres le nom de *pseudo-continues.* » Et alors, rompant hardiment avec la thérapeutique universellement adoptée, il employa d'emblée le sulfate de quinine à haute dose. Les résultats furent merveilleux. A l'hôpital de Bône, dont le jeune médecin avait la direction, la mortalité tomba de 1/3 à 1/20; l'introduction du sulfate de quinine diminua de 1,437 la mortalité de la première année, le nombre des malades ayant cependant augmenté de 800; et les soldats demandaient tous à aller à Bône « où l'on ne mourait pas ».

Au point de vue théorique, la découverte du docteur Maillot porta un coup terrible à la doctrine de Broussais; celui-ci le sentit, et le novateur eut à lutter à la fois contre la polémique ardente du maître et contre ses élèves, dont beaucoup étaient des plus haut placés.

Mais l'évidence du succès entraîna rapidement les convictions. La méthode de Maillot se généralisa. Grâce à elle, on vit disparaître ces épidémies terribles dont avait tant souffert notre armée en Morée et pendant les premières campagnes d'Afrique. La possibilité de l'occupation militaire et de la colonisation, dont les hygiénistes doutaient, ne fut plus discutée : la Mitidja cessa d'être le *tombeau des chrétiens.*

Il n'est donc pas étonnant que les grandes villes d'Algérie aient rendu à M. Maillot les hommages réservés d'ordinaire aux morts, et que le gouvernement ait donné son nom à un village « pour perpétuer le souvenir des services qu'il a rendus à la colonisation ».

Le prix que nous vous proposons de lui décerner ne sera pas le moindre de ces honneurs, ni celui auquel ce vénérable savant sera le moins sensible.

II

Une opinion populaire considère la phtisie comme éminemment contagieuse, et l'on va, dans certaines contrées, jusqu'à brûler les linges qui ont servi aux poitrinaires pendant les derniers jours de leur vie. Beaucoup de praticiens partagent cette opinion, tout en restreignant à une cohabitation prolongée les conditions de communication possible de la redoutable maladie. Mais, malgré d'importants travaux, la preuve de la contagiosité n'a pu être faite par la méthode de l'observation clinique.

En 1865, un médecin français, M. Villemin, fit appel à l'expérimentation. Des lapins auxquels il avait inoculé des produits pathologiques pris sur des hommes phtisiques périrent en présentant un aspect tuberculeux des poumons et d'autres organes. Ces expériences ont été répétées et variées par un très grand nombre de savants; on a inoculé non seulement les matières tuberculeuses, mais le lait, le sang, le suc musculaire, les sécrétions et les sérosités normales ou pathologiques; on a fait ingérer aux animaux des produits tuberculeux; on leur a fait respirer de l'air chargé de particules tuberculeuses en suspension, etc.

Les résultats obtenus ont été l'objet d'interprétations contradictoires; et, bien qu'aux yeux de la plupart des médecins la démonstration fût faite, il était utile, peut-être nécessaire, de la corroborer par des recherches nouvelles.

Ni les inoculations des liquides de culture faites par M. Toussaint, ni la découverte récente d'un microbe spécial habitant les lésions pulmonaires des phtisiques, cultivable et inoculable, n'enlevaient leur intérêt à cet ordre d'expériences. D'ailleurs, les travaux dont nous allons vous rendre compte ont été entrepris avant ces dernières recherches.

Les inoculations pratiquées par M. Villemin et ses successeurs ont presque toujours été faites en transportant la matière suspecte sur un animal très éloigné de l'espèce humaine; de là le double inconvénient d'offrir à la substance pathogénique un terrain de développement autre que celui où elle vivait antérieurement, et de donner naissance à des lésions notablement différentes de celles que les cliniciens ont coutume d'observer sur l'homme.

MM. Dieulafoy et Krishaber, dans le mémoire intitulé : *De l'inoculation du tubercule sur le singe*, ont évité cette double difficulté en mettant en expérience des singes, et en employant pour l'inoculation des produits tuberculeux empruntés souvent à des animaux de même espèce. Des recherches préliminaires avaient montré aux auteurs que, contrairement à une opinion assez répandue, dans une ménagerie bien tenue les singes succombent seulement dans une faible proportion à la tuberculose.

14 singes ont été ainsi opérés : 12 sont morts tuberculeux, de trente-quatre à deux cent dix-huit jours après l'inoculation ; 2 sont restés indemnes, et l'un d'eux s'est montré réfractaire à des tentatives trois fois répétées.

Ces animaux vivaient dans une vaste cage au milieu d'assez bonnes conditions hygiéniques; on les gardait en observation pendant plusieurs semaines avant de les opérer, afin de s'assurer de leur bon état de santé. Les contre-expériences furent nombreuses.

Tout d'abord, 24 autres singes vivaient en compagnie des singes inoculés, dans les mêmes conditions générales ; de ces animaux *témoins*, 5 seulement moururent tuberculeux. Ainsi, pour les inoculés, mortalité de 86 p. 100; pour les autres, mortalité de 21 p. 100.

10 autres singes reçurent sous la peau du pus provenant d'un phlegmon traumatique pris sur une femme non tuberculeuse. Un an après, 5 de ces animaux étaient en bonne santé, les 4 autres étaient morts d'accidents divers; 1 seul était tuberculeux : mortalité, 10 p. 100. Il faut faire remarquer que ces dix singes avaient été gardés à part, tandis que les 24 dont il vient d'être question vivaient en promiscuité avec les 14 animaux contaminés.

L'influence de la cohabitation avec les phtisiques se montre donc aussi manifestement que les effets de l'inoculation. En voici d'autres preuves :

Un petit macaque vivait depuis deux ans, seul, en liberté chez un des expérimentateurs. La singerie installée et les inoculations faites, l'animal fut réuni aux autres. Là, un gros singe inoculé le prit en affection, le tenant constamment entre ses bras; tous deux moururent à neuf jours d'intervalle, les organes envahis par la tuberculose.

Enfin, ces expériences terminées, la pièce où elles furent faites fut nettoyée et désinfectée. Depuis ce temps, c'est-à-dire depuis quinze mois, 27 singes l'ont habitée et pas un n'est mort tuberculeux.

L'Académie nous pardonnera d'être entré dans tant de détails. La gravité du problème enfin résolu est notre excuse. Les expériences de MM. Dieulafoy et Krishaber ont nettement prouvé que la phtisie pulmonaire est transmissible et par inoculation et par cohabitation. Les hygiénistes et les médecins auront à tirer de cette démonstration telles conséquences que de droit. Vous penserez sans doute qu'elle mérite bien le prix de *deux mille cinq cents francs* que nous lui accordons.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 avril 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Hypertrophie mammaire. — M. **Després** présente le portrait, peint par Horace Vernet, d'une malade opérée par M. Manec

d'une hypertrophie des deux mamelles, dont l'une pesait 16 livres, l'autre 15. La jeune fille était vierge; elle s'est mariée depuis et a eu quatre enfants. Cette opération, qui fait le plus grand honneur à M. Manec, a été pratiquée sans le secours des pansements antiseptiques et la malade n'en a pas moins bien guéri.

Traitement des anévrysmes artério-veineux. — M. VERNEUIL fait un rapport sur un travail de M. Reclus relatif au traitement des anévrysmes artério-veineux par les opérations sanglantes. Ce travail est basé sur une observation d'anévrysme artério-veineux poplité recueillie par M. Reclus dans le service de M. Verneuil. Une opération sanglante étant parfois formellement indiquée pour le traitement de ces anévrysmes, il importe de savoir à quel procédé il est préférable de recourir. Voici comment a procédé M. Verneuil dans le cas dont il s'agit ici : Après avoir obtenu l'ischémie du membre à l'aide de la bande d'Esmarch, il fit l'ouverture du sac; malgré l'ischémie, il y eut une grande quantité de sang perdue ; on fut obligé d'agrandir la plaie. Il y eut une lymphangite consécutive et la guérison fut obtenue après de grandes difficultés.

Dans ce cas, l'opération était-elle nécessaire? L'opération reconnue nécessaire, la méthode employée a-t-elle été la meilleure? L'opération était indiquée par ce fait que la compression et tous les autres moyens avaient été préalablement employés sans succès. En consultant les auteurs, on voit qu'il y a autant de procédés que d'opérateurs. Que faut-il toujours chercher dans une opération? L'efficacité, la bénignité et la facilité. Jusqu'ici les statistiques donnent 7 morts pour 20; mais il y a lieu de penser qu'avec l'ischémie et les pansements antiseptiques, les résultats, à l'avenir, pourront être beaucoup plus favorables.

Dans le cas dont il s'agit ici, M. Verneuil pense, en raison des difficultés qu'il a eu à surmonter, que la méthode qu'il a employée n'est pas bonne et qu'il est préférable de ne pas ouvrir la poche vasculaire. M. Reclus, qui soutient qu'il faut ouvrir, se fonde sur la perméabilité du sac continuant après la ligature des gros vaisseaux, le sang arrivant par des collatérales importantes. La perméabilité du sac n'empêche pas toujours la guérison de s'accomplir.

Si le même cas se présentait de nouveau à M. Verneuil, il ne ferait que lier au-dessus et au-dessous du sac et laisserait le sang y arriver par les collatérales. Peut-être emploierait-il les agents coagulants.

La méthode peut-elle s'appliquer à tous les cas? M. Verneuil répond négativement.

Résection du poignet. — M. OLLIER a pratiqué 22 fois cette opération; il a fait la résection totale du carpe, souvent de l'extrémité supérieure des métacarpiens et aussi des extrémités articulaires du cubitus et du radius. L'indication principale de cette opération est, pour M. Ollier, l'ostéo-arthrite. Les cas qu'il a observés se rapportent pour la plupart à des adultes. Les résultats qu'il a obtenus ont été bons ou mauvais suivant la période à laquelle se trouvait la maladie. Au début de ses recherches sur ce sujet, il a eu d'assez mauvais résultats, des récidives, des suppurations interminables, etc. On a dit que cette opération était plus dangereuse chez les tuberculeux que chez les autres malades. M. Ollier cite, au contraire, plusieurs cas qui montrent que cette opération peut guérir momentanément, pendant plusieurs années, des tuberculeux et même atténuer les accidents pulmonaires. On peut trouver dans les procédés opératoires l'explication de certains insuccès. L'articulation du poignet présente, au point de vue anatomique, des conditions toute différentes de celles des autres articulations, et sa résection demande beaucoup plus de temps et de minutie qu'une résection du coude ou du genou. Peut-on, dans la résection du poignet, appliquer les règles fondamentales de la méthode sous-périostée? Oui ; il n'y a pas d'objections au point de vue de la méthode opératoire. Y a-t-il des inconvénients au point de vue de la tuberculose ? Non ; à la condition qu'on ait bien soin d'enlever toutes fongosités suspectes. Faut-il faire des résections économiques ? Il y a ici une distinction à faire selon qu'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant ; chez ce dernier, il faut laisser le plus d'os possible ; chez l'adulte, on peut enlever complètement le carpe, il n'y a pas lieu de faire, chez lui, de la chirurgie parcimonieuse.

M. Ollier discute les procédés opératoires ; il y en a deux principaux, l'un qui consiste à faire deux incisions latérales combinées en vue de ménager les tendons de la région, l'autre à faire l'incision sur le dos de la main, suivant une ligne bistyloïdienne ; il faut poursuivre toutes les parties malades et les extraire. Grâce aux pansements antiseptiques, les résultats immédiats de l'opération sont très satisfaisants ; mais il ne faut pas espérer obtenir un résultat orthopédique suffisant avant cinq ou six mois ; il faut beaucoup de soins ; il faut chaque jour exercer une certaine mobilisation dans le membre opéré. Les mouvements de flexion reviennent assez vite ; il n'en est pas de même des mouvements d'extension qui sont beaucoup plus lents à revenir. M. Ollier montre plusieurs photographies provenant de malades opérés par lui.

Au point de vue orthopédique et fonctionnel, l'ablation des os du carpe peut être suivie de très bons résultats. Si l'on a eu, au point de vue de la tuberculose, des récidives plus fréquentes dans cette articulation que dans les autres, c'est qu'on y laisse plus facilement des fongosités. Un tuberculeux ne court pas plus de dangers par le fait de cette opération que par celui d'une amputation de l'avant-bras. M. Ollier est convaincu d'avoir augmenté, par cette opération, la somme de vie de plusieurs tuberculeux opérés.

M. POLAILLON rappelle avoir, dans un cas, pratiqué avec succès une résection du poignet ; il partage, relativement à cette opération, entièrement les opinions de M. Ollier. Dans le cas dont il s'agit, il avait fait deux incisions latérales ; puis, l'articulation ouverte, il avait procédé à son grattage ; il avait obtenu une réunion immédiate, mais il avait eu soin de placer deux tubes aux parties externe et interne.

A côté de ce fait, M. Polaillon en cite un autre, moins heureux au point de vue du résultat définitif, le malade étant mort d'arthrite suppurée du coude, mais tout aussi concluant au point de vue du résultat opératoire immédiat.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les chirurgiens des hôpitaux de Paris, réunis le 4 avril 1883, ont, si nous sommes bien informés, protesté à l'unanimité contre l'introduction des accoucheurs dans les jurys des concours de médecins et chirurgiens des hôpitaux. Cette mesure aurait, suivant eux, pour résultat la destruction à courte échéance de ces grands concours des hôpitaux qui ont jusqu'ici maintenu le niveau élevé de la chirurgie et de la médecine française.

— *Concours de l'agrégation.* — Les séances ont recommencé mercredi soir pour les candidats de la section de chirurgie. Voici l'ordre, tiré au sort, dans lequel ont lieu les épreuves orales de trois quarts d'heure après trois heures de préparation, tous les jours à cinq heures du soir; les samedis et dimanches exceptés :

4 avril, MM. Duret et Nélaton ; 5, MM. Auquier et Bohmer ; 6, MM. Piéchaud et Brun ; 9, MM. Lagrange et Jalaguier ; 10, MM. Baudry et Polasson ; 11, MM. Schwartz et Étienne ; 12, MM. Chandelux et Henriot ; 13, MM. Campenon et Segond ; 16, MM. Dubar et Le Bec ; 17, MM. Baraban et Sabatier ; 18, MM. Kirmisson et Marchand ; 19, MM. Dupaux et Picqué.

Dans la première séance, la question tirée au sort a été : « Des luxations spontanées des vertèbres cervicales » ; dans la seconde, la question était : « Le mal perforant ».

— Le concours du prosectorat de la Faculté de médecine de Paris a recommencé mardi soir, 3 avril 1883, par l'épreuve orale d'un quart d'heure après un quart d'heure de préparation. Cette seconde épreuve s'est terminée hier soir 5 avril. Les questions traitées ont été : 1° Des paupières (anatomie) ; 2° l'anatomie des lèvres.

Ont été reconnus admissibles : MM. Poirier, Michaux, Barette, Broca, Ricard, Verchère, Mesnard, Pousson et Tuffiez.

La troisième épreuve — préparation de pièces anatomiques pour laquelle il est accordé deux mois aux concurrents — commence aujourd'hui. La question tirée est : veines profondes du membre abdominal.

— Le concours de l'adjuvat commencera lundi prochain 9 avril, à midi et demi. Le jury se compose de MM. Béclard, Panas, Sappey, Reclus et Farabeuf.

Les candidats, au nombre de dix, sont : MM. Phocas, Hamonic, Barbulée, Assaky, Festal, Boiffin, Métaxas, Marciguey, Deschiens et Damalix.

— Par décrets, en date du 24 mars 1883, M. Luc, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité, et M. Mervy, médecin aide-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire, ont été nommés aux mêmes grades dans le corps des officiers de l'armée territoriale. — Emplois vacants par organisation.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 avril 1883, M. le docteur Regnard a été nommé inspecteur général des services administratifs (asiles d'aliénés), en remplacement de M. le docteur Lunier.

— Par arrêté préfectoral, en date du 30 mars 1883, ayant son effet du 1er janvier 1883, le traitement des pharmaciens des asiles publics d'aliénés de la Seine est fixé ainsi qu'il suit :

Sainte-Anne : minimum, 4,000 francs : maximum, 5,500 francs.
— Ville-Évrard : minimum, 3,000 francs : maximum, 4,500 francs.
— Vaucluse : minimum, 3,000 francs : maximum, 4,500 francs.

Le passage du minimum au maximum aura lieu par périodes de 500 francs tous les trois ans.

— Dans la séance d'avant-hier jeudi, le président de la Société d'anthropologie a fait connaître que, par une lettre datée de janvier 1867, notre regretté confrère M. le docteur Bertillon léguait à la Société la somme nécessaire pour la fondation bi-annuelle de 500 francs sur le modèle du prix Godard. Les fils de M. Bertillon ont demandé que ce prix fût spécialement consacré à des ouvrages de démographie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches sur le passage des éléments figurés à travers le placenta, suivies de considérations sur la variole fatale et la vaccination congénitale, par Jules Chambrelent. In-8° de 40 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14364.

N° 41. — MARDI 10 AVRIL 1883. 56e ANNÉE. MARDI 10 AVRIL 1883. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. Les alcoolisés : Action toxique de l'alcool; troubles de l'intelligence et des sens ; actes criminels. — Obstétrique. Accouchement prématuré provoqué chez une femme dont le bassin mesure 9 centimètres sans déduction. Application du forceps au détroit supérieur. Enfant vivant. Suite de couches normales. — Académie des Sciences. — Nouvelles. — Bulletin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Les alcoolisés (1).

ACTION TOXIQUE DE L'ALCOOL. — TROUBLES DE L'INTELLIGENCE ET DES SENS. — ACTES CRIMINELS.

IV

Troubles nerveux dans l'alcoolisme. — Les troubles nerveux dans l'alcoolisme peuvent être classés, si l'on tient compte de la forme qu'ils revêtent, de la rapidité avec laquelle ils évoluent, des allures qui dans les divers cas les spécialisent, en aigus, subaigus et chroniques.

Les symptômes qui constituent l'alcoolisme chronique sont à beaucoup près les plus communément observés. En effet, ils peuvent se montrer à l'état isolé, et lorsqu'on rencontre l'alcoolisme aigu ou subaigu, ces modalités particulières de l'empoisonnement se greffent d'habitude sur les manifestations de l'intoxication chronique. Il est donc important de bien connaître tout d'abord ces dernières. Leur étude est l'introduction obligée des phénomènes à allure parfois dramatique du delirium tremens.

Nous passerons successivement en revue l'alcoolisme chronique, puis l'alcoolisme aigu. La forme subaiguë nous servira de transition entre ces deux modalités extrêmes de l'empoisonnement.

I. Alcoolisme chronique. — Sous l'influence de l'intoxication par l'alcool, les diverses fonctions du système nerveux peuvent être plus ou moins profondément altérées dans leur jeu. La motilité, la sensibilité, l'intelligence, sont toujours lésées à des degrés divers.

a. Motilité. — Le *tremblement*, je vous l'ai déjà indiqué, est l'un des symptômes les plus précoces et les plus constants de l'alcoolisme chronique. Il présente dans ses caractères, son évolution, les conditions qui en facilitent l'apparition, une physionomie bien à lui. Si vous l'observez alors qu'il est déjà très prononcé, vous pouvez avoir affaire à un tremblement généralisé intéressant à la fois les quatre membres, la langue, les lèvres. Plus souvent, et toujours dans les premières périodes de l'intoxication, il est localisé et limité aux extrémités supérieures. Ce n'est que progressivement et par étapes qu'il se diffuse, envahissant successivement les mains, les bras, puis les jambes et la tête. Ce peut être chez les vieux alcoolisés un tremblement à peu près continu, mais l'un de ses caractères habituels est de se produire ou au moins de s'exaspérer à l'occasion des mouvements. C'est surtout lorsqu'on fait tendre la main au malade qu'on le voit apparaître. Lorsqu'un individu suspecté d'alcoolisme protestera devant vous de sa sobriété, invitez-le à jurer qu'il ne boit pas, vous verrez aussitôt la trémulation des mains s'accuser. Cette trémulation est plus prononcée ordinairement lorsque le malade est à jeun qu'après les repas ; vous la trouverez marquée surtout le matin au réveil, et fréquemment les alcoolisés ont quelque peine à s'habiller au moment du lever. C'est un tremblement rythmique à petites oscillations, qu'il est assez facile, en général, de distinguer des autres formes du tremblement, de celui de la *paralysis agitans*, par exemple, qui a lieu surtout au repos, ou de celui de la sclérose en plaques qui se produit, lui aussi, à l'occasion des mouvements, mais se caractérise par des oscillations à grande amplitude, augmentant d'étendue à mesure que l'effort se prolonge davantage.

Le tremblement s'accuse parfois à un tel point que les mains deviennent inhabiles à la préhension. Les jambes supportent mal le malade, la marche est incertaine, irrégulière. La parole, lorsque la langue se met de la partie, est hésitante, bégayée, et, dans quelques cas même, tout à fait inintelligible.

Il arrive qu'au tremblement s'ajoutent des spasmes ou des secousses rythmiques, analogues à celles qui seraient déterminées par une décharge électrique, telles qu'on les observe chez certaines hystériques ou dans l'épilepsie. D'autres fois on a affaire à des crampes, particulièrement à des crampes du mollet, à de véritables contractions musculaires involontaires, à des mouvements choréiformes constituant ce qu'on a appelé la *chorée des ivrognes*.

Ces divers troubles aboutissent souvent à une sorte de *parésie* plus ou moins généralisée du système musculaire, qui entraîne à sa suite une véritable impotence fonctionnelle. Tout effort musculaire devient impuissant : la difficulté de la préhension, de la marche, ne résulte plus dans ce cas, comme précédemment, de la trémulation ou des mouvements involontaires ; elle est le fait de la faiblesse.

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 avril 1883.

Toutefois, quelque prononcée que soit cette *parésie,* elle n'arrive jamais jusqu'à la *paralysie* vraie, et M. Lasègue a très justement fait observer que les malades conservent toujours le pouvoir de remuer leurs membres, quelque gênée et débile que soit devenue la contraction musculaire, sauf, bien entendu, le cas de lésion cérébrale spéciale, foyer de ramollissement ou autre, entraînant naturellement à sa suite ses conséquences habituelles.

Tous ces désordres du mouvement sont d'ailleurs remarquables par leur mobilité. Ils peuvent apparaître ou s'aggraver subitement, à la suite, par exemple, d'une attaque de delirium tremens, ou au contraire s'atténuer et subir des rémissions passagères.

La plupart des auteurs ont rapproché des troubles de la motilité chez les alcoolisés les accidents épileptiformes qu'on observe quelquefois chez ces malades et qu'on a groupés sous le terme général d'*épilepsie alcoolique.* L'histoire de l'épilepsie dans l'alcoolisme soulève de nombreuses questions nosologiques ou pratiques, sur lesquelles j'ai assez longuement insisté dans d'autres leçons (1), pour que je n'aie pas à y revenir ici. Toutefois il faut que vous sachiez bien qu'en effet l'intoxication par l'alcool peut déterminer l'apparition de véritables accès d'épilepsie, dont la physionomie est d'ailleurs la même en général que celle des attaques du mal comitial vulgaire, mais qui se spécialisent en ce sens qu'ils sont bien directement sous la dépendance de l'abus des spiritueux, puisqu'ils disparaissent d'ordinaire quand les malades reviennent à des habitudes plus sobres et se reproduisent au contraire lorsque ceux-ci s'adonnent de nouveau aux excès. Magnus Huss, contrairement à cette loi, a cependant rapporté des cas dans lesquels l'épilepsie chez les intoxiqués était apparue à la suite de la privation de l'eau-de-vie, et n'avait été guérie que par le retour à l'usage de cette boisson.

b. Sensibilité. — La sensibilité générale ou spéciale s'affecte très communément et à des degrés divers chez les individus qui s'adonnent aux boissons alcooliques. Les troubles les plus variés quant à la forme et à la localisation peuvent être observés : il s'agit tour à tour et quelquefois simultanément d'exagération, de perversion ou de perte du sentiment.

Les symptômes de cet ordre les plus habituels et les plus précoces consistent en des *maux de tête,* sorte de céphalalgie gravative qui s'accompagne souvent de vertiges et semble être en grande partie sous la dépendance du mauvais état des fonctions digestives, en des *malaises,* des *picotements,* des *fourmillements,* qui se font sentir surtout au niveau des membres et principalement après le coucher, sous l'influence de la chaleur du lit. Ces troubles néanmoins peuvent devenir permanents, se transformer en sensations plus pénibles, en élancements, par exemple, se généraliser et déterminer chez les malades des douleurs vives et continues.

D'autres fois, les alcoolisés accusent des sensations qui dénotent de l'hyperesthésie des sens, de la peau ou des parties profondes, notamment des muscles. On constate alors aux membres inférieurs, habituellement à la plante des pieds, des plaques plus ou moins étendues au niveau desquelles le malade éprouve un sentiment de cuisson, de brûlure, qui rend le contact pénible. Les muscles surtout du mollet deviennent douloureux à la pression ou sous l'influence de la contraction et des changements de position.

Tous ces troubles appartiennent aux premières périodes de l'intoxication ; fugaces et mobiles, ils finissent par faire place, si celle-ci s'aggrave, à l'*anesthésie* avec laquelle ils coïncident quelquefois.

L'anesthésie ou plutôt les anesthésies alcooliques peuvent revêtir des aspects très divers. L'insensibilité, en effet, est tantôt partielle, tantôt générale, passagère ou permanente ; elle intéresse seulement la peau ou simultanément les sens. Sa gravité, ses localisations multiples sont subordonnées, on le conçoit, à l'importance et à la diffusion des lésions cérébro-spinales : tantôt par sa circonscription à un département cutané déterminé, l'anesthésie semble dépendre de l'altération ou du trouble dans le fonctionnement d'un tronc nerveux ; tantôt par sa bilatéralité, par sa marche progressivement croissante, elle se rattache plus logiquement à un désordre spinal ; tantôt enfin par sa limitation à l'un des côtés du corps (Magnan), elle rentre dans le groupe si important des hémianesthésies dites d'origine cérébrale (Turk, Charcot).

D'habitude, voici comment les choses se passent : les doigts et les orteils commencent à s'engourdir, puis progressivement les pieds et les mains, les bras et les jambes. On a affaire tout d'abord plutôt à une simple diminution de la sensibilité qu'à une anesthésie vraie. Mais le désordre peut aller plus loin : l'anesthésie s'étend en même temps qu'elle s'accuse davantage, et un moment arrive où l'insensibilité cutanée est véritablement générale. Il s'agit là, à la vérité, d'un fait exceptionnel ; les alcoolisés atteints à ce degré sont tout à fait comparables à certaines hystériques. D'autres fois, l'insensibilité se limite à une moitié du corps. Il s'agit certainement alors, je vous l'ai dit, d'anesthésie de cause cérébrale ; alors le contact, la piqûre, le froid, cessent d'être sentis du côté intéressé ; la vue de ce même côté, l'odorat, l'ouïe, le goût, sont eux-mêmes affaiblis ou supprimés : c'est l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, dans la rigoureuse acception du mot ; forme exceptionnelle, mais bien digne d'être notée.

c. Intelligence. — Au milieu du cortège symptomatique dont je viens d'esquisser les traits principaux, les troubles intellectuels tiennent une place importante et méritent de fixer l'attention, particulièrement au point de vue des questions médico-légales que soulève leur étude. Ces troubles se succèdent, s'échelonnent en quelque sorte dans l'ordre de gravité croissante. Légers au début, et demandant pour être reconnus à être attentivement recherchés, ils aboutissent, dans quelques cas, à la folie vraie ou à la démence la plus complète. Ils peuvent être rangés sous trois chefs : modifications de l'*affectivité*, *hallucinations*, *affaiblissement intellectuel.*

Les premiers symptômes qu'on constate d'habitude consistent dans un changement du caractère et des habitudes. L'alcoolisé devient vite triste et morose. Il perd le sommeil. Autrefois laborieux et actif, soucieux de ses intérêts et de sa dignité, il néglige ses affaires, sa famille, pour s'adonner plus librement à sa déplorable passion. Toute initiative, toute énergie s'en va, et le malade finit par se traîner de débauche en débauche jusqu'aux derniers degrés de la démoralisation. Brutal, violent, querelleur, il se concentre en lui-même. A d'autres moments, il est honteux du penchant qui le dégrade.

Il a des hallucinations ou des illusions sensorielles, qui reviennent fréquemment, le jour et surtout la nuit. Les

(1) Legrand du Saulle, *les Épileptiques.* — *Gazette des hôpitaux,* 1877.

objets tremblotent devant les yeux, les images sont confuses et comme voilées par un nuage; les caractères d'imprimerie semblent danser et la lecture devient difficile d'abord, puis impossible. Certains malades se plaignent de voir de petits animaux courir le soir dans leur chambre; ce sont des insectes, des araignées, des rats. Ils aperçoivent des êtres fantastiques, des têtes qui s'approchent et s'éloignent de leur lit. Ils entendent des bruits indistincts, souvent gênants, quelquefois même inquiétants : celui de la pluie, d'un marteau frappant sur une enclume, d'une sonnette, d'un bourdon. Ces hallucinations de l'ouïe sont moins communes que celles de la vue. Mais les unes et les autres troublent le sommeil qui est agité, entrecoupé de rêves pénibles. L'alcoolisé s'effraye aisément : il laisse la lumière allumée toute la nuit dans sa chambre, comme pour se protéger contre les visions et les bruits qui l'obsèdent. Aux illusions et aux hallucinations auditives et visuelles se joignent quelquefois celles du *toucher*. Morel rapporte le cas d'un aliéné qui, atteint de formication dans les extrémités inférieures, suivait ordinairement, avec une sorte de niaise inquiétude, les mouvements d'un chat qui, en grimpant le long de ses jambes, lui enfonçait ses griffes dans les chairs. Dans le paroxysme de la douleur, l'illusion devenait complète, et le malade se serrait violemment le scrotum, croyant s'être emparé de l'animal.

Ces malades ont fréquemment des éblouissements, des défaillances, des syncopes. S'ils se promènent sur la voie publique, ils se sentent quelquefois faiblir, prennent un siège, s'évanouissent, et trop souvent les personnes qui se pressent autour d'eux prennent cet accident passager pour une attaque apoplectique.

On conçoit que tous ces troubles s'accompagnent à bref délai d'une déchéance plus ou moins profonde des facultés intellectuelles : la mémoire faiblit et en même temps que l'amnésie s'accuse, l'attention devient moins soutenue, la volonté plus incertaine; les conceptions sont plus lentes; la conversation est terne, enfantine, les mots sont prononcés indistinctement, c'est la décrépitude, ou, comme on l'a dit en se servant d'un mot trivial mais bien expressif, c'est l'*abrutissement*. Cet abrutissement de l'alcoolisé peut se prononcer à tel point que les malades deviennent de véritables *déments*, dans toute l'acception du mot. Gâteux et malpropres, ils ressemblent alors de tous points à ces déchus de divers ordres qui encombrent les asiles, et finissent par succomber dans les maisons d'aliénés, où leur place est naturellement marquée, après un long séjour, qui souvent fait perdre de vue, comme le remarque Marcé, le point de départ de l'affection.

L'alcoolisme peut enfin aboutir à la *paralysie générale*, dont il est l'une des causes assez communes, puisque sur 1,343 cas de cette affection, Contesse en a compté 106 développés sous l'influence de l'intoxication.

Tels sont les désordres que vous rencontrerez du côté du système nerveux chez les alcoolisés chroniques, et tel est l'ordre habituel dans lequel ces accidents se succèdent. Mais l'empoisonnement ne revêt pas toujours, je vous l'ai dit, les allures lentes que je viens de vous décrire. Les troubles, particulièrement les troubles intellectuels, se pressent ou s'accentuent sous diverses influences; de là des épisodes passagers ou plus ou moins durables, qui constituent les formes subaiguë et aiguë de l'intoxication.

OBSTÉTRIQUE

Accouchement prématuré provoqué chez une femme dont le bassin mesure 9 centimètres sans déduction. Application du forceps au détroit supérieur. Enfant vivant. Suites de couches normales (1).

Par le docteur Triaire (de Tours).

I

La femme L..., qui fait le sujet de cette observation, habite le petit village de Villeperdue, aux environs de Tours. Elle est âgée de trente-trois ans, de petite taille. La tête est grosse, les membres inférieurs légèrement incurvés. Le thorax ne présente ni malformation ni enchondrome; la colonne vertébrale, parfaitement droite dans sa partie supérieure et moyenne, offre une *ensellure* prononcée à la région lombaire. Le ventre est proéminent, *en besace*, l'ouverture des organes génitaux située très en arrière. Le doigt mesurant le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur arrive directement sur le promontoire et donne, pour le diamètre sacro-sous-pubien, 9 centimètres environ; ce qui porte, avec la déduction, à 7 centimètres 1/2 le diamètre sacro-pubien net.

Cette femme a eu cependant trois accouchements en y comprenant celui qui fait l'objet de cette note. Le premier a eu lieu en 1871. Assistée par un officier de santé qui tenta infructueusement plusieurs applications de forceps, elle fut finalement délivrée par le docteur Nivert, alors médecin à Tours, qui, après de longues et pénibles tractions, put enfin extraire un enfant qui avait cessé de vivre. Elle resta, dit-elle, trois mois malade après cet accouchement, et ses règles cessèrent d'être périodiques depuis cette époque pour se suspendre fréquemment plusieurs mois de suite.

En 1879, elle redevint enceinte; et appelé moi-même à l'accoucher, je constatai l'angustie du bassin, observai que la tête restait immobile au détroit supérieur, que les contractions, si vives qu'elles fussent, ne parvenaient pas à l'engager dans l'excavation, et qu'une énergique intervention s'imposait. Je procédai à une application de forceps qui, comme la précédente, fut exceptionnellement laborieuse, et je dus aussi déployer de longs efforts pour extraire un enfant qui resta également privé de vie. Les suites furent normales.

Je la prévins que, dans le cas où elle contracterait une nouvelle grossesse, il serait indispensable de l'accoucher avant terme, si elle voulait avoir une délivrance moins périlleuse et obtenir un enfant vivant. Je l'engageai à me prévenir vers le milieu de sa future gestation.

En 1882, elle devint en effet grosse une troisième fois et vint me consulter vers le mois de novembre. Je constate de nouveau le rétrécissement du bassin, et avant de revoir mes notes je trouve, par la mensuration, que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne dépasse pas 9 centimètres sans déduction, chiffre conforme à ma première observation.

Trop irrégulièrement menstruée pour que je puisse calculer, par la suspension de ses époques, la date précise de la fécondation, j'estime, par les mouvements actifs qu'elle a perçus pour la première fois le jour de la Toussaint (1er novembre), qu'elle était enceinte à cette époque de quatre mois et demi, et que sa grossesse doit remonter au 15 juin.

Fort courageuse et très énergique, possédée au plus haut degré du désir de donner le jour à un enfant vivant, Mme L... me supplie de lui pratiquer à terme la section césarienne. Convaincu, par l'expérience des accouchements précédents, quelque laborieux qu'ils aient été, que la viabilité de son enfant peut être obtenue avant le terme de la gestation sans lui faire encourir à elle-même aucun danger sérieux, je refuse de me rendre à sa demande et lui fais accepter l'intervention par la provocation du travail. De crainte

(1) Ce travail nous a été adressé par l'auteur le 11 mars dernier.

d'erreur chez cette femme mal réglée, je choisis l'époque la moins éloignée du terme de la grossesse et décide l'opération pour le 15 février. A cette date elle sera au plus enceinte de huit mois, certainement de plus de sept mois, et se trouvera en outre au moment correspondant à ses époques, circonstance qui favorisera la provocation de l'accouchement.

Le 15 février dernier, à dix heures du matin, je porte au delà de l'orifice interne l'ampoule excitatrice de M. Tarnier, dans laquelle j'introduis 50 grammes d'eau. Vers une heure, des contractions se font sentir, bientôt énergiques et rapprochées. A trois heures, l'ampoule se rompt en produisant une détonation d'une certaine violence. Mme David, sage-femme fort intelligente de Tours, qui ne quitte pas la parturiente, me fait aussitôt prévenir.

J'arrive auprès d'elle vers trois heures; les contractions se sont développées déjà assez vives et assez fréquentes. Le col est toujours long, mais l'orifice interne un peu perméable. J'y introduis un cône d'éponge préparé que je pousse au delà de cette ouverture et que je maintiens avec une autre petite éponge placée dans le vagin.

Les contractions durent toute la nuit, de plus en plus fréquentes et de plus en plus violentes; elles sont difficilement supportées par la femme. A sept heures du matin, j'arrive auprès d'elle et j'enlève les éponges. Le col a conservé encore une partie de sa longueur, mais est très mou, et la poche des eaux fait hernie à chaque contraction à travers les deux orifices. On peut déjà, quoique avec beaucoup de peine, sentir plutôt que préciser la présentation du sommet.

9 heures. Les douleurs sont intolérables, la présentation du sommet est certaine, mais la partie trop élevée pour reconnaître la position. Estimant que la résistance qu'oppose l'angustie pelvienne à l'engagement de la présentation à travers le détroit supérieur se trouve encore aggravée par un excès de liquide amniotique qu'il est facile d'apprécier, on rompt les membranes le plus en arrière possible, afin que le liquide ne s'évacue que partiellement et lentement et que son issue brusque n'expose pas au prolapsus du cordon très fréquent dans ces circonstances.

10 heures. Le col est plus effacé, mais les deux orifices sont encore sensibles et serrent légèrement le doigt pendant la contraction. La tête très élevée au-dessus du détroit supérieur. Les douleurs ont atteint une violence extraordinaire et sont hors de proportion avec l'influence plus que médiocre qu'elles exercent sur la dilatation de l'orifice. Il est évident que le travail, quoique je l'aie avancé d'un bon mois, prend les mêmes allures que durant les accouchements antérieurs.

Je me décide, dans l'intérêt de la mère qui ne peut souffrir plus longtemps et dans celui de l'enfant, à intervenir immédiatement malgré les apparentes difficultés matérielles que présente cette intervention. L'orifice ne paraît pas en effet suffisamment dilaté pour se prêter à une manœuvre obstétricale. Mais on sait, comme l'a fait observer Mme Lachapelle, que dans ces cas son resserrement est passif, est dû au défaut de soutien et de distension de ses bords, et que l'on peut compter sur une assez grande dilatabilité.

A la rigueur, en pratiquant au préalable la dilatation digitale et en m'y prenant lentement et doucement, je puis faire la version; si je parviens cependant à passer les cuillères du forceps à travers l'orifice, c'est à cet instrument auquel, pour des raisons que l'école obstétricale française a rendu classiques, je donnerai la préférence.

Mme L... étant complètement anesthésiée, la sage-femme est chargée d'abaisser et d'immobiliser la présentation à travers les parois abdominales. Je parviens assez rapidement à dilater suffisamment l'orifice pour glisser les cuillères du forceps qui sont solidement articulées et dont la prise paraît bonne.

Les efforts de traction sont assez laborieux, durent de douze à quinze minutes et dégagent un enfant un peu stupéfait d'abord, mais que les premiers soins ne tardent pas à ranimer.

L'enfant appartient au sexe féminin; elle a été saisie par son diamètre bi-temporal et porte les traces de la compression assez énergique qu'ont exigée les efforts de traction. Elle est menue, délicate et pèse un peu moins de trois livres. Trop faible pour prendre le sein, elle est nourrie, les premiers jours, avec le petit appareil que M. Depaul a bien voulu présenter en mon nom à l'Académie (1) et qui, évitant à l'enfant les efforts de la montée du lait et lui donnant une prise plus facile que le mamelon de la mère, constitue un véritable biberon maternel. Elle prend aujourd'hui le sein directement et vient très bien. Suites de couches physiologiques. La mère n'a même pas eu de fièvre de lait et s'est toujours très bien portée.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle du 2 avril 1883 (2). — Présidence de M. Jamin.

III

Nous donnons un autre prix de même valeur à M. G. Hayem, qui a soumis à notre jugement un livre intitulé : *Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques.*

Ces leçons, professées en 1881 dans la chaire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris, portent spécialement sur les émissions sanguines, la transfusion du sang, l'emploi thérapeutique du fer.

L'auteur énumère d'abord les faits connus, discute les théories émises, contrôle expérimentalement les résultats annoncés; puis, il joint à cette partie critique de son œuvre des expériences personnelles dont l'importance justifie notre proposition.

C'est ainsi que M. Hayem propose, pour la détermination de la masse du sang d'un animal, deux procédés nouveaux. L'un appartient à la *méthode directe*, plus sûre, mais qui nécessite la mort de l'animal en expérience; l'autre, à la *méthode indirecte*, qui s'emploie sur l'animal vivant. Il a également perfectionné les procédés de dosage de l'hémoglobine dans le sang.

D'autres recherches personnelles se lisent à presque tous les chapitres du livre que nous analysons. Les plus importantes, à coup sûr, ont trait à l'origine des globules sanguins et à la réparation du sang à la suite des hémorragies.

Après avoir critiqué et combattu énergiquement la théorie qui fait jouer à la moelle des os un rôle considérable dans la production et dans la destruction des globules rouges, et qui fait naître ceux-ci des globules blancs, devenant globules rouges à noyau, puis globules rouges adultes, M. Hayem expose une théorie personnelle qu'il a déduite de nombreuses expériences et investigations micrographiques.

Pour lui, les globules rouges des hématies dérivent d'éléments de même forme, mais d'un diamètre environ moitié moindre, auxquels il donne le nom d'*hématoblastes*. Ceux-ci apparaissent en grand nombre après les hémorragies, puis ils diminuent et se transforment en hématies à mesure que se fait la réparation sanguine.

Sans prendre parti dans cette question délicate, votre Commission estime que les recherches de M. Hayem sur le sang ont fait avancer nos connaissances sur ce sujet important et méritent l'honneur d'une haute récompense académique.

IV

Claude Bernard a démontré que la matière rouge du sang peut contracter avec l'oxyde de carbone une combinaison fixe, qui la rend incapable d'absorber l'oxygène de l'air. MM. Gréhant et Quinquaud ont eu l'idée d'utiliser cette propriété pour la mesure de la quantité de sang sur l'animal vivant.

Leur procédé est un cas particulier de la méthode dite *indirecte*,

---

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 21 novembre 1882.
(2) Fin. — Voir le numéro du 7 avril 1883.

qu'on pourrait appeler *méthode des mélanges*. Celle-ci consiste, comme on sait, à injecter dans le système circulatoire une certaine quantité d'une substance facile à reconnaître dans le sang; puis, après un temps qui est supposé nécessaire et suffisant pour que le mélange soit complet, à faire une saignée, et à rechercher quelle quantité de la substance injectée existe dans le liquide dont on a mesuré le volume. Une simple proportion donne alors le volume total du sang.

La principale objection faite à cette méthode se base sur l'élimination qui se fait très rapidement, surtout par le rein, d'une partie de la substance injectée. On ne peut pas l'opposer au procédé de MM. Gréhant et Quinquaud, car la combinaison de l'oxyde de carbone et de l'hémoglobine ne se détruit qu'à la longue et ne s'élimine pas.

Ces physiologistes font respirer à l'animal un air artificiel auquel ils ont mélangé une quantité connue d'oxyde de carbone, que l'expérience leur a démontré ne pas être mortelle.

Avant et après cet empoisonnement partiel, ils prélèvent un échantillon de sang et voient combien ce sang est capable d'absorber d'oxygène quand on l'agite avec l'air. La différence en moins obtenue dans la seconde saignée correspond à l'hémoglobine qui s'est unie à l'oxyde de carbone. Comme celui-ci, ainsi que l'avait démontré Claude Bernard, se combine avec la matière rouge en même volume que l'oxygène, on voit que la différence des volumes d'oxygène absorbé représente le volume d'oxyde de carbone combiné dans l'échantillon de sang prélevé. De cette notion et de celle du volume total de l'oxyde de carbone absorbé, rien de plus simple que de conclure la masse du sang.

Le mémoire que nous analysons contient le détail des précautions à prendre et la critique des procédés analytiques. Il donne les résultats de neuf expériences faites sur des chiens, résultats assez concordants, puisque le poids du sang n'a varié que de 1/11 à 1/14 du poids total du corps.

Ce procédé semble fort exact et paraît n'avoir d'autre inconvénient que sa délicatesse. Mais, entre des mains exercées, il rendra certainement les plus grands services. Les auteurs indiquent tout un plan d'expériences et se proposent de l'appliquer dans une grande quantité de circonstances intéressantes pour la physiologie et la pathologie.

Nous accordons en conséquence une mention de *quinze cents francs* à MM. Gréhant et Quinquaud.

V

Les travaux de M. F. Giraud-Teulon, également intéressants pour le physicien, le physiologiste et le médecin, sont bien connus de l'Académie. La plupart d'entre eux sont réunis dans un volume intitulé : *la Vision et ses anomalies*, que leur auteur a soumis à votre appréciation.

En reproduisant ses anciennes recherches, M. Giraud-Teulon y a introduit les résultats nouveaux acquis par sa longue expérience et empruntés aux progrès généraux de la science.

Il a fait ainsi un livre original en même temps qu'un ouvrage d'érudition, et ce *Cours théorique et pratique* est appelé à rendre les plus grands services aux élèves comme aux savants.

Votre Commission lui attribue une mention de *quinze cents francs*.

VI

Le livre de M. P. Mégnin, intitulé : *les Parasites et les maladies parasitaires chez l'homme, les animaux domestiques et les animaux sauvages avec lesquels ils peuvent être mis en contact*, est particulièrement consacré aux parasites articulés : Insectes, arachnides et crustacés.

Il contient une histoire complète et détaillée de chacun des animaux de cette catégorie, sa description, ses mœurs, ses métamorphoses, les lésions qu'il occasionne, les traitements qui peuvent le détruire. Un très grand nombre d'observations personnelles et de figures dessinées par l'auteur donnent à ce travail considérable un caractère original qui nous a déterminés à le récompenser par une mention de *quinze cents francs*.

VII

Parmi les autres travaux, très nombreux, qui ont été soumis à son examen pour le prix de médecine et de chirurgie, votre Commission a distingué les suivants, auxquels elle accorde des citations :

M. A. Borius, médecin de première classe de la marine, pour son livre sur les *Maladies du Sénégal;*

M. Cadiat, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pour son *Traité d'anatomie générale appliquée à la médecine;*

MM. L. Dubar et Ch. Rémy, pour leur travail sur l'*Absorption par le péritoine;*

M. H. Fournié, médecin-major, pour son travail du plus haut intérêt pratique : *Des premiers secours aux blessés sur les champs de bataille;*

M. E. Gavoy, médecin-major, pour son *Atlas d'anatomie topographique du cerveau et des localisations cérébrales;*

M. H. Leloir, interne des hôpitaux de Paris, pour ses intéressantes recherches relatives à la *structure de diverses affections cutanées et à l'influence du système nerveux sur leur production.*

Les conclusions de ce rapport sont successivement adoptées par l'Académie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les médecins des vingt bureaux de bienfaisance de la ville de Paris sont prorogés dans leurs fonctions, pour une année, à dater du 15 avril 1883.

Un règlement d'administration publique sur l'assistance à domicile à Paris, élaboré par une commission nommée par décret du 4 mai 1880, prévoyant des modifications au mode actuel de recrutement des médecins des bureaux de bienfaisance, doit prochainement être soumis au Conseil d'État, puis à l'approbation ministérielle. Dans ces conditions, on n'a pas cru devoir procéder à de nouvelles élections, tout en assurant le service jusqu'au jour où le nouveau règlement sera mis à exécution.

— Par arrêté préfectoral, en date du 23 mars 1883, M. le docteur Henri Daumas a été nommé médecin de l'état civil dans le 20e arrondissement de Paris (quartier de Charonne).

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les candidats aux thèses sont priés de déposer, au secrétariat, le vendredi au plus tard, l'engagement de leur imprimeur.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Polosson (Auguste), interne des hôpitaux de Lyon, est délégué, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Colrat, dont la délégation est expirée.

M. Parizot, chargé des fonctions de prosecteur, est nommé, pour trois ans, prosecteur.

M. Cénas (Louis), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, pour une période de trois ans, aide d'anatomie, en remplacement de M. Laguaite, appelé à d'autres fonctions.

M. Truc (Hermentaire), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, pour une période de deux ans, aide d'anatomie, en remplacement de M. Lamaraud, démissionnaire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Guérin, interne à l'hôpital d'Alger, est délégué provisoirement dans les fonctions de préparateur de physiologie (emploi nouveau).

— *École de médecine de Caen.* — M. Le Roy de Langevinière, ancien professeur à l'École, est nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Girod, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf années, suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Toussaint, professeur de physiologie, est autorisé à se faire suppléer, du 1er avril au 31 octobre 1883, par M. Fontaguères, suppléant.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Par suite de l'arrivée de M. le docteur Boucaud au terme réglementaire de ses fonctions, les mutations suivantes ont eu lieu à partir du 1er avril :

M. E. Clément passe de l'hôpital Saint-Pothin à l'Hôtel-Dieu. — M. H. Mollière passe de l'hôpital de la Croix-Rousse à Saint-Pothin. — M. Renaut entre à l'hôpital de la Croix-Rousse.

— Par décision ministérielle, en date du 4 avril 1883, les médecins militaires dont les noms suivent, ont été désignés, savoir :

M. Boulogne (E.-A.), médecin principal de première classe à l'hôpital de Vincennes, pour l'hôpital militaire de Marseille.

M. Aron (J.), médecin principal de première classe à l'hôpital militaire de Marseille, pour l'hôpital militaire de Rennes.

M. Chartier (C.-E.), médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Vincennes, détaché à l'hôpital Khéreddine (Tunisie), pour rentrer à l'hôpital de Vincennes.

M. Géniaux (C.-M.-J.), médecin-major de première classe au 141e régiment d'infanterie, pour l'hôpital militaire de Rennes.

M. Foulquier (A.), médecin-major de première classe au 121e régiment d'infanterie, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

M. Vigenaud (E.-C.-A.-N.), médecin-major de première classe au 88e régiment d'infanterie, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

M. Bléleau (C.-J.), médecin-major de deuxième classe au 11e régiment de hussards, pour l'hôpital militaire des Colinettes, à Lyon.

M. Dardignac (J.-J.-A.), médecin-major de deuxième classe au 38e régiment d'infanterie, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

M. Chenu (J.-B.-R.), médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, pour l'hôpital militaire de Toulouse.

M. Gils (J.-F.-A.), médecin-major de deuxième classe au dépôt du 142e d'infanterie, pour le dépôt du 94e régiment de même arme.

M. Jubiot (A.-M.), médecin-major de deuxième classe au 2e régiment de spahis, pour le 19e escadron du train des équipages (provisoirement).

M. Mussat (A.-E.-F.), médecin-major de deuxième classe au 9e régiment de hussards, pour le dépôt du 102e régiment d'infanterie.

M. Lartigue (L.-J.-H.), médecin-major de deuxième classe, au dépôt du 56e régiment d'infanterie, pour le 2e régiment de spahis.

M. Maire (M.-H.), médecin-major de deuxième classe au 8e régiment de hussards, pour le 11e régiment de même arme.

M. Durand (E.-E.), médecin-major de deuxième classe au 7e régiment de dragons, pour le dépôt du 139e régiment d'infanterie.

M. Granier (J.-F.), médecin-major de deuxième classe, provisoirement au bataillon du 38e régiment d'infanterie détaché à El-Ayacha (Tunisie), pour rentrer à la portion principale du 38e régiment d'infanterie.

M. Warion (H.-P.-C.), médecin-major de deuxième classe, provisoirement au bataillon du 63e régiment d'infanterie, détaché à Dellys (division d'Alger), pour le 2e régiment de hussards.

M. Vauthier (A.-F.), médecin-major de deuxième classe, provisoirement au 135e régiment d'infanterie, pour le 7e régiment de dragons.

M. Soulié (J.-B.-H.), médecin-major de deuxième classe, provisoirement au 19e escadron du train des équipages militaires, pour être mis à la disposition du général commandant le corps d'occupation de Tunisie.

M. Capdevielle (L.), médecin-major de deuxième classe au 9e régiment d'infanterie, pour le dépôt du 142e régiment de même arme.

M. Spire (E.-J.), médecin aide-major de première classe, pour ordre aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, détaché à l'hôpital de Sousse (Tunisie), pour le dépôt du 10e régiment de hussards.

M. Duponchel (P.), médecin aide-major de première classe, pour ordre aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, détaché à Mateur (Tunisie), pour le 59e régiment d'infanterie.

M. Moissonnier (P.), pharmacien-major de première classe, pour ordre aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, détaché à l'hôpital de Sousse (Tunisie), pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

M. David (P.-A.), pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, pour l'hôpital militaire de Vincennes.

M. Jehl (X.), pharmacien-major de deuxième classe, pour ordre aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, détaché à l'hôpital du Kef (Tunisie), pour l'hôpital militaire du camp de Châlons.

M. Simon (A.-M.-A.), pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, détaché à l'hôpital militaire de Kairouan (Tunisie), pour l'hôpital militaire de Bourges.

— Par décision ministérielle en date du 5 avril 1883, M. Chupin (A.-F.-A.-G.), médecin-major de deuxième classe au 24e régiment de dragons, est passé au 114e régiment d'infanterie (dépôt), par permutation, par convenances personnelles, avec M. Amiard-Fortinière (T.-M.).

— M. Xavier Charmes, directeur du secrétariat au ministère de l'instruction publique, est chargé de représenter la France à la conférence des échanges internationaux qui doit se réunir à Bruxelles le 10 avril 1883. — M. Alphonse Passier, sous-chef de bureau au ministère de l'instruction publique (service des échanges internationaux), est délégué à la même conférence.

M. Xavier Charmes et M. Alphonse Passier sont en outre chargés de se rendre en Hollande, pour s'entendre avec le gouvernement néerlandais, afin de rendre plus précises et plus régulières les relations d'échanges internationaux entre les Pays-Bas et la France.

— La Société française de tempérance, dans sa séance solennelle du 8 avril 1883, a décerné : une médaille de vermeil à M. le docteur Chancerel, premier adjoint au maire de Caen; des médailles d'argent à MM. les docteurs Barthélemy et Joseph Girou, à M. Paul Bussière et à M. le marquis Jacques Turgot; 229 diplômes de membre associé honoraire, 12 médailles d'argent, 200 médailles de bronze et 530 diplômes de témoignage de satisfaction; 4 livrets de caisse d'épargne et 48 livrets de caisse d'épargne postale (620 fr.); 87 comptes rendus du congrès international de 1878, 116 manuels Picard, 403 volumes de ses bulletins, 1,014 exemplaires des années 1880 à 1882 du *Bon Conseiller* et 352 abonnements 1883 et 1884 à ce journal, publié sous son patronage.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Alfred Fournier commencera son cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 13 avril 1883, à neuf heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Les mardis la leçon aura lieu dans les salles du service, les vendredis elle aura lieu à l'amphithéâtre.

— *Muséum.* — M. le professeur Bureau commencera le cours de botanique (classification des familles naturelles) le samedi 14 avril 1883, à midi et demi, et le continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure. Il exposera cette année l'histoire des principales familles de plantes appartenant à l'embranchement des dicotylédones et étudiera principalement le groupe des gamopétales. Chaque famille sera étudiée au point de vue de ses caractères, de ses affinités, de son origine dans le temps et de sa distribution géographique actuelle.

Le cours sera à la fois théorique et pratique. La leçon d'ouverture aura lieu dans le grand amphithéâtre, de même que les leçons théoriques suivantes, lesquelles auront lieu le samedi. Les

leçons pratiques auront lieu deux fois par semaine : le mardi à midi et demi et le samedi à une heure et demie, dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63.

Des herborisations feront partie du cours de botanique ; elles se feront le dimanche.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Experimentelle Studien über die quantitativen Veraenderungen des Haemoglobingehaltes im Blute bei septischem Fieber, von Dr. Friedrich Mobitz (inaugural-dissertation). In-8. — Dorpat, H. Laakmann, 1883.

Ein Beitrag zur Physiologie des Muskels, von Dr. Edgard Grubert (inaugural-dissertation). In-8. — Dorpat, H. Laakmann, 1883.

Der chronische Nasen- und Rachen-Katarrh, mit einer Einleitung über den Spezialismus in der Medizin, von Dr. Maximilian Bresgen, in Franckfurt am Main; mit 11 in den Text gedruckten Abbildungen. — Zweite vollstandig umgearbeitete und bedeutend erweirterte Auflage. In-8. — Wien und Leipzig, Urban und Scharzenberg, 1883.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14373.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital du Midi. Phagédénisme syphilitique. — Anesthésie. Action des mélanges de vapeurs de chloroforme et d'air. — Thérapeutique. L'anorexie et les sécrétions gastriques et pancréatiques. — Académie de Médecine. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la fièvre typhoïde est close. Elle s'est terminée par une dissertation magistrale de M. Fauvel et par une dernière réplique de M. Peter.

M. Fauvel a commencé par déclarer qu'il ne ferait pas intervenir la doctrine des microbes dans sa conception étiologique de la fièvre typhoïde. On les a cherchés en vain jusqu'à présent; et leur absence, comme leur présence, ne modifierait en rien les faits d'observation et les lois qui en découlent. Ces faits et ces lois, suivant M. Fauvel, peuvent être résumés ainsi : La fièvre typhoïde est une maladie *sui generis*, née d'un germe spécifique, transmissible, et qui confère à ceux qui l'ont eue une fois l'immunité pour l'avenir. Elle se présente en France sous deux états : à l'état endémique dans les grandes villes, à l'état épidémique dans les petites localités. L'encombrement, la misère et toutes les sources d'insalubrité, les eaux malsaines, les égouts, les latrines, etc., n'engendrent pas le principe spécifique de la fièvre typhoïde, mais toutes ces mauvaises conditions réunies dans les habitations de nos grandes cités ont une part puissante à son développement, à sa propagation et à sa gravité. Dans les petites localités où la fièvre typhoïde ne se montre qu'à l'état d'épidémie, on remonte presque toujours à l'importation, elle se développe plus ou moins selon les circonstances locales; c'est alors qu'à leur tour les eaux chargées du principe infectieux et des autres causes communes d'insalubrité jouent leur rôle en concourant à la propagation de l'épidémie.

Telle est, en peu de mots, la doctrine exposée par M. Fauvel, doctrine dans laquelle une cause spécifique inconnue a la première part, la part d'impulsion, les causes dites banales n'arrivant qu'en second lieu, pour développer, propager, accroître les effets de la première.

Nous ne voyons plus trop, vu l'impuissance où nous sommes de saisir la cause spécifique, d'en prévenir l'évolution et d'en combattre les effets sur place, en quoi cette notion nous sert beaucoup en pratique, et en quoi la doctrine étiologique de M. Fauvel diffère beaucoup de celle dite des causes banales, puisque c'est à ces causes banales, en définitive, qu'il faut en venir dans la prophylaxie, comme les seules sur lesquelles nous ayons quelque prise.

Ceci nous conduit à la conclusion générale et à la moralité à tirer de cette longue discussion, qui n'a pas occupé l'Académie moins de six mois.

Cette conclusion ressort de la petite discussion, courte mais très animée, qui a suivi la proposition, faite par M. le président, de nommer une commission chargée de résumer les points principaux qui ressortent de ces débats, pour en faire ensuite l'objet d'une communication aux pouvoirs publics.

Que communiquerez-vous aux pouvoirs publics, en admettant que vous ayez le droit de leur adresser des avis qu'ils ne vous demandent pas, s'est écrié M. Blot, qui remplit volontiers à l'Académie le rôle des chœurs dans les tragédies grecques? Votre ignorance sur la cause spécifique de la fièvre typhoïde? Vos incertitudes et vos désaccords sur les moyens de traitement? — La boutade était peu flatteuse pour l'Académie, bien qu'assez vraie au fond. Assurément il a été prononcé dans cette discussion de très beaux et très savants discours; il y a été dépensé beaucoup de science et de talent; il y a été dit des choses excellentes et pleines de sens pratique, à côté des hautes prétentions scientifiques qui attendent encore leur sanction de l'avenir; il y a été discuté et éclairé divers points importants de la pathogénie et de l'évolution de la fièvre typhoïde; et quelques-uns des phénomènes physiologico-pathologiques qui y jouent un rôle essentiel, tels que l'hyperthermie dont se sont tant occupés depuis quelque temps les cliniciens et les thérapeutistes expérimentateurs, ont été ramenés des exagérations et des préoccupations trop exclusives dont ils avaient été l'objet à la mesure vraie de leur valeur et de leur importance clinique. Chacun de nous, dans sa pratique ou dans ses études ultérieures, fera son profit de ce qu'il aura pu apprendre et retenir de cette discussion. Mais où y a-t-il là matière à des propositions, à des jugements, qu'on puisse résumer, condenser et appeler les propositions, les jugements de l'Académie; à une formule de traitement fixe et invariable, qu'on puisse offrir au public médical, en lui disant : Voilà le traitement de l'Académie?

Autrement se présente la question, si des points de vue étiologique et thérapeutique, nous passons aux points de vue de la prophylaxie; non pas de la prophylaxie étiologique, dont la condition principale, la connaissance même de la cause nous échappe encore, malgré tout ce qu'on en a dit, mais de la prophylaxie hygiénique, de la prophylaxie des

causes banales, comme on les a appelées, causes accessoires, adjuvantes, mais saisissables et accessibles à nos moyens d'action, et par là même prenant une importance de premier ordre. Voilà les points de la question, largement traités dès le début de cette discussion, qui l'ont en quelque sorte constamment dominée, jusque dans ses écarts, et auxquels il faut revenir, comme étant les seuls qui puissent faire l'objet de conclusions formelles, de propositions fermes à soumettre aux pouvoirs publics. C'est ce qui ressort encore une fois et du dernier discours prononcé hier à la tribune, celui de M. Fauvel, et de l'adjuration chaleureuse que M. J. Rochard a adressée à la fin de la séance à ses collègues, à l'appui de la proposition de M. le président. C'est sur cette adjuration que l'Académie, après un premier vote indécis, a voté à une grande majorité la nomination d'une commission chargée de rédiger ces conclusions.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Phagédénisme syphilitique (1).

III

Je ne reviendrai pas ici sur la description du phagédénisme syphilitique primitif; je vous renvoie à ce que je vous en ai dit lorsque je vous ai parlé des complications du chancre infectant. Il est loin d'avoir l'importance et la gravité du phagédénisme tertiaire qui va nous occuper exclusivement. Tous les deux procèdent cependant de la même source et sont engendrés par la même disposition organique. Seulement, au début de la syphilis, les lésions même les plus graves sont loin d'être aussi opiniâtrément extensives que plus tard, elles se guérissent plus vite, soit d'elles-mêmes, soit sous l'influence d'un traitement spécifique. Ces deux phagédénismes présentent parfois la même physionomie et produisent les mêmes délabrements lorsque le second envahit les organes génitaux. Il arrive très souvent qu'on prend les lésions tertiaires de ces organes pour le résultat d'une contagion ou d'une réinfection.

Le phagédénisme tertiaire est loin d'être toujours identique à lui-même ; sa physionomie est même très variée, parce qu'il procède suivant des modes divers, qu'il possède de nombreux degrés comme étendue et profondeur, comme marche et comme durée, et enfin parce qu'il est plus ou moins modifié par les régions sur lesquelles il se développe.

Dans une des dernières leçons, vous avez vu que les syphilodermies tertiaires ulcéraient souvent les tissus avec une régularité presque mathématique et donnaient lieu à des pertes de substance en nappes ou en bandes, creusées suivant des lignes géométriquement circulaires ou elliptiques. Que ces ulcérations, au lieu de se circonscrire et de se cicatriser, deviennent phagédéniques, c'est-à-dire s'étendent et se perpétuent indéfiniment, elles n'en conserveront pas moins la même configuration ; leur physionomie ne sera pas changée. Elles s'agrandiront systématiquement dans le même sens, suivant le même mode et les conditions nouvelles de malignité qui s'imposeront à elles n'auront pour effet que d'augmenter leurs dimensions et d'élargir sans mesure le théâtre de leur action destructive. Ce phagédénisme régulier, systématique, marche avec une grande lenteur et se perpétue pendant des mois et des années. A sa chronicité ajoutez ces deux autres caractères : il est souvent superficiel et accompagné d'un processus réparateur qui comble et cicatrise les pertes de substance au fur et à mesure de leur formation. Il est assez difficile de dire quel est au début son élément générateur. Il complique les deux syphilides tertiaires ecthymateuses et tuberculeuses, mais pas avec la même fréquence ; il m'a paru beaucoup plus fréquent dans la seconde que dans la première. Le foyer initial est une pustule d'emblée ou par fonte d'un tubercule ; quelquefois, au lieu d'une seule, il y en a plusieurs très rapprochées ou confondues. Quoi qu'il en soit, l'ulcération s'élargit sans cesse et également dans tous les sens ; elle reste circulaire ou ovalaire, se réunit à des ulcérations voisines et donne lieu à des pertes de substance plus ou moins vastes qui suppurent et sont à vif dans toute leur étendue et présentent par le fait de leur fusion des contours polycycliques. C'est ainsi que procèdent presque toujours l'impétigo, l'ecthyma, le rupia phagédénisés. Une partie de la peau ou toute son épaisseur est entamée. Mais la destruction se fait par nappes arrondies et en surface.

Il existe presque toujours un rapport inverse entre l'action extensive et l'action perforante du phagédénisme. Prenez, par exemple, l'impétigo rodens ; c'est à peine s'il érode les couches les plus superficielles de la peau ; en revanche, il est très extensif, il s'étale au loin et envahit tout un territoire cutané, la face, le cuir chevelu, et en général la partie supérieure du corps. Je serais tenté d'appeler ce phagédénisme *exfoliateur* ou *épidermo-papillaire*. Vous avez vu, il y a quelque temps, ce malade dont tout le cuir chevelu était couvert de croûtes impétigineuses au-dessous desquelles il existait de vastes ulcérations confluentes. Il a guéri très vite et presque sans aucune perte de substance. Tous ses cheveux ont repoussé, et aujourd'hui on ne se douterait pas qu'il y avait là une plaie phagédénique.

Une modalité phagédénique très commune est la suivante qui se montre surtout dans les syphilodermies tuberculo-ulcéreuses phagédéniques. Dès que le petit foyer initial formé d'un seul tubercule ou de plusieurs est devenu ulcéreux et s'est élargi, son centre se répare et se convertit en un noyau cicatriciel qui suit parfois, par son agrandissement continu et régulièrement circulaire, l'action rayonnante et centrifuge du phagédénisme. Je vous ai décrit ce processus et il est inutile d'y revenir ici avec détail. Qu'il me suffise de vous rappeler que le fossé ulcéreux est en général superficiel ou du moins peu profond ; que son bord externe, celui par lequel il s'élargit, est abrupt, épais et empâté de néoplasie tuberculeuse ; que l'interne, au contraire, s'élève vers le centre par une pente douce ; qu'il y a continuité ou segmentation dans le cercle ulcéreux et que la segmentation ainsi que l'élévation de la croûte au-dessus des parties voisines est un indice de réparation, etc. Ce phagédénisme est essentiellement chronique ; il conserve la même physionomie et la même allure pendant toute sa durée. Sa configuration circulaire est quelquefois un peu modifiée par la résistance inégale que lui opposent les parties de la peau qu'il envahit. Sur la surface interne des extrémités dont la peau est plus tendre et plus fine que celle de la face externe, il devient ovalaire et allongé dans le sens de leur axe. Sur la tête et sur le tronc les grandes bandes ulcéreuses restent circulaires. Ce phagédénisme est généralement très superficiel ; il ne laisse quelquefois à sa suite qu'une pigmentation d'un

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 avril 1883.

brun noirâtre au milieu de laquelle apparaît, à mesure qu'elle s'efface, une atrophie cicatricielle de la peau souvent imperceptible, même dans les cas où le processus a été remarquable par son extension et sa durée.

Un mode de phagédénisme qui se rapproche beaucoup du précédent et qui, selon moi, n'en est qu'une variété, c'est le phagédénisme serpigineux. Voici comment il débute : sur le foyer tuberculo-ulcéreux initial, le travail réparateur, au lieu de se faire au centre de la lésion, comble la moitié, le tiers ou le quart de l'ulcération. Mais ce qui en reste s'avance toujours suivant une ligne droite, courbe ou brisée, et ce débris du foyer primitif, dans lequel se concentre toute l'action phagédénisante, semblable à une fusée, à une comète, serpente en laissant après lui une traînée cicatricielle onduleuse ou en zigzag. Ces bandes serpentines faisant suite à cette tête ulcérée qui conserve à peu près la même forme et les mêmes dimensions pendant toute sa durée, ont fait comparer à un serpent cette sorte de phagédénisme. Comme le phagédénisme rayonnant et centrifuge, il est superficiel et relativement peu dangereux. Il peut aussi durer indéfiniment.

Lorsque l'action morbide se précipite et s'empare avidement et sans ordre de tout ce qui s'offre à elle, le phagédénisme devient irrégulier, *ataxique,* radicalement destructeur, profond et térébrant. Il dévore la peau dans tous les sens, s'insinue dans le tissu cellulaire sous-cutané, excave, perfore, anéantit à tort et à travers, comme un agent qui ferait explosion au sein des tissus. Il y a, en effet, souvent, mais pas toujours, quelque chose d'inattendu, sinon de foudroyant, dans ses effets. C'est de beaucoup le plus mauvais de tous les modes destructeurs. Il a pour point de départ, pour foyer comme tous les autres, une ulcération, mais une ulcération qui a des racines profondes, qui est produite et entretenue par une néoplasie tuberculo-gommeuse incessante, aiguë, intarissable, s'étalant en nappes épaisses, envahissant tout le derme, fusant dans l'hypoderme et même au delà jusqu'aux muscles, au périoste, aux os, etc. Voilà le vrai phagédénisme tertiaire, il attaque les muqueuses et le tissu sous-muqueux avec une malignité tout aussi grande que celle qu'il déploie sur les téguments extérieurs. Il y produit même des ravages plus insidieux, plus profonds, plus irréparables. Je ne me suis pas occupé jusqu'ici de la syphilose des membranes muqueuses, parce que je vous en ferai ultérieurement l'histoire détaillée, lorsque je décrirai la syphilis tertiaire des différents organes internes dont elle est une des parties constituantes. Les symptômes de cette syphilose sont beaucoup plus variés que ceux de la syphilose cutanée et ne se prêtent pas à la même description générale. Je me bornerai à vous énumérer aujourd'hui les principales conséquences du phagédénisme des membranes muqueuses.

Le phagédénisme térébrant commence en général par détruire la peau ou les muqueuses. Quelquefois cependant, il a son point de départ dans leur tissu conjonctif soustégumentaire. Il débute par le ramollissement d'une gomme envahissante ou d'une suffusion gommeuse et il dévore simultanément le derme et l'hypoderme. Il s'attaque alors aux aponévroses et aux tissus fibreux qui lui opposent un obstacle plus sérieux et l'enrayent quelquefois dans sa marche perforante. Mais cette barrière, il la corrode, la franchit et va au delà. C'est alors que, se donnant libre carrière, il creuse au milieu des muscles de vastes anfractuosités, s'insinue dans leurs interstices, dissèque et isole les vaisseaux, ronge le périoste et dénude les os. Ceux-ci se nécrosent et les parties molles dont ils formaient la charpente solide s'affaissent et s'effondrent. Les effroyables délabrements causés par le phagédénisme tertiaire s'observent principalement sur la figure et dans la cavité pharyngonasale. Le nez est celui qui en souffre le plus cruellement ; la perforation de sa cloison, la destruction de ses ailes et de toutes les narines sont un jeu pour ce processus. Les os propres de l'organe : branche montante du maxillaire, vomer, cornets, ethmoïde, tout cela peut être emporté par lui, sans compter la voûte palatine osseuse, le voile du palais, les piliers, etc. Alors les fosses nasales, la bouche, les arrière-narines et le pharynx ne forment plus qu'une immense caverne aux anfractuosités ulcéreuses sans cesse grandissantes. A cet horrible degré, le phagédénisme est rare. Quelquefois, dans la région pharyngo-nasale, il se borne à dévorer plus ou moins rapidement les parties molles, qu'il détruit en totalité ou en partie.

Il ne s'attaque qu'exceptionnellement et sur certains points au squelette. Mais on le voit ravager pendant des mois et des années entières l'isthme du gosier, le pharynx, les fosses nasales et la bouche, envahir le larynx, la trachée et l'œsophage en détruisant les muqueuses, le tissu cellulaire, les muscles, les cartilages et les os. Ce qui ajoute encore à la gravité extrême de ce phagédénisme, c'est que la répararation des dégâts qu'il a causés est encore plus dangereuse souvent que la destruction des organes. Ainsi, dans les cavités, dans les conduits, les pertes de substance sont suivies d'une cicatrisation qui diminue leurs dimensions et leur calibre, soude les parties qui doivent rester séparées, gêne la circulation de l'air et des aliments, et finit par produire des atrésies permanentes, naso et buccogutturales, laryngo-rachéales et œsophagiennes. Vous devinerez sans peine quelles conséquences funestes entraînent de pareilles lésions contre lesquelles la médication spécifique est absolument impuissante. Le cas le plus extraordinaire et le plus lamentable de phagédénisme tertiaire est celui dont Delpech (de Montpellier) a raconté l'histoire : pour commencer, le palais, la voûte palatine, les os du nez furent détruits, et une énorme caverne béante remplaça la bouche et le pharynx ; puis presque tous les os de la tête furent attaqués, détruits ou éliminés, même le sphénoïde, une partie du coronal et, chose plus étrange, l'angle basilaire tout entier de l'occipital.

ANESTHÉSIE

Action des mélanges de vapeurs de chloroforme et d'air.

Par M. le professeur Paul Bert, membre de l'Institut.

J'ai montré quelle était la dose maniable du mélange de vapeurs de chloroforme et d'air chez le chien. 10 grammes de chloroforme vaporisés dans 100 litres d'air anesthésient le chien ; 20 grammes de chloroforme dans 100 litres d'air le tuent. Il fallait savoir si, en continuant l'expérience pendant plusieurs heures, on aurait les mêmes résultats. Grâce à un outillage particulier, j'ai pu faire durer l'expérience jusqu'à dix heures de suite ; voici les résultats auxquels je suis arrivé :

2 grammes de chloroforme vaporisés dans 100 litres d'air ne produisent rien d'appréciable ; 4 grammes dans 100 litres d'air ont pu être respirés pendant neuf heures et demie sans troubles, ni diminution de la sensibilité, mais on observe déjà, dans ce cas, un abaissement de la température qui peut être de 4 à 5 degrés.

6, 7 et 8 grammes de chloroforme dans 100 litres d'air produisent une grande diminution de la sensibilité, mais très longue à se manifester ; la température s'abaisse beaucoup ; après sept heures d'expériences, l'animal meurt avec une température de 30° ; à 10 pour 100, l'insensibilité arrive très rapidement en quelques minutes ; la mort en deux heures ou deux heures et demie, la température s'abaissant à 36°, 33°, etc. ; à 14 pour 100, mort en une heure un quart ; à 18, mort en vingt-cinq minutes ; à 20, mort foudroyante ; il y a donc deux points brusques, un point brusque d'insensibilisation et un point brusque de mort soudaine.

La température s'abaisse toujours en proportion de la durée de l'expérience. Aux doses de 6, 7 pour 100, il est possible de tuer les animaux ; la température s'abaisse sans que l'insensibilité ait été obtenue. Voilà donc un animal tué sans que son système nerveux soit attaqué. Il semble donc que l'organisme tout entier soit atteint, que les anesthésiques agissent sur toutes les cellules vivantes. De quelque manière que la mort survienne, les battements du cœur persistent toujours jusqu'à la fin. Le chloroforme n'agit donc pas sur le cœur. Il faut tenir compte de l'inégalité que présentent certains animaux sous l'influence du chloroforme. Je crois pouvoir, dès maintenant, formuler ces conclusions que tout procédé continu de chloroformisation amène fatalement la mort ; qu'il faut donc recourir aux intermittences dans l'administration du chloroforme, que les animaux, préalablement saignés, sont beaucoup plus sensibles au chloroforme et bien plus exposés à mourir, qu'enfin le procédé qui donnera le plus de sécurité sera celui qui consiste à donner à un chien une dose rapidement toxique (12 à 14 pour 100) et, aussitôt que le chien est bien endormi, à poursuivre l'anesthésie avec des doses faibles (3 à 6 p. 100). C'est là un procédé qui ressemble beaucoup au procédé qui a été désigné, en clinique, sous le nom de procédé de foudroiement.

THÉRAPEUTIQUE

L'anorexie et les sécrétions gastriques et pancréatiques.

Par M. le docteur S. Labastide.

De récentes expériences de suralimentation chez les phtisiques nous portent à admettre que les glandes à pepsine et à pancréatine possèdent toujours en excès les sucs nécessaires à la digestion. Dans cet ordre d'idée, l'anorexie serait la cause première de tous les désordres et de l'intolérance de l'estomac ; les observations de M. Coiffier (du Puy), consignées dans le *Courrier médical* du 13 janvier, semblent démontrer, en effet, que l'anorexie est sous la dépendance de la vue et de l'odorat et expliquer le succès de M. Debove à l'aide de la sonde œsophagienne.

Nous reconnaissons la valeur de ces travaux et la compétence de nos distingués confrères ; cependant nous sommes convaincu de la complexité du phénomène de l'inanition ; selon nous, les sécrétions gastriques et pancréatiques sont plus ou moins atteintes par la misère physiologique, et l'anorexie, qui en est la conséquence, vient compliquer la situation en rendant parfois toute alimentation ordinaire impossible. Pour soutenir cette thèse, qu'il nous soit d'abord permis de rappeler à nos lecteurs l'opinion des physiologistes sur cette matière :

Schiff pense que les aliments dissous passent dans les veines mésentériques et de là dans le sang pour revenir ensuite par l'artère splénique dans la rate ; selon lui, la rate ainsi nourrie a pour fonction de transformer les peptones en pancréatogène, et c'est seulement alors que les aliments ont été transformés, que le pancréas contient de la *pancréatine et que la seconde digestion, de beaucoup la plus importante, peut s'effectuer.*

Heidenhain arrive aux mêmes conclusions en suivant une autre théorie : il admet que dans les cellules sécrétoires du pancréas il y a un corps qu'il appelle « zymogène » ; ce corps n'est pas un ferment, mais il est apte à le devenir sous l'influence de l'air ou de l'eau tiède. Selon lui, le pancréas se charge de zymogène, six heures environ après la digestion des aliments ; cette production atteint son maximum vers la vingtième heure ; mais, ajoute-t-il, si l'animal est affamé, la glande ne contient pas de zymogène, et elle est inerte.

Les expériences de M. Hersen semblent concilier les deux théories précédentes ; comme M. Heidenhain, il prouve que le pancréas d'un chien à jeun est inerte, mais, dit-il, comme l'a avancé Schiff, ce pancréas inerte devient très actif lorsqu'il est broyé avec la rate d'un chien qui a fait un copieux repas.

Ainsi donc, selon M. Hersen, le pancréas, sous l'influence des matières pancréatogènes contenues dans le sang, se charge de zymogène, mais ce zymogène ne devient *pancréatine* que lorsque la rate, abondamment nourrie par le sang chargé de la digestion, lui a fourni un ferment spécial nécessaire à cette transformation.

Afin de montrer que l'observation clinique est d'accord avec la théorie, qu'il nous soit permis de citer une simple observation où nous verrons l'anorexie disparaître et la tolérance de l'estomac s'établir sous l'influence de la nutrition obtenue par l'intermédiaire du rectum.

Marie P... (de la Marne) est âgée de quatorze ans ; ses père et mère sont morts de la poitrine ; elle a toujours été chétive et malingre ; son sternum est en carène.

En septembre 1881, la croissance achève de l'affaiblir et l'oblige à s'aliter. L'huile de foie de morue, le fer, le quinquina, n'améliorent pas son état ; l'appétit est nul, les aliments lui inspirent du dégoût et elle n'accepte volontiers que quelques feuilles de salade ; son médecin ordinaire cesse ses visites, enjoignant de continuer les toniques et l'huile de foie de morue.

En février 1882, je suis appelé, comme ami de la famille ; l'état général n'avait fait qu'empirer, l'enfant semblait perdue et ma perplexité était grande ; je prescrivis cependant des dragées d'iodure de fer, des frictions sur le sternum et l'abdomen avec la pommade iodurée. Les dragées ne purent être prises.

Je songeai à relever les forces de la jeune malade avec le vin de peptone ; il fut aussitôt rejeté comme les aliments ordinaires ; je pensai alors à la peptone en lavement. Cinq fois par jour, on administre à la malade une cueillerée de peptone dans quatre cuillerées d'eau tiède additionnées de trois gouttes de laudanum.

Ces lavements sont bien supportés ; le surlendemain, fait bien digne de remarque, l'enfant accepte sans répugnance et digère une noix de côtelette.

Ce réveil de l'appétit concorde trop bien avec l'entrée en scène des peptones pour que je ne leur en attribue pas tout le mérite.

Ainsi donc, nous le répétons, dans la misère physiologique, dans l'anémie, la phtisie, le malade se trouve enfermé dans un cercle vicieux, son sang appauvri ne peut alimenter les glandes à pepsine et à pancréatine, l'appétit est nul et l'estomac intolérant, et la cachexie s'aggrave parce qu'il ne peut digérer. Si alors on présente à l'absorption des aliments plastiques digérés artificiellement, la *Peptone Defresne* par exemple (je cite cette peptone parce que son titre, 25 °/₀, nous est garanti par les analyses qui ont été rapportées dans le *Bulletin de thérapeutique*, 15 mars 1881, et par l'annonce elle-même, elle est d'ailleurs jugée savoureuse par les malades), il y a lieu de penser que les sécrétions gastrique et pancréatique deviendront plus abondantes, la faim plus vive.

C'est ainsi que les choses se sont passées chez ma jeune malade, j'étais émerveillé du résultat ; je lui fis prendre alors la *peptone Defresne* par la bouche à la dose de cinq cuillerées par jour, tantôt dans du vin de Lunel, tantôt dans un peu d'eau tiède et salée ; elle prenait simultanément quelque peu de viande grillée, de poisson, de légumes et journellement deux dragées d'iodure de fer ; huit jours plus tard elle était debout et jouait dans le jardin avec les enfants de son âge. Si je n'avais pas eu la ressource d'un nutriment assimilable, je suis convaincu que la pauvre enfant n'aurait jamais quitté son lit.

Je conseillai à son tuteur de lui continuer jusqu'à l'âge de vingt ans l'usage de la peptone à la dose de deux cuillerées par jour ; je pense que sous l'influence de cette nutrition complémentaire la

cachexie scrofuleuse disparaîtra, et j'ose espérer qu'avec le secours de cette nutrition intense nous éviterons l'explosion de la phtisie héréditaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 avril 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

M. le docteur Layet (de Bordeaux) se porte candidat au titre de correspondant; M. le docteur Clémenceau de la Loquerie adresse une étude démographique sur la mortalité de la ville de Fontenay-le-Comte de 1877 à 1882; M. le docteur Apostoli envoie un pli cacheté sur un nouveau traitement des fibromes de l'utérus; M. le docteur Kanellis (d'Athènes), une note sur la production du choc précordial; M. le docteur Eude, médecin-major, une étude sur l'état sanitaire dans un casernement à pavillons isolés.

RAPPORTS

Lésions consécutives à une fracture du crâne; localisations cérébrales. — M. Polaillon lit un rapport sur un travail, écrit en italien, de M. le docteur Giuseppe Silvestrini, sur une trépanation faite pour remédier à des accidents tardifs d'une fracture du crâne.

De l'analyse du travail de M. Silvestrini, M. le rapporteur retient comme une nouvelle preuve des localisations cérébrales les faits suivants : compression et irritation, par un caillot, de la partie supérieure du sillon de Rollando, où se place le centre moteur du membre supérieur et du membre inférieur qui avaient été le siège de convulsions épileptiques et de paralysie; abcès siégeant dans le centre moteur du langage, d'où l'aphasie constatée pendant la vie. Quant au centre moteur des muscles de la moitié inférieure de la face, qui est encore mal déterminé, le fait de M. Silvestrini confirmerait l'opinion de MM. Charcot et Pitres, qui le placent en arrière du centre de la parole au-dessous de l'extrémité inférieure du sillon de Rollando, dans le point où existait précisément un abcès.

M. le rapporteur conclut en proposant à l'Académie de voter des remerciements à M. Silvestrini et de déposer son intéressant travail dans les archives. (Adopté.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

La parole est à M. Fauvel.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. Fauvel tient à relever certaines opinions erronées qui ont éte émises dans la discussion actuelle sur la fièvre typhoïde. Les faits et les considérations qu'il vient présenter sont le résultat d'études entreprises depuis longtemps et qu'il a déjà fait connaître à la Commission de l'assainissement de Paris. Il ne fera pas intervenir ici la doctrine des microbes dont la présence ou l'absence ne modifie en rien les faits dont il a à parler. Admirateur des travaux de Pasteur et animé du vif désir de voir se réaliser leurs promesses, M. Fauvel regrette d'avoir vu M. Peter, dont il partage l'opinion sur beaucoup de points, emprunter la plupart de ses arguments aux ennemis déclarés de M. Pasteur. Quant à M. Bouley, dont les convictions sont également respectables, il a fait preuve d'un enthousiasme exagéré. M. Pasteur, on le sait, ne tient lui-même pour acquis que les faits qu'il a publiés; c'est pourquoi il n'a pu encore se prononcer relativement à la fièvre typhoïde dont le microbe s'est jusqu'ici dérobé aux recherches les plus minutieuses; et cependant chaque jour amène la découverte d'un microbe nouveau; il y a, en ce moment, une véritable *furia microbienne* qui s'est emparée des esprits; or ce ne sont pas les ennemis les plus déclarés de M. Pasteur qui sont le plus à craindre pour lui et sa doctrine, mais bien ses amis trop enthousiastes, ses adeptes trop fervents qui pourront lui faire dire un jour : « Qui me débarrassera de mes amis? »

M. Fauvel entre ici dans son sujet : Qu'entendons-nous par fièvre typhoïde? On sait que, dans plusieurs pays, on décrit sous ce nom plusieurs maladies différentes. En Angleterre, par exemple, il règne encore une certaine confusion entre le typhus et la fièvre typhoïde. En France, cette confusion n'est pas possible, puisque le typhus n'y existe pas, sauf de très rares exceptions; aussi, sous le nom de fièvre typhoïde, n'entendons-nous que la maladie qui a été si bien et si complètement décrite par Louis, Chomel, Bouillaud, la maladie que Littré a appelée la dothiénentérie; c'est une maladie *sui generis*, née d'un germe spécifique, qui confère à ceux qui en ont été atteints, une immunité plus ou moins grande, plus ou moins durable; il n'est pas permis de confondre avec elle certains états typhiques ou septicémiques qu'on rencontre dans diverses affections médicales ou chirurgicales.

Après avoir ainsi bien caractérisé ce que l'on doit entendre par fièvre typhoïde ou dothiénentérie, M. Fauvel passe à l'étude des conditions étiologiques de cette affection. En résumé, des considérations et des faits qui précèdent, M. Fauvel tire les conclusions suivantes :

La dothiénentérie ou fièvre typhoïde se présente en France dans deux conditions différentes : 1° à l'état endémique ou permanent, dans les grands centres populeux; 2° à l'état épidémique, observé surtout dans les petites localités.

L'état endémique, à Paris, est caractérisé principalement par l'immunité générale mais non absolue dont jouit la population native par rapport à la dothiénentérie, soit par le fait d'une attaque subie, soit par une sorte d'accoutumance contractée dès l'enfance. Les étrangers, au contraire, ne jouissent pas du même privilège lorsqu'ils ne sont pas dans les conditions qui donnent l'immunité; telles sont principalement certaines catégories d'ouvriers et les soldats.

L'état endémique présente des oscillations saisonnières plus ou moins tranchées. Depuis plusieurs années, le nombre des cas de fièvre typhoïde a été croissant à Paris, et l'année dernière, il a atteint un chiffre élevé; mais ce nombre semble proportionné à celui de la population flottante susceptible de contracter la maladie.

L'immunité relative dont jouissent les Parisiens s'oppose à ce que la dothiénentérie acquière à Paris les proportions d'une grande épidémie.

L'encombrement, la misère, toutes les sources d'insalubrité, les eaux malsaines, les égouts, les latrines, les fosses d'aisances, les dépotoirs, n'engendrent pas le principe spécifique de la fièvre typhoïde pas plus qu'elles ne font naître le germe de la variole, mais il est certain que l'encombrement et toutes les causes d'insalubrité réunies dans les habitations ont une part puissante au développement, à la propagation et à la gravité de la maladie.

Les égouts, les fosses fixes, les dépotoirs, malgré les inconvénients graves qu'ils présentent, n'ont pas pour effet de propager directement la dothiénentérie, par la raison que tous les germes spécifiques des maladies humaines y sont détruits par le méphitisme. Ce méphitisme est très dangereux à un autre point de vue, mais c'est à son action sur les germes contagieux que les vidangeurs et les égoutiers doivent d'échapper aux diverses maladies qui peuvent avoir pour réceptacles les matières fécales.

Les germes contagieux ne sont pas détruits seulement par le méphitisme fécal, mais encore par l'action oxydante de l'air qui a le double avantage de détruire les germes contagieux et en même temps de neutraliser le méphitisme. De sorte que dans la question si difficile de l'assainissement des égouts de Paris, les deux indications principales à remplir sont : de l'eau en abondance pour empêcher la stagnation des matières et une aération constante pour les assainir.

Dans les petites localités où apparaît la dothiénentérie sous forme épidémique, on remonte presque toujours au fait d'importation et l'épidémie se développe plus ou moins selon les circonstances locales qui en favorisent le développement. C'est alors que les eaux chargées du principe infectieux jouent un grand rôle.

Encore ici les causes d'insalubrité n'ont pas fait naître le germe de la maladie, mais elles ont contribué à le provoquer. L'épidémie s'éteint sans laisser de traces et sans que l'insalubrité dans le village ait disparu.

M. Fauvel termine en signalant l'analogie frappante qui existe entre la manière dont se comporte la dothiénentérie en France et celle qu'affectent les maladies pestilentielles endémiques (choléra, fièvre jaune, peste) : mêmes foyers endémiques, où les natifs sont épargnés et où les étrangers puisent le germe de la maladie ; mêmes épidémies plus ou moins lointaines, importées des foyers endémiques exempts de la maladie.

Cette analogie ne donne-t-elle pas à penser que la dothiénentérie se rattache à une loi commune qui régit ces grandes manifestations pestilentielles?

M. PETER ne veut ajouter que quelques mots à sa précédente argumentation :

Mon esprit, dit-il, n'est pas fermé aux idées de progrès : il ne l'est qu'aux idées erronées et dangereuses. J'ai voulu surtout combattre des doctrines que je considère comme dangereuses, appliquées à la médecine humaine, doctrines n'ayant eu jusqu'ici que des applications à la médecine vétérinaire et n'ayant d'ailleurs pas reçu du temps ni de l'observation une consécration suffisante. La doctrine pastorienne renferme, je le reconnais, deux idées séduisantes, mais non moins périlleuses que séduisantes, celle de l'atténuation des virus et celle de l'inoculation préventive de ces virus atténués ; or il y a eu des accidents à la suite de ces inoculations, soit que le virus n'ait pas été suffisamment atténué, soit que le support vivant, qui l'a reçu, ait présenté une prédisposition, une réceptivité spéciales. En outre, l'immunité ainsi acquise est de courte durée, ce qui entraîne l'obligation de renouveler ces inoculations, et, partant, leurs dangers.

S'il ne s'agissait que de réserver ces applications à l'agronomie ou à la médecine vétérinaire, je pourrais me désintéresser de la question ; mais il en est tout autrement quand il s'agit d'appliquer cette doctrine à la médecine humaine ; il y a là une question de médecine sociale, pour ainsi dire, dont je ne saurais me désintéresser, que je considère de mon devoir de défendre et de protéger contre les envahissements de la chimiatrie.

Il se passera encore un grand nombre d'années avant qu'un Saint-Arnaud de l'avenir ne puisse faire bénéficier ses soldats du vaccin du choléra ou qu'un Rochard de l'avenir ne puisse vacciner ses marins contre la fièvre jaune ; ce sont là des hypothèses bien vagues, des espérances bien décevantes et même dangereuses, car, comme l'a justement dit M. Jaccoud, avec cette façon de procéder, il peut arriver qu'en visant le microbe on abatte le patient, ce que j'ai moi-même répété, sous une autre forme, en disant que la médication microbicide devenait parfois une médication homicide. Là est le péril, il n'est pas ailleurs ; il faudrait fermer les yeux à la lumière pour ne pas la voir. Voilà le danger que je considère comme un devoir de combattre ; je n'y faillirai pas.

Permettez-moi d'invoquer en terminant un souvenir personnel : Il y a bientôt près de trente ans, en 1855, j'étais assis sur ce banc des journalistes, derrière le fauteuil que je devais occuper plus tard et j'écoutais, silencieusement ému, un des hommes qui ont illustré cette tribune, combattre une idée nouvelle, basée sur la cellule cancéreuse et qui devait révolutionner le vieille chirurgie ; c'était Velpeau, qui ne craignait pas de perdre un peu de sa popularité et dont l'esprit semblait alors à beaucoup d'autres également fermé au progrès ; or Velpeau avait raison ; la cellule cancéreuse a vécu et la vieille chirurgie est restée debout. De même aujourd'hui je m'élève contre ce qu'il y a d'antisocial dans la doctrine parasiticide appliquée à la médecine humaine et, comme j'ai le même courage que Velpeau, j'espère avoir le même bonheur.

M. LE PRÉSIDENT déclare close la discussion sur la fièvre typhoïde. Il rappelle que plusieurs des orateurs qui ont pris part à cette discussion ont émis des propositions qui devraient être soumises au gouvernement. En conséquence, il propose de nommer une commission destinée à étudier les questions de prophylaxie qui ont été soulevées et à soumettre des conclusions aux autorités compétentes.

Une discussion s'élève sur ce sujet.

MM. BLOT et **CHATIN** sont opposés à la nomination de cette commission, la discussion qui vient d'avoir lieu n'ayant rien appris relativement à la prophylaxie et au traitement de la fièvre typhoïde.

M. ROCHARD proteste avec énergie et rappelle avoir lui-même formulé plusieurs propositions, ainsi que M. Marjolin, qui méritent d'être prises en sérieuse considération. En supposant, avec M. Fauvel, ce que n'admet pas M. Rochard, que l'encombrement, l'insalubrité, les eaux, les égouts, etc., ne soient que des causes banales, incapables de produire de toutes pièces des épidémies de fièvre typhoïde, il n'en reste pas moins acquis, aux yeux de M. Fauvel aussi bien qu'à ceux de M. Blot, que ces conditions d'encombrement, d'insalubrité ne peuvent que favoriser le développement des épidémies, que les dépotoirs qui infectent l'air et les eaux de Paris, s'ils ne sont pour rien dans l'épidémie de fièvre typhoïde que nous venons de traverser, n'en sont pas moins malsains et dangereux pour la population parisienne ; que les eaux de la Seine et de l'Ourcq ne sont pas des eaux potables ; que les garnis infects occupés actuellement par un très grand nombre d'ouvriers constituent des conditions hygiéniques déplorables, etc., etc.; qu'en conséquence il appartient à l'Académie de signaler ces dangers à l'autorité compétente et de lui indiquer les moyens d'y remédier dans les mesures du possible. C'est pourquoi M. Rochard maintient sa proposition, qui est de nommer une commission chargée d'étudier la question.

La proposition de M. Rochard est mise aux voix et adoptée. Cette commission sera composée de MM. Rochard, Fauvel, Bergeron et Hardy.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation. — Les questions données dans les troisième, quatrième et cinquième séances (épreuve orale, section de chirurgie) ont été :

1° Vendredi 6 avril. — MM. Piéchaud et Brun : « Tétanos traumatique » ;

2° Lundi 9 avril. — MM. Lagrange et Jalaguier : « Les tumeurs du corps thyroïde » ;

3° Mardi 10 avril. — MM. Baudry et Polasson : « L'ectropion ».

M. Auquier s'est retiré du concours.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours de l'adjuvat a commencé, lundi 9 avril 1883, à midi et demi. Les candidats ont eu comme question écrite (première épreuve) : 1° Anatomie : « la muqueuse de l'intestin grêle » ; 2° Physiologie : « la digestion de l'intestin grêle ».

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Domerc, décédé à l'âge de soixante et un ans, lundi à quatre heures du soir. Médecin honoraire de l'Assistance publique, notre confrère avait été président de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris.

— Par décret, en date du 5 avril 1883, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, dans le cadre des officiers de réserve (emplois vacants par organisation) : MM. les docteurs Aussourd, Delattre, Montignac, Delage, Mosqueron, Hubert, Rouxeau, Passano, Gille, Barthez, Adam, Badolle, Tarrius, Boude et Buet.

— Par décret en date du 6 avril 1883, M. Goinard (E.-J.-Y.), médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale (emploi vacant par organisation).

— Par décision ministérielle en date du 9 avril 1883, M. Cha-

bert (J.-B.-A.), médecin principal de deuxième classe à l'École d'application de cavalerie, a été désigné pour passer à l'hôpital militaire de la Rochelle, où il remplira les fonctions de médecin en chef.

M. Bourot (M.-P.-A.), médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, a été désigné pour passer à l'École d'application de cavalerie.

— La Société protectrice de l'enfance met au concours :

1° Pour l'année 1883, la question suivante : « Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les localités, quelle a été l'influence de la loi Roussel sur l'industrie nourricière. » — Le prix sera de 500 francs.

2° Pour l'année 1884, la question suivante : « Des convulsions chez les enfants du premier âge, de leurs causes et de leur traitement. » — Le prix sera de 500 francs.

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1883, pour la première question, et avant le 1er novembre 1884, pour la deuxième question, au secrétaire général de la Société, M. le Dr Blache, rue des Beaux-Arts, 4.

Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs ; ils pourront seulement en faire prendre copie. Les membres du conseil d'administration sont seuls exclus du concours. Les concurrents ne devront pas se faire connaître ; ils joindront à leur envoi un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

— M. le docteur Rémy, chef de clinique à l'hôpital de la Charité (service de M. le professeur Hardy), commencera jeudi 12 avril 1883, à dix heures et demie du matin, des conférences publiques d'anatomie pathologique, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Ces conférences auront lieu dans l'amphithéâtre voisin de celui des autopsies.

— M. le docteur Lœwe, médecin en chef de la Policlinique de Berlin, nous prie d'avertir les médecins français qui seraient dans l'intention de se rendre dans cette ville, que la Policlinique se trouve Louisenstrasse, 51, vis-à-vis l'hôpital de la Charité. Des cours spéciaux d'otologie, de rhinoscopie, de dermatologie, de syphiliologie, d'électrothérapie et d'ophtalmologie y ont lieu régulièrement. Chaque cours commence le 1er du mois et dure trente jours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14382.

N° 43. — SAMEDI 14 AVRIL 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 14 AVRIL 1883. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. De la convalescence et des rechutes de la fièvre typhoïde. — Le zona. — Obstétrique. Accouchement prématuré provoqué chez une femme dont le bassin mesure 9 centimètres sans déduction. Application du forceps au détroit supérieur. Enfant vivant. Suite de couches normales. — Société de Chirurgie. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la convalescence et des rechutes de la fièvre typhoïde.

« Étude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde. » Tel est le sujet de thèse qu'a eu à traiter M. le docteur Hutinel pour le concours d'agrégation, dont il est, par parenthèse, sorti vainqueur. Bien que les deux points de la question soient en réalité connexes, ils prêtent cependant l'un et l'autre à des considérations tellement étendues que chacun d'eux, considéré séparément, eût parfaitement suffi pour servir de texte à une dissertation. Ce que le jury n'a pas jugé à propos de faire et ce que l'auteur de la thèse ne pouvait se permettre, nous avons l'entière liberté de le faire et nous en userons en nous bornant pour cette Revue à la partie de cette thèse qui concerne la convalescence, réservant pour une autre la question des rechutes.

CONVALESCENCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Assurément l'histoire de la convalescence, c'est-à-dire de la réparation graduelle qui succède aux désordres produits dans l'économie par l'évolution d'une maladie grave, est un des phénomènes physiologico-pathologiques les plus intéressants à étudier. Ce n'est pas précisément de cette convalescence régulière que nous entendons parler ici, mais des nombreux incidents morbides qui la traversent et la retardent, constituant à leur tour comme autant d'états morbides consécutifs et finissant par subsister en quelque sorte pour leur propre compte. C'est à ce point de vue, qui est encore de la pathologie, et une sorte de pathologie spéciale, que nous allons parcourir rapidement la thèse de M. Hutinel. Peu de maladies offrent, dans la période de la convalescence, autant d'intérêt à ce point de vue que la fièvre typhoïde.

M. Hutinel, dans les quelques généralités placées en tête de son travail, fait la remarque très juste que la convalescence envisagée d'une façon générale, c'est-à-dire dégagée des rapports qu'elle affecte nécessairement avec les maladies dont elle est la suite, n'est qu'une abstraction pure. Il n'y a pas une convalescence. Chaque état morbide comporte son mode de réparation spécial, en rapport avec la nature du mal, avec sa durée, son intensité et surtout avec le siège des désordres qu'il a produits. En y regardant de plus près encore, on voit qu'à la suite d'une même maladie les caractères de la convalescence sont loin d'être semblables chez tous les sujets. De même qu'il n'y a pas deux malades qui présentent les mêmes symptômes, les mêmes lésions, chez qui la fièvre et les combustions marchent d'un pas égal, de même la réparation ne saurait être identique chez tous les sujets.

C'est à la lumière de ces principes que M. Hutinel va étudier la convalescence de la fièvre typhoïde. Comme cette affection, essentiellement infectieuse, atteint toute la substance, tous les organes ont été frappés à des degrés divers, et il y a partout, lorsque la maladie arrive à sa fin, des éléments frappés de mort ou en pleine dégénérescence, des cellules qui devront être éliminées ; d'où d'énormes vides à combler, le grand travail de réparation à effectuer. C'est là le côté physiologique intéressant de la question. Mais ce travail de réparation ne se fait pas sans tâtonnements, sans hésitations, sans difficultés et sans mille circonstances accidentelles qui viennent l'entraver, le retarder, le faire régresser même quelquefois. Ce sont ces accidents qui vont particulièrement nous occuper ici.

Parmi les accidents principaux ou les plus communs de la convalescence de la fièvre typhoïde, accidents qui ont le plus souvent leur cause dans la persistance de lésions mal réparées, nous en trouvons quelques-uns sur lesquels des recherches récentes ont jeté quelques lumières, d'autres qui laissent encore des points obcurs ou indécis dans leur origine.

Au premier rang figurent les parotidites, sur la genèse desquelles on a beaucoup discuté, ainsi que sur leur valeur séméiologique, et qui ont été ramenées à une origine très simple par Schutzenberger, qui les a rattachées aux altérations buccales qui auraient pour effet d'oblitérer le canal de Sténon, la parotide n'étant plus ainsi qu'une inflammation par rétention ; les lésions de l'arrière-bouche et du pharynx ; les angines dont Lasègue a si bien tracé les caractères et signalé le processus ; la diphtérie secondaire ; les accidents gastriques soit par inanition, soit par gastropathie ou véritable gastrite, gastrite démontrée par les recherches récentes de MM. Landouzy, Cornil, Chauffard, et qui aurait une part active, sinon exclusive, dans la production des troubles dyspeptiques de la convalescence.

Toutefois tous les accidents gastriques de la convalescence ne reconnaissent pas pour cause une lésion profonde de la muqueuse stomacale. L'indigestion, fréquente dans les premiers jours, s'accompagne parfois de symptômes alarmants ; l'estomac est devenu intolérant, les vomissements et la diarrhée persistent et entraînent parfois à leur suite des conséquences graves, un dépérissement graduel et nécessitent une intervention thérapeutique active.

Les accidents qui ont l'intestin pour point de départ sont de beaucoup les plus nombreux et les plus graves. Les diarrhées persistantes finissent par amener l'épuisement comme les vomissements. Par contre, la constipation, si fréquente dans ces circonstances, devient quelquefois le point de départ de typhlites ou d'abcès de la fosse iliaque. Viennent ensuite les hémorragies intestinales, tout à fait exceptionnelles au début de la convalescence ; la perforation intestinale, appartenant presque exclusivement, comme les hémorragies, à la période d'état ; les péritonites par autre cause que la perforation de l'intestin, également rares ; les inflammations du foie, la cirrhose hypertrophique ; les lésions de la rate ; les abcès des fosses ischio-rectales.

Pour l'appareil circulatoire, nous trouvons l'endocardite, la myocardite, que l'on a rendue responsable des syncopes mortelles qui se produisent parfois dans le cours de la convalescence. On sait que M. Hayem a beaucoup insisté sur la dégénérescence granuleuse des fibres-cellules du cœur dans la convalescence de la fièvre typhoïde et qu'il a donné un signe, la persistance à la pointe du cœur d'un souffle doux, musical, systolique chez un malade ayant des tendances à la syncope, comme devant faire craindre la mort subite. On connaît, d'un autre côté, la théorie proposée par M. Dieulafoy pour l'explication de ces morts subites, d'après laquelle l'arrêt du cœur se fait par le bulbe et les racines du pneumo-gastrique, de quelque point que parte l'action réflexe qui les met en jeu. M. Huchard a cherché à réunir ces diverses opinions dans une théorie éclectique où il admet non seulement la syncope, mais l'association de la syncope, dépendant d'altérations plus ou moins prononcées du myocarde avec l'ischémie cérébrale, conséquence d'une nutrition imparfaite par un sang profondément vicié. M. Hutinel paraît incliner davantage vers la théorie de M. Dieulafoy.

Nous allons trouver encore ici les lésions artérielles et les gangrènes des extrémités qui en sont les conséquences et la part qui revient dans la production de ces derniers phénomènes à la thrombose ou à l'embolie, question assez profondément fouillée.

Les laryngites œdémateuses et nécrosiques sont les lésions de l'appareil respiratoire les plus importantes de la convalescence. Il n'y avait pas beaucoup à ajouter à ce que l'on sait à cet égard depuis les travaux déjà anciens de Rokitanski, Dittrick, Sestier et MM. Charcot et Dechambre.

C'est surtout le système nerveux qui est le siège d'une grande variété de lésions et de troubles accidentels consécutifs à la fièvre typhoïde. Sans nous arrêter sur les délires de la convalescence dont nous avons si souvent rapporté des exemples et leurs diverses formes, nous allons droit au chapitre des troubles sensitifs et moteurs, où nous trouvons les faits les plus importants de paralysies groupées sous trois chefs, les paralysies à type cérébral, les paralysies à type spinal et celles qui sont d'origine périphérique. Ce sont les paralysies spinales surtout qui ont le plus fixé l'attention dans ces derniers temps ; c'est à ce type, en effet, qu'appartient le plus grand nombre des paralysies de la convalescence. Les recherches les plus récentes sur ce point s'accordent à faire rentrer dans la myélite subaiguë, passagère et le plus souvent curable, la plupart de ces paralysies de la convalescence que Gubler et nous-même avions considérées dans le temps comme de simples paralysies asthéniques. Nous en avons vu un exemple tout récent à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vulpian.

Parmi les lésions que peuvent présenter certains appareils dans la convalescence de la fièvre typhoïde, M. Hutinel signale, comme ayant été assez fréquentes dans les dernières épidémies, les ostéo-myélites et périostites, qui n'avaient été indiquées jusque-là que d'une façon exceptionnelle.

MALADIES INTERCURRENTES.

Parmi les maladies qui peuvent survenir dans le cours de la convalescence de la fièvre typhoïde, à titre de maladies intercurrentes, il en est une qui méritait d'arrêter l'attention de M. Hutinel : c'est la tuberculose.

Quelle est l'influence qu'exerce la fièvre typhoïde sur la tuberculose ? En favorise-t-elle le développement ? Y a-t-il, au contraire, une sorte d'antagonisme entre ces deux affections, comme quelques auteurs l'ont soutenu? De l'examen auquel il se livre sur cette question, M. Hutinel conclut : 1° qu'on est allé trop loin en soutenant que la fièvre typhoïde empêche le développement de la tuberculose ; 2° que la tuberculose peut se manifester au cours de la convalescence et qu'alors elle prend ordinairement une marche aiguë ; 3° que la débilitation produite par la fièvre typhoïde, au lieu d'être un empêchement à l'éclosion de la tuberculose, semblerait plutôt la favoriser chez les sujets prédisposés. — Nous aurons probablement à revenir sur un des côtés de cette question à l'occasion d'autres thèses de ce même concours, sur la tuberculose.

— Il nous resterait à parler de deux chapitres qui traitent de deux points extrêmement intéressants de l'histoire de la fièvre typhoïde et qui se rattachent particulièrement à celle de la convalescence : les rechutes et les récidives. Mais ce serait étendre un peu démesurément cet article. Nous remettons ces deux points à la Revue prochaine.

Le zona.

M. le docteur Paul Fabre (de Commentry) vient de publier un très intéressant mémoire sur le zona, qui a valu à son auteur un prix de la Société de médecine d'Anvers et qui a été présenté en son nom dans la dernière séance de l'Académie.

Le zona a eu de tout temps le privilège d'exciter la curiosité et l'étude des médecins, et particulièrement des dermatologistes ; aussi l'historique et la bibliographie de cette affection sont-ils d'une incalculable richesse. Nous nous garderons d'y rien ajouter ici. Mais un intérêt nouveau s'est attaché à ce sujet depuis qu'un grand nombre d'observations contemporaines, rattachant l'origine du zona à une influence nerveuse, l'ont fait rentrer, comme un des types, dans le genre nouveau des trophonévroses introduit dans la science.

Ayant eu l'occasion d'observer un grand nombre de cas de zona (son travail repose sur 41 observations qui ont passé sous ses yeux et dont il a fait une analyse scrupu-

leuse), M. P. Fabre a étudié cette affection sous tous les points de vue : au point de vue des caractères généraux et spéciaux de l'éruption, de son siège, de ses formes et de ses variétés, de sa marche, de ses causes, de sa symptomatologie, et surtout aux points de vue de l'anatomie pathologique et de la pathogénie, auxquels les faits récents que nous venons de rappeler sommairement donnaient un intérêt tout particulier. Nous résumerons ici le plus succinctement possible, et en quelque sorte sous forme de propositions, ce qui ressort de plus essentiel de cette étude.

Au point de vue de la marche, M. Fabre admet que le zona revêt les formes suivantes : 1° une forme aiguë, fébrile, qui a pu autoriser quelques auteurs à ranger le zona à côté des fièvres exanthématiques; 2° une forme subaiguë, ou mieux apyrétique, de beaucoup la plus fréquente, essentiellement représentée par l'éruption vésiculeuse ou vésico-pustuleuse, siégeant sur le trajet d'un nerf et s'accompagnant généralement de douleurs localisées au trajet de ce même nerf; 3° une forme chronique, excessivement rare, et dont la plupart des cas qui pouvaient servir de type à cette forme ont pris plutôt l'allure du zona récidivant ou d'un zona à rechutes.

Quant aux vraies récidives du zona, elles sont tout à fait exceptionnelles.

Au point de vue pathogénique, il est difficile, dans l'état actuel de la science, de dire si l'altération des ganglions spinaux, si la lésion de filets spéciaux appelés nerfs trophiques, si la névrite sont la cause du zona ou une conséquence, ou bien encore une simple coïncidence.

Sans doute, dit M. Fabre, certains faits, notamment celui que MM. Charcot et Cotard ont communiqué à la Société de biologie en 1866, et celui de M. A. Ollivier, communiqué à la même Société en 1874, permettent de croire que l'altération des nerfs était primitive et que le zona n'était que symptomatique; mais, en revanche, ajoute-t-il, d'autres faits de zona, les cas de zona traumatique, autoriseraient à admettre que la lésion nerveuse, si elle existe, n'est pas constamment d'origine centrale, mais bien souvent d'origine périphérique. En outre, la plupart des zonas spontanés, ceux entre autres qui sont attribués à l'influence du froid, ceux surtout qui font leur évolution complète sans être accompagnés de douleurs notables dans la région affectée, ne semblent pas devoir leur origine à une névrite. La névrite, quand elle survient, ne doit être que consécutive.

Aussi M. Fabre est-il d'avis qu'on doive considérer dans la pathogénie du zona deux grandes classes : 1° un zona primitif ou idiopathique, survenant sous l'impression du froid, d'une vive émotion morale, de troubles digestifs, etc.; 2° un zona secondaire ou symptomatique, conséquence d'une affection nerveuse, laquelle peut-être elle-même d'origine centrale ou d'origine périphérique.

Le zona, lié à une affection nerveuse centrale, dépend tantôt d'une hémorragie cérébrale, et dans ce cas il peut siéger du même côté que l'hémiplégie ou du côté opposé, ainsi que M. Fabre en rapporte un exemple. Tantôt il dépend d'une affection de la moelle, primitive ou secondaire elle-même.

Le zona secondaire, symptomatique d'une lésion nerveuse périphérique, peut résulter d'un traumatisme, d'une paralysie locale ou d'une ancienne névralgie.

Comme conclusion générale, considérant d'une part que la névralgie manque souvent dans le zona; tenant compte, d'autre part, que lorsque la névralgie existe, elle a une durée variable et apparaît à des périodes différentes, souvent avant l'éruption, tantôt au début, tantôt dans le cours, d'autres fois à la fin; enfin, n'oubliant pas que cette névralgie se présente aussi avec des caractères dissemblables, M. Fabre regarde la névralgie comme un fait trop irrégulier pour suffire à constituer, à lui seul, le phénomène essentiel du zona. *A fortiori*, lui semble-t-il prématuré de vouloir faire du zona une affection nerveuse. Il s'arrête à l'idée de le ranger dans une classe intermédiaire aux maladies cutanées et aux maladies du système nerveux.

Au point de vue pratique, il n'existe pas de traitement uniforme pour tous les cas de zona, lequel, du reste, se termine en général par la guérison en un ou deux septénaires. Chercher autant que possible, par un pansement protecteur, à éviter la déchirure des vésicules par des topiques émollients, siccatifs, calmants ou simplement isolants; recourir en même temps à la compression, soit par le collodion, soit par des bandages appropriés; dans quelques cas, une cautérisation légère par le nitrate d'argent ou par le perchlorure de fer; calmants, fébrifuges, reconstituants et antiscrofuleux à l'intérieur, suivant les conditions de l'état général; enfin les préparations arsenicales contre les douleurs consécutives, tel est l'ensemble des moyens de traitement auxquels M. Fabre a eu recours et qu'il propose de mettre en usage.

OBSTÉTRIQUE

Accouchement prématuré provoqué chez une femme dont le bassin mesure 9 centimètres sans déduction. Application du forceps au détroit supérieur. Enfant vivant. Suites de couches normales (1).

Par le docteur Triaire (de Tours).

II

Cette observation est un exemple assez typique de la rapidité de la provocation du travail par la méthode de M. Tarnier et d'application du forceps au détroit supérieur dans un bassin rétréci. Aussi me permettra-t-on d'en faire l'objet de quelques réflexions.

Dans une étude que je publiais dans les *Archives de tocologie* en 1878, je passais en revue les divers procédés de provocation de l'accouchement et donnais déjà la préférence à la méthode de M. Tarnier qui m'avait séduit par la sûreté et la rapidité de son action. Je l'avais vue mise en œuvre par M. Depaul, un jour où il avait bien voulu m'accueillir à sa clinique avec sa bienveillance ordinaire. Il s'agissait d'une femme atteinte d'un rétrécissement prononcé du bassin et arrivée au septième mois révolu de sa grossesse. Je fus frappé de la rapidité avec laquelle se dénoua l'accouchement dans la soirée même. Jusqu'alors j'avais eu recours à l'éponge préparée et aux irrigations vaginales, et on sait que ces procédés, considérés cependant comme des plus fidèles, demandent ordinairement plus de temps. J'ai pu, chez mon opérée, observer la même brièveté. Deux heures après l'introduction de l'ampoule, les douleurs se manifestaient déjà assez vives et progressaient rapidement en intensité et en fréquence.

On a vu que l'ampoule s'était rompue; j'ai noté le même

(1) Fin. — Voir le numéro du 7 avril 1883.

accident dans plusieurs des observations publiées par le chef de clinique de M. Depaul. C'est là un petit inconvénient qui doit être inhérent à un vice de construction et qui n'a pas la moindre gravité. Il suffit d'en replacer une autre ou d'introduire un cône d'éponge comme je l'ai fait, ou bien encore de laisser le travail livré à lui-même en le surveillant.

On a accusé la méthode de M. Tarnier de favoriser les présentations vicieuses en plaçant dans le segment inférieur de l'utérus une sphère dure et résistante qui doit écarter le sommet du centre du détroit. Cette objection a été présentée par l'accoucheur belge Wasseige, qui en aurait vérifié la justesse la première fois qu'il a appliqué ce procédé (1). Je n'ai pas vu qu'il en fût ainsi dans les observations publiées en France, et on voit que, dans le fait que j'ai rapporté, la présentation du sommet s'est maintenue.

J'ai signalé la lenteur de l'effacement du col liée à des contractions d'une excessive énergie et d'une grande fréquence. On sait que c'est là un caractère qui appartient en propre aux femmes qui sont affectées de rétrécissement du bassin. L'énergie et la persistance extraordinaire des douleurs chez ces femmes est telle qu'elles peuvent suffire, dans certains cas, à déterminer l'accouchement spontané, mais qu'elles risquent, dans d'autres, de provoquer une rupture utérine, comme je l'ai observé l'année dernière chez une femme du Berry que je ne pus délivrer tardivement, la lésion étant accomplie avant mon arrivée, que par une inutile céphalotripsie.

Je crois que, dans ces circonstances, il faut se départir de la règle classique qui veut que l'on conserve les membranes le plus longtemps possible et qu'il convient de les rompre dès qu'on juge qu'il y a lieu d'accélérer le travail. C'est ainsi que j'ai agi et on a vu que très peu de temps après j'ai pu procéder à l'accouchement.

Enfin cette observation soulève une autre question bien plus importante, car elle n'est pas résolue : c'est celle de la préférence à accorder au forceps ou à la version dans les angusties du bassin. On connaît la pratique des maîtres français qui préconisent dans ces cas l'application du forceps au détroit supérieur. La plupart des accoucheurs anglais, Simpson, Braxton-Hicks, Barnes; les accoucheurs allemands parmi lesquels Nœgelé, Hohl, Scanzoni et Schröder, dont le traducteur, M. Charpentier, partage les idées sur ce point, sont au contraire favorables à la version. Je ne rouvrirai point ici un débat dont tous les éléments sont présents à l'esprit des lecteurs de ce recueil. D'un côté, on affirme que la tête s'engage plus facilement dans le point rétréci de l'excavation quand le cône qu'elle représente pénètre par son extrémité la plus étroite, comme c'est le cas après la version, tandis que de l'autre on considère que l'adaptation progressive de la tête présentant l'extrémité la plus large du cône, comme c'est le cas quand elle vient la première, est moins dangereuse pour l'enfant.

A priori, l'esprit répugne à la version, et les dangers qu'elle présente parfois pour l'enfant alors que le bassin est normal et qu'elle est purement indiquée pour une situation défectueuse du fœtus, ne sont point faits pour lever ces répugnances.

Il est certain qu'il m'eût été plus aisé de procéder à la version que de pratiquer une application de forceps à travers un orifice insuffisamment dilaté sur une tête mobile au-dessus du détroit supérieur. J'ai cependant donné la préférence à l'instrument, malgré les doctrines étrangères, parce que je suis convaincu qu'il ménage mieux la vie de l'enfant sans compromettre davantage celle de la mère, et le résultat obtenu a donné raison à cette manière de voir. Si je n'eus pas réussi avec le forceps, il eût toujours été temps de procéder à la version.

Il ne m'est pas prouvé que Mme Lachapelle, dont les partisans de la version ne manquent jamais d'invoquer l'autorité dans leurs dissertations, n'ait pas été, *en pratique*, favorable à ces mêmes principes qui sont ceux de cette école obstétricale de Paris dont elle fut elle-même un des plus illustres représentants. Si l'on veut bien, en effet, lire ses mémoires avec attention, on verra qu'elle procédait souvent à la version uniquement à cause de la difficulté qu'il peut y avoir à appliquer le forceps au-dessus du détroit supérieur et souvent après des tentatives infructueuses d'application de cet instrument. Les observations 72, 79, 83 de son deuxième mémoire, l'observation 6 du onzième, sont concluantes à ce sujet (1).

Dans tous ces cas, elle a essayé d'abord le forceps et c'est après avoir échoué dans son application qu'elle a recours à la version. Dans la plupart des autres versions pratiquées par elle, elle dit expressément, le plus souvent, qu'elle jugeait la tête trop élevée pour avoir recours au forceps, d'où l'on peut, je pense, légitimement conclure que si l'application de l'instrument lui eût paru possible, elle l'eût préféré. Il est vrai qu'elle dit ailleurs qu'elle doit plus de succès à la version qu'au forceps, mais cette appréciation en contradiction avec ses propres observations ne peut, en aucune façon, modifier les enseignements qui ressortent de sa pratique obstétricale, telle que ses travaux nous l'ont fait connaître.

Je n'ai pas l'intention de pousser plus loin, pour le moment, l'interprétation de ce point particulier de la pratique de l'illustre sage-femme. Il me suffit d'avoir incidemment fait remarquer qu'elle ne fut pas aussi contraire qu'on l'a dit, à l'intervention instrumentale dans les rétrécissements du bassin, et qu'il n'est pas tout à fait justifié de placer, comme on le fait dans tous les traités contemporains, son nom à la tête des initiateurs et souvent des partisans absolus de la version. Quant à la question en elle-même, il est évident qu'en l'état actuel de la science, elle ne saurait être tranchée que par de nouveaux faits bien étudiés. Tant que ces éléments feront défaut ou seront trop peu nombreux, l'une et l'autre méthode pourront bien être préconisées, mais je crois être fondé à dire que la majorité des accoucheurs français, fidèle aux traditions que leur ont léguées ses maîtres, conservera leur prédilection pour l'application du forceps.

(1) Wasseige, *Des Observations obstétricales.* Paris et Liège, 1881.

(1) Le resserrement du bassin à ce degré suffit pour empêcher la tête de s'engager convenablement et de descendre par les seuls efforts de la nature. L'application du forceps à une pareille hauteur est trop incertaine et trop difficile... Reste donc la version (etc.).

LACHAPELLE. Deuxième mémoire, n° 71.

Ce fait confirme ce que j'ai dit de la difficulté de l'application du forceps, quand la tête est au-dessus du détroit supérieur. (Deuxième mémoire, n° 72.)

La hauteur de la tête me fit rejeter le forceps et choisir la version. (Deuxième mémoire, n° 84.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 avril 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

De la suture osseuse dans les amputations ostéo-plastiques du pied. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une note de M. Pamard (d'Avignon) dans laquelle il relate l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'un écrasement du pied, a eu sur la plante du pied des ulcérations cicatricielles qui ont nécessité l'intervention du chirurgien. M. Pamard a pratiqué, chez ce malade, l'amputation ostéo-plastique du pied telle que l'a décrite M. Le Fort ; il a fait ensuite la suture osseuse selon le procédé qu'indique M. Follet (de Lyon). Le membre du malade a été ensuite placé dans un appareil inamovible où il a été laissé vingt et un jours. Au bout de ce temps, la consolidation osseuse était complète, la plaie chirurgicale était presque cicatrisée ; mais il s'était formé une escarre au niveau de la plaque de plomb qui maintenait le fil de la suture osseuse, escarre qui nécessita, pendant assez longtemps, un traitement particulier, des pansements à l'iodoforme, etc. M. Pamard en conclut que la suture osseuse, dans l'amputation ostéo-plastique du pied n'est pas nécessaire et que ses avantages sont bien loin de compenser ses inconvénients.

M. POZZI fait observer que ce fait ne prouve pas contre la suture osseuse en général, mais bien contre un mode particulier de suture osseuse. Il n'est pas étonnant qu'une plaque de plomb laissée en place vingt et un jours ait déterminé une escarre. Pour éviter cet inconvénient, M. Pozzi place une rondelle d'amadou entre la peau et la plaque de plomb ; s'il veut appliquer un appareil ouaté qui devra rester en place plusieurs semaines, au lieu de fil d'argent, il emploie du catgut qui, après quelques jours, se dissout de telle sorte que la plaque de plomb tombe dans le pansement et ne risque plus dès lors de déterminer les accidents signalés par M. Pamard.

M. TRÉLAT fait remarquer que cette plaque de plomb ne doit pas rester en place plus de cinq à six jours. Dans aucune circonstance, il n'y a intérêt à la laisser plus longtemps.

Lésions du rachis. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation de M. Guermonprez (de Lille) relative à un cas de lésion traumatique du rachis dans la région lombaire, de paralysie, d'incontinence urinaire consécutives, de nombreux abcès du sacrum, etc. Sept ans après, ce malade eut une luxation en dehors de la rotule gauche. Cette luxation pourrait être, selon l'auteur, une conséquence éloignée du traumatisme antérieur de la colonne vertébrale et de la moelle. Tel n'est pas l'avis de M. le rapporteur qui n'admet aucune relation entre les deux affections.

M. DESPRÉS a vu deux cas de luxation de la rotule en dehors, l'un d'origine traumatique, l'autre survenu sans cause appréciable. Ce sont là des faits extrêmement rares.

M. MARC SÉE, contrairement à l'opinion émise par M. Chauvel, est disposé à rattacher, dans ce cas, la luxation du genou à la lésion antérieure de la moelle.

M. MARCHAND cite l'exemple d'un petit garçon qui, à la suite d'une fracture de la colonne vertébrale, a eu une luxation du genou complète en arrière.

M. TERRIER, s'il s'en rapporte à ce qu'il a vu à Bicêtre, tendrait à adopter l'opinion de M. Sée sur la relation qui relie les deux affections.

M. CHAUVEL, sans nier absolument cette relation, croit que, dans ce cas, la luxation de la rotule peut trouver son explication dans la position vicieuse imprimée au membre pendant plus ou moins longtemps.

Rachitisme et syphilis. — M. CAZIN (de Boulogne), après avoir rappelé l'importante communication de M. Parrot sur ce sujet (voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 180) déclare que, malgré l'autorité qui s'attache à la personne et aux travaux de M. Parrot, il ne saurait, contrairement à lui, admettre aucune parenté entre la syphilis et le rachitisme. Malgré la difficulté qu'il y a souvent à connaître exactement les antécédents en pareil cas, M. Cazin a pu réunir un certain nombre d'exemples de rachitisme sans syphilis et de syphilis sans rachitisme ; étant donné plusieurs enfants, issus de mêmes parents, on voit que les uns peuvent être rachitiques sans que les autres le soient. M. Cazin cite l'exemple d'une famille dans laquelle le même père et la même mère ont eu cinq enfants, dont trois filles à jambes torses et deux garçons à jambes droites ; je ne sache pas, ajoute M. Cazin, que la syphilis aurait fait une pareille sélection entre les enfants issus de mêmes parents.

M. Cazin emprunte de nouveaux arguments en faveur de l'opinion qu'il soutient dans l'influence des divers traitements. Le traitement marin, par exemple, est très utile aux rachitiques tandis qu'il est plutôt nuisible aux syphilitiques. Dès qu'il eut connaissance des travaux de M. Parrot, M. Cazin essaya de traiter ses rachitiques par le mercure et l'iodure de potassium ; il dut y renoncer. Or, d'une part, le succès du traitement marin et, d'autre part, l'insuccès du traitement antisyphilitique contre le rachitisme semblent bien démontrer que cette dernière affection n'est pas de nature syphilitique. S'il fallait rattacher le rachitisme à une diathèse quelconque, ce serait bien plutôt à la strume, comme autrefois, qu'à la syphilis. Mais cela n'est pas démontré, et l'on peut dire seulement que la scrofule prédispose au rachitisme. En somme, dit en terminant M. Cazin, je ne sais pas ce qu'est le rachitisme, mais je sais bien ce qu'il n'est pas : il n'est pas syphilitique.

M. MAGITOT ne veut pas aborder le fond du débat sur la question des rapports entre le rachitisme et la syphilis héréditaire ; je demanderai seulement à la Société, dit-il, la permission de lui soumettre dans une prochaine séance des pièces et des arguments qui prouvent que les lésions trophiques des dents, sillons, échancrures, etc., regardées par MM. Hutchinson et Parrot comme signes de syphilis héréditaire, n'appartiennent nullement à cette diathèse.

Je me bornerai en ce moment à fournir à M. Cazin un petit appoint aux raisons qu'il vient de nous exposer contre l'idée de la parenté entre la syphilis et le rachitisme. Ce sont des preuves de nature ethnique.

Il est, en effet, certains peuples chez lesquels s'observe une sorte d'exclusion entre le rachitisme et la syphilis. Ainsi on sait que, chez les Kabyles, la syphilis est endémique et le rachitisme extrêmement rare ; au Japon, M. Rémy, pendant son récent voyage, écrivait que la syphilis est extrêmement répandue et le rachitisme inconnu. En Chine, où la syphilis existe depuis la plus haute antiquité, le rachitisme est à l'état d'exception.

Ce n'est pas tout : qu'on lise les travaux des auteurs qui ont écrit sur la pathologie des pays intertropicaux, MM. Rufz de Lavison, Saint-Vel, etc. ; on y trouve un fait qui n'avait point échappé à Humboldt dès 1810, à savoir qu'aux Antilles, au Mexique, au Pérou, la syphilis fait de grands ravages et le rachitisme ne s'y observe pas.

Ainsi voilà des peuples, des races, chez lesquels la syphilis est très répandue et le rachitisme inconnu ou exceptionnel ; que devient alors la doctrine de la descendance entre les deux affections ?

M. CAZIN dit que, réciproquement, dans nos campagnes le rachitisme est très fréquent tandis que la syphilis y est très rare.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait remarquer qu'il est commun de voir naître des enfants bien constitués d'une femme rachitique ; il n'y a donc pas d'hérédité dans le rachitisme ; en outre, M. Lucas-Championnière n'a jamais rencontré la syphilis comme cause du rachitisme.

M. DESPRÉS partage l'avis de M. Cazin. M. Parrot, dit-il, s'est appuyé uniquement sur l'anatomie pathologique et s'est laissé entraîner trop loin. Si l'anatomie pathologique lui donne raison, les faits cliniques le controuvent absolument. On prend souvent, chez les enfants, pour de la syphilis ce qui n'est que de l'ecthyma ou toute autre chose. D'ailleurs les enfants syphilitiques meurent presque toujours, qu'on leur donne ou non le traitement.

L'opinion de M. Parrot est évidemment erronée. Nous savons aujourd'hui que la cause première du rachitisme est la mauvaise

alimentation. Donnez de l'huile de foie de morue, du phosphate de chaux aux enfants et vous les empêcherez ainsi de devenir rachitiques. On pourra avec avantage remplacer les médicaments de phosphate de chaux par la purée de haricots, puisqu'il a été démontré que 20 centimes de haricots contiennent plus de phosphate de chaux assimilable que 100 francs de médicaments phosphatés. C'est sans doute pour cela que, de temps immémorial, la sagesse des nations a décidé que les haricots formeraient la base de l'alimentation dans les collèges.

M. HORTELOUP voit beaucoup de syphilitiques et très peu de rachitiques. Il a vu, à l'hospice des Enfants-Assistés, bien des enfants considérés comme syphilitiques et qui, selon lui, ne l'étaient pas. Il a présenté lui-même à M. Parrot un jeune homme qui portait des plis aux fesses et des dents d'Hutchinson et qui fut considéré par M. Parrot comme syphilitique; or ce jeune homme, quelques mois plus tard, à vingt-deux ans, contractait un chancre. Il n'était donc pas syphilitique.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE proteste contre une allégation de M. Desprès et affirme que les petits enfants supportent admirablement le mercure et guérissent très bien de la syphilis; cela n'est pas contestable.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

M. le directeur de l'Assistance publique vient d'adresser la lettre suivante au *Figaro :*

Paris, le 12 avril 1883.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro du *Figaro* en date du 8 avril, a paru un article accusant « un médecin attaché à l'un des hôpitaux de Paris d'avoir conduit à Nice, pour l'y empoisonner, une de ses clientes, afin de faire bénéficier une tierce personne d'un héritage considérable ».

En ma qualité de chef de l'administration générale de l'Assistance publique, j'ai le grand honneur d'avoir sous ma direction le corps médical des hôpitaux de Paris.

J'ai attendu que le *Figaro*, mieux informé, voulût bien rectifier de lui-même une nouvelle absolument controuvée.

Aucune rectification n'ayant paru, mon devoir est de protester contre une accusation absolument sans fondement.

Je vous prie, Monsieur le Rédacteur, de vouloir bien insérer cette lettre. Vous ne voudrez pas, j'en suis certain, laisser subsister la trace d'une imputation calomnieuse contre le corps médical des hôpitaux de Paris, qui est l'une des gloires non seulement de Paris, mais de la France.

Recevez, Monsieur le Rédacteur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Le directeur de l'administration de l'Assistance publique,
Ch. QUENTIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Il y a quelques semaines à peine, notre sympathique et distingué confrère M. le docteur Krishaber était frappé dans ses plus chères affections par la mort de Mme Krishaber. Aujourd'hui c'est la mort de M. Krishaber lui-même que nous avons le douloureux devoir d'annoncer. Né à Feketehegy, en Hongrie, en 1836, venu jeune à Paris, après de premières études médicales à Vienne et à Prague, reçu docteur en médecine de notre Faculté en 1864, Maurice Krishaber n'a cessé depuis lors de se livrer avec une ardeur extrême à des études de physiologie et de pathologie générale et spéciale, qui l'ont élevé rapidement à la célébrité, à la considération et à l'estime de tous les membres de notre corporation, à l'affection de beaucoup d'entre eux, mais qui n'ont probablement pas été étrangers, par leur excès même, à la triste fin que nous déplorons tous. M. Krishaber n'avait que quarante-six ans, et, dans ce trop court intervalle de temps, de 1864 à 1883, il a laissé un nombre considérable de travaux, parmi lesquels nous citerons, un peu au hasard, sa thèse inaugurale sur le *développement de l'encéphale*, ses nombreuses recherches de laryngoscopie et de laryngopathie qui l'avaient conduit au premier rang de nos spécialistes sur ce point, de nombreux mémoires et notes insérés dans les *Annales des maladies du larynx*, dont il était un des principaux rédacteurs, un grand nombre de communications faites aux Sociétés de biologie et de chirurgie; un ouvrage sur les *maladies des chanteurs;* son livre sur la *névropathie cérébro-cardiaque*, qui avait déjà eu ses prémisses dans l'article sous le même titre du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; enfin un grand nombre d'autres articles tous importants dans ce même dictionnaire.

— L'Association des médecins de la Seine se réunira en assemblée générale, le dimanche 15 avril 1883, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— M. le docteur Legrand du Saulle est nommé médecin en chef de l'Infirmerie spéciale des aliénés, près le Dépôt de la préfecture de police, en remplacement de M. le professeur Lasègue, décédé.

M. le docteur P. Garnier est nommé premier médecin-adjoint de l'Infirmerie spéciale des aliénés.

M. le docteur Ch. Féré est nommé deuxième médecin-adjoint de l'Infirmerie spéciale des aliénés.

— Par décret en date du 12 avril 1883, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : 1er tour (ancienneté). M. Deschiens (Henri), médecin de première classe.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Comoy, ancien médecin-major des mobiles de la Nièvre et médecin de l'hôpital général, décédé à Nevers, le 23 mars 1883, dans sa quarante-cinquième année.

— A peine revenu à Paris, M. de Lesseps se met à la tâche. L'infatigable voyageur fera une conférence lundi prochain, 16 avril, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, dans la séance solennelle tenue par la Société des études coloniales et maritimes, sous la présidence de M. l'amiral Thomasset.

M. de Lesseps racontera son exploration dans les Chotts et traitera la question de la mer intérieure africaine. La conférence sera accompagnée de projections lumineuses.

— M. le docteur Nicaise, chirurgien des hôpitaux, reprendra ses conférences de clinique chirurgicale, à l'hôpital Laënnec, le mardi 17 avril.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Ball reprendra son cours de clinique des maladies mentales le dimanche 15 avril 1883, à dix heures du matin, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

M. le docteur Brun, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, sa première démonstration (exercices opératoires) le lundi 16 avril 1883, à une heure précise, dans le pavillon n° 3 de l'École pratique.

— *Muséum.* — M. le professeur de Quatrefages, ou, en son absence, M. le docteur Hamy, aide-naturaliste, commencera le cours d'anthropologie (histoire naturelle de l'homme) le mardi 17 avril 1883, à trois heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. Le cours sera spécialement consacré à l'étude des races européennes. Des conférences auront lieu tous les jeudis, à deux heures, au laboratoire d'anthropologie pendant toute la durée du cours.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Iconographie photographique de la Salpêtrière, par MM. les docteurs BOURNEVILLE et REGNARD. — Cet ouvrage paraît par livraisons de 8 à 16 pages de texte et 4 photo-lithographies. 12 livraisons forment 1 volume. Les 3 premiers volumes sont en vente au prix de 30 francs chaque. Les volumes se vendent séparément. Il ne reste plus que quelques exemplaires du dernier volume. (*Ouvrage couronné par l'Académie des sciences.*)

Terapeutischer Almanach, von Dr. G. BECK, 10 jahrgang 1883. Des Taschenbuches der neuesten Therapie, III. Bänchen, 6 Heft. — Bern, Leipzig und Stuttgard, J. Dalp, 1883.

Leçons sur les maladies mentales, par M. B. BALL, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de près de 800 pages. — Prix : 20 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Traité des maladies paludénnes à la Guyane, par le docteur E. MAUREL, médecin de première classe de la marine. 1 vol. in-8° de 240 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Nouvelle sonde pour injections endo-utérines, proposée par M. le docteur EMMANUEL BRUERS (de Bruxelles), médecin-adjoint à l'hospice de Maternité et des Enfants-Trouvés de Bologne (Italie). In-8°. — Bologne, imprimerie Gamberini et Parmeggiani.

Troubles fonctionnels du pneumogastrique, par le docteur MAURICE LETULLE, ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat de la Faculté. In-8° de 268 pages. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, Asselin et Cie.

Des rapports de l'inflammation avec la tuberculose, par le docteur V. HANOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-8° de 175 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14393.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Les alcoolisés : Action toxique de l'alcool ; troubles de l'intelligence et des sens ; actes criminels. — Emploi des cyanures d'or, d'argent et de platine en injections sous-cutanées dans le traitement des atrophies papillaires ataxiques. — Du rétrécissement primitif de l'œsophage. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les alcoolisés (1).

ACTION TOXIQUE DE L'ALCOOL. — TROUBLES DE L'INTELLIGENCE ET DES SENS. — ACTES CRIMINELS.

V

2° ALCOOLISME SUBAIGU. — Il ne s'agit pas encore ici de ces accidents à marche rapide, qui, dans l'alcoolisme aigu, revêtent les allures d'une maladie à courte évolution ; mais il ne s'agit plus de cette symptomatologie continue, lentement progressive, qui, dans l'alcoolisme chronique, conduit sans grande secousse l'intoxiqué du simple affaiblissement à la complète déchéance intellectuelle. Déjà la scène est semée d'incidents plus ou moins bruyants qui en rompent la monotonie, d'une façon dramatique parfois, soit pour le malade, soit plus souvent pour le milieu dans lequel il vit.

L'expression d'alcoolisme subaigu doit éveiller l'idée d'un délire mélancolique accompagné d'hallucinations terrifiantes et d'idées de persécution ; c'est ce qu'on a aussi appelé la *lypémanie alcoolique*.

Les malades qui en sont atteints sont sans cesse dominés par des hallucinations de la vue et de l'ouïe, dont le double caractère est d'être mobiles et tristes. Ajoutons, et nous aurons ainsi suffisamment spécifié ces dernières, qu'elles sont plus complexes, plus intenses, qu'elles ont par suite, sur les déterminations, plus d'empire que celles de l'alcoolisme chronique proprement dit.

L'individu sous le coup de la forme subaiguë de l'intoxication *entend* des bruits insupportables, des coups de fusil, des sifflements de locomotive, le son du tocsin, le crépitement des balles d'un peloton d'exécution, le glissement du couperet de la guillotine. Il assiste à des querelles ; on se bat à côté de lui et cependant il ne voit personne. — Il aperçoit des serpents et des vipères qui vont le mordre, des fantômes ou des gendarmes. « Une femme que nous avons observée, et qui avait habité l'Afrique, dit Lancereaux (2), était tourmentée par la vue des grands animaux du désert. »

L'hallucination devient souvent l'occasion de conceptions délirantes, pénibles et tristes comme la vision ou les voix qui les déterminent ; il s'agit alors d'une sorte de délire systématique, mais le plus souvent changeant et mobile comme l'hallucination elle-même.

— La femme B... (Louise), que je vous présente, est âgée de trente-six ans et offre, remarquez-le, tous les caractères d'une dépression mélancolique profonde. Elle dit : « qu'on lui en veut ; qu'on lui fait voir des petites glaces accrochées en l'air. Ce sont de petites glaces d'un sou... On lui fait des misères... Ce sont des misères des enfants trouvés (?).... On lui introduit du vin de Madère ou du vin de Malaga... Cela tape à la tête. »

— Cette autre, D... (femme T...), âgée de soixante ans, grande et forte, buvait un litre et demi de vin rouge par jour ; pas de café. Elle dit avoir vu passer des flammes, des étincelles. De plus, elle paraît en proie à des idées confuses de persécution ; l'insomnie est presque constante chez elle. Elle nous dit : « Je crois que j'étais mal avoisinée. J'entendais de mauvais propos. J'ai été chez le commissaire, nous étions dans un terrain plein de mauvais sujets, sur le cours de Vincennes ; il y avait des musiciens. Ils prétendaient tous les jours que j'étais ivre, que je faisais du tort au monde. Ainsi des cancans pendant le mois ; tout cela faisait du mécontentement ; toujours des menaces. Je vendais de vieux linge, les affaires ne marchaient plus. » Elle ajoute que l'on agissait sur elle par la physique ; elle en veut beaucoup à son mari. « Il y a, dit-elle, des personnes cachées derrière des planches qui *disent de moi que je me grise ;* je crois que ce sont des tireuses de cartes et des somnambules. » Cette malade a toujours des hallucinations de l'ouïe.

Vous présumez l'influence que les conceptions délirantes et les idées hallucinatoires qui en sont l'origine, doivent avoir sur les actes et les déterminations des malades.

Troublés par les idées de persécution qui les obsèdent, ceux-ci cherchent souvent, pour s'en délivrer, à recourir au *suicide*. Plus de la moitié des alcoolisés de la catégorie que nous étudions seraient dans ce cas, au dire de Marcel (1). D'après Schlegel, l'ivrognerie serait la principale cause de suicide en Angleterre, en Allemagne et en Russie, et Casper rapporte que le quart des habitants de Berlin qui ont attenté

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 avril 1883.
(2) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. ALCOOLISME.

(1) Marcel, *De la folie par l'abus des boissons alcooliques*. Th. de Paris, 1847.

à leurs jours depuis 1812 jusqu'à 1821, étaient des gens adonnés à la boisson.

D'autres de ces malades, pour se défendre contre un ennemi qui les menace ou les poursuit de ses obsessions, se jettent sur une personne qu'ils rencontrent et la tuent.

G..., atteint d'intoxication alcoolique (accès subaigus greffés sur un fond d'alcoolisme chronique), vivait en commun avec sa femme et un de ses amis. C'était un ménage à trois des plus unis. La femme tombe malade et meurt à l'hôpital de la Charité. On l'enterre au cimetière d'Ivry. G... se rend un jour au cimetière, après avoir absorbé trois litres de vin; il entend sa femme qui lui crie du fond de sa tombe : « C'est ton ami qui a causé ma mort, venge-moi. » G... sort du cimetière et tue son ami. Arrêté, il est traduit en cour d'assises. Un médecin est commis à l'examen de l'inculpé et déclare celui-ci responsable. Sur la demande presque suppliante de la défense, je me mis à l'étude du dossier et je crus devoir écrire à l'avocat qu'à mon avis, il n'existait pas dans la pathologie mentale de cas plus net d'alcoolisme subaigu. Ma lettre donna lieu à de vives controverses. G... n'en fut pas moins condamné aux travaux forcés!

Vous voyez, d'après les détails et les exemples qui précèdent, que le malade atteint d'alcoolisme subaigu présente, avec l'aliéné frappé du *délire des persécutions*, plus d'une analogie. Comme ce dernier, il a des hallucinations, des conceptions délirantes; comme ce dernier, il conforme trop souvent sa conduite aux idées fausses qui le dominent. Mais derrière ces ressemblances se dissimulent des différences fondamentales qu'il faut bien connaître, pour éviter les erreurs possibles de diagnostic.

Chez le persécuté, le délire est fixe, bien systématisé, toujours identique à lui-même. Chez l'alcoolisé, les impressions sont fugaces, mobiles, incohérentes. Aujourd'hui poursuivi par des assassins, le malade le sera demain par des gendarmes.

Les hallucinations de la vue dominent la scène dans l'alcoolisme. Chez les malades atteints du délire des persécution, ce sont les hallucinations de l'ouïe qui tiennent la place importante. Les derniers entendent constamment à leur oreille les mêmes voix qui les injurient, les menacent, les tourmentent, les calomnient. L'alcoolisé a des visions étranges, mobiles, effrayantes; visions de spectres, d'animaux, de flammes; scènes de carnage et d'incendie.

Le persécuté se plaint de choses et d'évènements passés. Il a commis une mauvaise action, on la lui reproche sans cesse; il a, par suite de telle ou telle autre affaire ancienne, des ennemis qui sont au guet, le surveillent, l'épient, le harcèlent. L'alcoolisé redoute au contraire des évènements qui vont se produire; il craint un avenir dont il entrevoit les côtés terrifiants.

Le premier est déjà un condamné; le second un simple prévenu.

Il y a là, vous le voyez, plus d'éléments qu'il n'en faut pour différencier deux formes de troubles psychiques, qui, tout en présentant quelques analogies, diffèrent dans leurs traits essentiels comme dans les causes qui les déterminent.

Les accidents qui constituent l'alcoolisme subaigu disparaissent d'habitude par le retour à une hygiène meilleure, mais ils récidivent fréquemment. « Qui a bu boira », dit le proverbe; et il est bien difficile d'arrêter les individus adonnés à l'alcool, sur la pente fatale où ils glissent et qui les conduit malheureusement à l'intoxication chronique d'abord, aux formes subaiguës de l'empoisonnement ensuite, et trop souvent même aux redoutables symptômes de l'alcoolisme aigu dont il me reste à vous parler, et où nous allons retrouver les mêmes hallucinations, les mêmes conceptions délirantes, les mêmes déterminations maladives que tout à l'heure, mais plus mobiles encore, plus rapides, se pressant en quelque sorte les unes les autres.

3° Alcoolisme aigu. — *Delirium tremens.* — Les troubles cérébraux, en effet, revêtent parfois dans l'alcoolisme, comme je vous l'ai indiqué déjà, une forme bruyante, aiguë. Dès lors on n'a plus seulement affaire à ces accidents permanents, à évolution chronique et lente, qui constituent, chez l'intoxiqué, ce qu'on pourrait appeler le fond du tableau morbide, ni même à ceux plus accentués de l'alcoolisme subaigu. On est en face d'une sorte de paroxysme, d'un véritable accès de délire, qui éclate quelquefois avec une brusquerie effrayante, mais qui plus souvent est annoncé par des prodromes, de vagues inquiétudes, une fatigue plus marquée, une agitation plus grande du sommeil, des absences passagères. Le désordre intellectuel est alors à son comble : c'est la *folie*, la *manie alcoolique* aiguë, c'est le *delirium tremens.*

Tableau navrant et plein d'intérêt à la fois, que vous connaissez certainement dans ses traits essentiels : le visage s'anime, l'œil est brillant, la physionomie exprime la crainte ou la menace, l'étonnement ou la terreur; la langue, les lèvres, les muscles de la face et des membres, sont agités d'un *tremblement* des plus typiques. En proie à des visions qui le troublent, à des hallucinations terrifiantes, le malade se jette hors de son lit, se précipite sur les êtres fantastiques qui l'attaquent; il pousse des cris, tente de fuir, puis revient à la charge, se défend avec ardeur, injurie, frappe ses ennemis imaginaires. Le sommeil est impossible, l'appétit perdu, la soif ardente; la peau se couvre de sueurs, le pouls est le plus souvent rapide, parfois cependant ralenti; dans bien des cas, la température s'élève; c'est le douloureux spectacle d'une intelligence en désordre, qu'obsèdent de pénibles hallucinations et des chimères effrayantes.

Reprenons, en détail, quelques-uns des traits de ce tableau clinique, pour que vous puissiez en mieux saisir les caractères distinctifs, les formes diverses et les variétés multiples.

Les *hallucinations* constituent le phénomène dominant dans l'histoire symptomatique du délire alcoolique aigu. Là encore, comme dans les autres formes de l'intoxication, elles sont *tristes, mobiles,* reflètent les *occupations ou les préoccupations ordinaires* du malade : telles sont les particularités principales qui les spécialisent.

L'hallucination alcoolique, dis-je, est de nature triste. Il est, en effet, bien exceptionnel qu'elle soit gaie et même dans ce cas la gaieté des visions n'est qu'apparente. L'alcoolisé J... (Jean), dont M. Magnan (1) a rapporté le cas, parlait de cascades qu'il entendait, de chalets illuminés qu'il apercevait, de chants, de danses dont il était le témoin. « Ces hallucinations, ajoute l'auteur, semblaient devoir provoquer dans l'esprit des pensées plutôt agréables que pénibles. Eh bien! même avec ces images riantes, ces chants et ces fêtes, il a su créer... le plus triste délire. Les cascades,

(1) Magnan, *Troubles de l'intelligence et des sens, dans l'alcoolisme aigu et chronique. — Revue scientifique,* mars 1873.

a-t-il dit, le poussaient à se noyer. » « Ce bruit de l'eau, c'était pour me narguer ; ça voulait dire que j'étais un lâche, que je n'avais pas le courage de me jeter à l'eau. Le chalet avec ses hôtes joyeux, c'était un tas de gens qui voulaient me perdre, qui se moquaient de moi et qui voulaient m'assassiner. »

Vous rencontrerez les mêmes inquiétudes, la même perplexité chez tous les hallucinés dont il s'agit ici. Jugez-en par ces quelques exemples qu'a rapportés Fournier (1) : D... est environné de cinq brigands qui délibèrent sur son supplice ; G... est traqué par des assassins ; D... voit un de ses ennemis qui perce la muraille pour y introduire le canon d'un pistolet ; V... est poursuivi par des spectres ; B... assiste à une horrible scène : un meurtrier massacre quatre-vingts personnes en les foulant sous ses genoux.

La scène fantastique qui se déroule autour du malade, est d'ailleurs changeante au suprême degré et mobile : de là, dans l'attitude et les actes du délirant, des modifications qui dépendent très exactement de la nature du spectacle qui l'effraye ou des bruits qui l'épouvantent. Ce sont tour à tour des animaux : chiens, chats, serpents, loups, des fantômes et des spectres qui gênent et font peur ; c'est de *l'eau qui monte* et va bientôt submerger le malheureux qui se voit déjà surpris par l'inondation. Aussi le malade crie-t-il, se débat-il ; il menace et frappe ; se livre à toutes sortes d'actes de violence ; se sauve sur les toits, pour éviter les vagues au sein desquelles il va être submergé. Il ne se passe pas d'années à Paris où les sapeurs-pompiers ne soient plusieurs fois requis pour aller arrêter sur le haut d'une maison ou d'un édifice des alcoolisés délirants fuyant devant une inondation imaginaire. Remarquez que les hallucinations sont presque toujours, ici comme dans les autres formes de l'alcoolisme, des hallucinations de la vue ; celles de l'ouïe et des autres sens sont beaucoup moins communes.

Il est un caractère un peu spécial, un peu distinct, que je dois, en terminant, vous signaler. Le malade atteint de delirium tremens voit fréquemment les objets se rapprocher de lui et s'éloigner ensuite, grandir et se rapetisser alternativement. C'est là une particularité qu'il importe de retenir, car vous l'observerez bien rarement en dehors de l'alcoolisme ; chaque fois donc que vous serez appelé près d'un individu sur le visage duquel vous constaterez tous les signes d'une évidente terreur, que ce malade vous dira voir des êtres et des choses imaginaires, qui vont grandissant puis diminuant tour à tour, méfiez-vous : il s'agira presque toujours d'un alcoolisé.

DU RÉTRÉCISSEMENT PRIMITIF DE L'ŒSOPHAGE.

Par M. Debove,

agrégé à la Faculté, médecin de Bicêtre.

Le cancer de l'œsophage reconnaît comme cause habituelle le cancer ou les cicatrices qui succèdent à l'action d'agents caustiques. Quant au rétrécissement primitif, les auteurs n'en parlent pas. Or nous avons eu récemment l'occasion d'observer un cas de rétrécissement de l'œsophage qui nous semble avoir succédé à un ulcère simple de cet organe. Voici ce fait : Un homme de cinquante-quatre ans, sans antécédents héréditaires particuliers, non syphilitique, ayant fait depuis 1870 de grands excès alcooliques, ayant eu, en dix ans, 5 accès de delirium tremens, entre en novembre 1882 à Bicêtre. Vers la fin de 1870, il éprouva de vives douleurs sur la pointe et vers la partie supérieure du sternum ; il éprouvait beaucoup de difficultés à boire et à manger ; ces opérations étaient extrêmement douloureuses et accompagnées de régurgitations. Le 5 mars 1872, trois vomissements de sang noir. Épuisé, il entre à l'hôpital de Provins, où on lui passe une sonde à bout olivaire, après quoi il peut manger plus facilement. En 1871 et 1872, vomissements fréquents formés de sang couleur marc de café. En 1878, nouveaux vomissements. Pendant toute cette période, le malade souffre cruellement de douleurs derrière le sternum quand il essaye d'avaler. Il a dû être sondé à plusieurs reprises. Depuis plusieurs années il ne vomit plus de sang et les douleurs sont un peu moins vives. Quand il entre dans notre service nous constatons l'existence de deux rétrécissements de l'œsophage situés, l'un au voisinage du cardia, l'autre beaucoup plus prononcé au niveau de la fourchette sternale, laissant à peine passer une olive de 8 millimètres.

En résumé, rétrécissement de l'œsophage remontant à plus de dix ans, ayant présenté deux périodes, la première caractérisée par des vomissements de sang et de la dysphagie due surtout à la douleur, la seconde par une dysphagie due surtout à un rétrécissement l'obligeant à se nourrir d'aliments liquides.

Il ne s'agit évidemment ici ni d'un rétrécissement cancéreux, ni d'un rétrécissement d'origine traumatique, ni d'un rétrécissement syphilitique. L'hypothèse la plus probable paraît être celle d'un ulcère simple, primitif de l'œsophage ayant amené un rétrécissement. L'ulcère de l'œsophage n'est pas décrit dans les livres classiques. Quincke rapporte trois observations avec autopsie. Dans la troisième, on avait cru avoir affaire à un cancer et on ne trouva à l'autopsie qu'une ulcération simple de l'œsophage. Si on avait reconnu pendant la vie la nature du rétrécissement, dit Quincke, à propos de ce cas, on aurait entrepris la dilatation qui vraisemblablement eût été suivie de succès.

Cette dernière réflexion montre l'importance de la variété de rétrécissement signalée dans notre travail. Dans l'état actuel des choses, en présence d'un rétrécissement de l'œsophage, si le malade n'a pas ingéré de substances caustiques, on s'empresse de conclure qu'il s'agit d'un cancer. De semblables erreurs ont probablement causé la mort d'un certain nombre de malades. La difficulté est certaine et nous ne voyons guère d'élément diagnostique que dans la durée de la maladie. C'est grâce au cathétérisme pratiqué par le médecin de Provins, même dans l'hypothèse d'un cancer, que notre malade a guéri. Aujourd'hui il mange comme tout le monde et ses forces sont revenues. Nous nous sommes servi, pour dilater son rétrécissement, d'un appareil construit sur nos indications, par M. Galante, appareil qui se compose d'une tige en baleine, longue, mince, flexible, terminée par une petite boule métallique, d'une série de petites olives en caoutchouc durci, d'une tige métallique creuse formée par un ruban roulé en spirale. Cette tige très flexible peut se plier en tous sens, elle a une certaine rigidité lorsqu'elle est glissée sur la baleine qui lui sert de conducteur et elle peut alors la suivre dans toutes ses inflexions. Cette tige sert à pousser les olives sur la sonde en baleine. Voici comment nous procédons à la dilatation : on introduit la sonde en baleine qui passe facilement grâce au petit diamètre de la boule terminale, on enfile ensuite une des olives et on la pousse avec la tige métallique ou propulseur. On peut alors employer de la force sans crainte de fausses routes. On introduit ainsi, dans la même séance, une série d'olives de grosseur croissante.

Cet appareil servit chez notre malade pendant environ trois semaines, au bout desquelles la dilatation était suffisante pour qu'on pût passer le gros modèle de ma sonde œsophagienne. Dans la suite, le malade introduisit lui-même cette sonde tous les jours ; le rétrécissement n'a aucune tendance à se reproduire depuis trois mois. Le cathétérisme de l'œsophage pratiqué, dans ces conditions, est facile et n'expose à aucun accident.

---

(1) Fournier, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, art. Alcoolisme.

EMPLOI DES CYANURES D'OR, D'ARGENT ET DE PLATINE EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DANS LE TRAITEMENT DES ATROPHIES PAPILLAIRES ATAXIQUES.

Par M. le docteur GALEZOWSKI.

J'ai fait, il y a plus d'un an, une communication sur l'action favorable des injections hypodermiques de cyanure de mercure dans le traitement des affections syphilitiques graves de l'œil, et notamment dans le traitement des choroïdites, des iritis condylomateux, des névrites optiques et des atrophies papillaires syphilitiques. J'ai démontré à cette époque que, dans les cas où les frictions générales mercurielles, les injections hypodermiques d'albuminate ou de peptonate de mercure sont restées sans effet, le cyanure de mercure injecté sous la peau a pu amener très promptement des soulagements, et dans certains cas, au bout d'un certain temps, des guérisons définitives. J'ai rapporté trois cas d'atrophies papillaires syphilitiques dans lesquels j'ai obtenu une amélioration sensible alors qu'aucun autre traitement n'avait pu amener le moindre soulagement.

J'ai eu l'occasion de revoir ces anciens malades et j'ai pu m'assurer que le mieux s'était maintenu. Malheureusement le cyanure de mercure ne peut être employé qu'à une faible dose : de 5 à 10 milligrammes. Dès qu'on veut dépasser cette dose et qu'on veut arriver à 15 ou 20 milligrammes, on provoque immédiatement des diarrhées incoercibles.

C'est pour remédier à cet inconvénient que j'ai cherché à remplacer le cyanure de mercure par d'autres sels cyanhydriques, et notamment par les sels d'or, de platine et d'argent. Je m'adressai, à cet effet, à M. Frémy (de l'Institut), pour avoir son avis sur le meilleur mode de préparation de ces sels. M. Frémy déclara que ces trois sels préparés avec du sodium ou du potassium étaient des sels parfaitement stables et faciles à employer. Grâce aux indications fournies par cet éminent maître, MM. Petit et Wurtz ont pu préparer les solutions suivantes titrées :

N° 1.	Cyanure d'or et de potassium.	20 centigr.
	Eau distillée.	10 gr.
N° 2.	Cyanure d'argent et de potassium.	20 centigr.
	Eau distillée.	10 gr.
N° 3.	Cyanure de platine et de sodium.	20 centigr.
	Eau distillée.	10 gr.

Une goutte de chacune de ces solutions contient 1 milligramme du sel cyanhydrique.

Depuis le mois de novembre, j'ai fait les injections hypodermiques de ces différents sels chez onze malades, et sur ces onze cas j'ai obtenu trois fois des résultats très encourageants : l'atrophie de la papille paraît être arrêtée. Chez un de ces malades, le cyanure de mercure n'était pas supporté, tandis que le cyanure d'or a pu être porté sans aucun inconvénient à la dose de 20 et 30 milligrammes.

Je ne crois pas que ce soit une simple coïncidence ou arrêt spontané de la maladie, car jusqu'à présent je n'ai jamais vu l'atrophie tabétique des papilles s'arrêter dans sa marche ; jamais je n'ai vu l'atrophie ataxique, syphilitique céder à aucun autre traitement. Je soigne actuellement deux malades atteints d'atrophie des papilles, dont l'un habite Cette, et l'autre est un employé des postes à Paris. Chez l'un et l'autre l'atrophie n'avait pu être arrêtée par aucun traitement, tandis que les injections de cyanure l'ont complètement enrayée depuis plusieurs mois.

Certainement, les faits ne sont pas encore ni assez anciens ni assez nombreux pour être sûr du résultat, mais de ces quelques faits on peut déjà conclure que les injections de sels de cyanure ci-dessus énumérés peuvent être tentées avec une certaine chance de succès.

MM. Burq, Charcot et Dumontpallier ont démontré que les hystériques ont des susceptibilités et des affinités des plus variées pour les différents métaux. Peut-être trouvera-t-on que, dans les affections organiques des nerfs optiques et de la moelle, les différents sels agiront différemment selon les individus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 avril 1883. — Présidence de M. BOULEY.

COMMUNICATIONS

Emploi des cyanures d'or, de platine et d'argent dans les atrophies papillaires d'origine ataxique. — M. GALEZOWSKI fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Hémorragies cérébrales. — M. BROWN-SÉQUARD appelle l'attention sur des hémorragies produites expérimentalement chez les oiseaux sous la membrane atloïdo-occipitale, dans le quatrième ventricule, quand on leur coupe le cou à certaines hauteurs. Il est bien démontré que ces hémorragies se produisent véritablement au moment même où l'on excite la moelle épinière et par le fait de l'irritation des nerfs vaso-moteurs. M. Brown-Séquard pense que certains cas d'hémorragies chez l'homme n'ont pas d'autre cause.

Action des mélanges de vapeur de chloroforme et d'air. — M. PAUL BERT fait une communication sur ce sujet. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1883, p. 331.)

M. RABUTEAU a fait un grand nombre d'expériences sur différents éthers, au point de vue de leur action physiologique ; il en cite plusieurs qui anesthésient les grenouilles sans les tuer, et qui tuent les cobayes sans les anesthésier.

M. BROWN-SÉQUARD a soumis deux épileptiques, l'un pendant quatre jours, l'autre pendant sept jours consécutifs, à des inhalations continues de chloroforme, sans avoir d'accidents.

M. DASTRES, en son nom et au nom de M. Morat, fait également une communication relative à un moyen de diminuer les dangers du chloroforme ; ce moyen, qui a été employé depuis par M. Aubert, chirurgien à Lyon, consiste à faire, vingt minutes avant l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther, sur le sujet qui doit être opéré ou sur l'animal en expérience, une injection sous-cutanée d'un mélange de chlorhydrate de morphine et de sulfate d'atropine ; l'anesthésie, grâce à ce moyen, devient beaucoup plus rapide, bien moins dangereuse et beaucoup plus calme. Voici la formule de la solution employée à Lyon :

Chlorhydrate de morphine.	10 centigr.
Sulfate neutre d'atropine.	5 milligr.
Eau distillée.	10 grammes.

Injectez 12 à 15 milligrammes de chlorhydrate de morphine et 6 à 7 dixièmes de milligrammes de sulfate d'atropine.

Présence du cuivre dans le cacao. — M. GALIPPE rappelle que la présence du cuivre normal dans les cacaos, et partant dans les chocolats, a été signalée en 1871 par M. Duclaux, professeur à la Faculté des sciences de Lyon. Avant les travaux de M. Galippe sur les composés cupriques et les recherches de M. Duclaux, on considérait comme adultérés les chocolats contenant du cuivre. Les résultats de M. Duclaux, ajoute M. Galippe, n'avaient pas besoin de notre contrôle, néanmoins certaines vérités ne sauraient être trop affirmées ; c'est pourquoi nous avons entrepris, à notre tour, un certain nombre de dosages qui confirment ceux de M. Duclaux.

M. Galippe fait connaître comparativement les chiffres obtenus par M. Duclaux et les siens.

En résumé, dit-il : 1° Les cacaos renferment normalement une proportion variable, mais constante, de cuivre ;

2° Les chocolats en contiennent également une proportion très notable qui nous paraît provenir uniquement du cacao qui a servi à sa fabrication, ou de l'épisperme de l'amande.

Expériences relatives à l'étude graphique de la respiration chez l'homme, à l'aide d'un nouveau pneumographe (pneumographe buccal, aérographe). — M. BLOCH dit qu'il vient répondre, par de nouvelles expériences, aux objections qui lui ont été adressées à propos de sa communication

faite dans la dernière séance. On lui a reproché de modifier les conditions de la respiration normale : par l'introduction, dans la bouche, d'un instrument assez volumineux ; par la contraction des muscles des mâchoires, que la tenue de l'aérographe entre les dents nécessite. On lui a, de plus, objecté que les vibrations de la membrane de caoutchouc étaient peut-être causées par quelque trépidation de la langue ou des joues.

Il dit que, pour se mettre à l'abri de ces diverses causes d'erreur, il a étudié l'acte de la respiration à l'aide d'un aérographe très petit : c'est un speculum auris, dont le pavillon est fermé par une membrane de caoutchouc et dont le tube est mis en communication, par les tuyaux à air, avec un tambour inscripteur.

L'instrument est assez peu volumineux pour que la bouche se ferme sur lui sans effort.

Il fournit des tracés absolument analogues à ceux de l'aérographe en bois, et cela, quelque position qu'on lui donne : soit que son pavillon regarde directement en arrière ou qu'il soit orienté en haut de côté, lors même que l'instrument est logé dans le vestibule de la bouche.

Une seule condition est nécessaire pour qu'il fonctionne, c'est que la langue ne s'appuie pas contre le palais.

L'emploi du speculum auris lève donc les objections relatives au volume de l'instrument et à la position fixe que son maniement nécessitait lorsqu'on prenait des tracés avec l'aérographe serré entre les dents.

Il s'agissait de savoir si les vibrations de la membrane sont bien dues aux courants d'air de l'inspiration et de l'expiration, ou bien à quelque autre cause.

Pour résoudre cette question, l'auteur enlève la membrane de caoutchouc. L'instrument devient un véritable manomètre à air. Il fonctionne parfaitement, dans la bouche fermée et avec une respiration nasale.

M. Bloch présente à la Société un graphique montrant trois tracés superposés : l'un, obtenu avec l'aérographe en bois ; le second, avec un speculum auris fermé ; le troisième, avec le speculum ouvert.

Ces trois tracés sont analogues et ne diffèrent que par les dimensions des courbes.

La ligne du speculum ouvert a des écarts considérables ; cela se conçoit, puisque la colonne d'air agit directement sur le tambour inscripteur.

Quant aux deux autres, on comprend que la sensibilité est d'autant plus grande que la membrane impressionnée offre une plus large surface.

L'expérience manométrique démontre péremptoirement que, dans la respiration nasale, avec la bouche fermée, lorsqu'on n'appuie pas la langue contre le palais, la cavité buccale est complètement en communication avec l'appareil respiratoire et que cette cavité subit et transmet aux instruments enregistreurs les changements de pression de la colonne d'air inspiré ou expiré.

M. Bloch ajoute ceci : « Il avait cru comprendre, dans la dernière séance, que M. F. Franck attribuait peut-être aux changements de volume du cœur certains accidents des courbes respiratoires : entre autres, la reprise de la fin de l'inspiration que l'auteur appelle *sanglot ébauché*.

Telle n'était pas la pensée de M. Franck. Il voulait faire observer l'influence générale des battements du cœur sur la colonne d'air de la respiration.

M. Bloch dit que cette question est trop importante pour pouvoir être traitée incidemment. Il montre un graphique où, sur la même feuille, on voit la courbe de l'aérographe et le pouls carotidien.

Le pouls carotidien a été choisi de préférence au tracé cardiaque, parce qu'il est moins impressionné par les mouvements respiratoires, plus lisible, par conséquent, surtout pendant les grandes inspirations.

Les repères montrent, ce à quoi on devait s'attendre d'ailleurs, que la reprise de l'inspiration ne coïncide pas avec les mêmes temps de la révolution du cœur et que le *sanglot ébauché* est bien franchement respiratoire.

La séance est levée.

Séance du 14 avril 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

Anesthésiques. — **M. Brown-Séquard**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Dastres (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1883, page 348), fait observer qu'en associant l'atropine à la morphine on a, contre les névralgies, plus que le double de l'action ordinaire de la morphine seule, qu'en outre l'atropine empêche presque toujours les vomissements et même les nausées. Il n'y a donc pas de doutes que l'atropine, ainsi associée à la morphine, ne présente de grands avantages et M. Brown-Séquard n'en a jamais observé d'accidents.

M. Rabuteau a fait de nombreuses expériences d'où il résulte qu'une injection sous-cutanée de chlorhydrate de narcéine, avant l'administration du chloroforme, a pour effet de prolonger l'anesthésie et de prévenir les nausées et les vomissements. Il ajoute que, selon lui, la mort par syncope est impossible quand le chloroforme est pur et que le malade n'a pas d'affection cardiaque. Les accidents du début, l'excitation elle-même, sont supprimés quand le chloroforme est parfaitement pur. Dès lors l'emploi du chloroforme pur rend inutile celui de l'atropine.

M. Laborde fait observer que la question de la pureté du chloroforme est un point très important, mais ne permet pas de dire qu'on est à l'abri de tout accident. La pureté du chloroforme ne garantit pas absolument le défaut d'accident.

Poissons toxiques du Japon. — **M. Rémy** a, dans un récent voyage, étudié les poissons toxiques du Japon. Il y en a deux variétés : 1° les poissons nuisibles ; 2° les poissons véritablement toxiques. Ces derniers appartiennent à la classe des tétrodons ; leur chair est agréable, ce qui fait qu'on la prend volontiers dans un but de suicide ; elle n'est pas dangereuse toute l'année ; c'est au printemps, probablement au moment du frai, que ces poissons deviennent le plus dangereux. M. Rémy a intoxiqué des chiens avec ces poissons pris soit en totalité, soit organes par organes. Parmi ces derniers, ce sont les organes génitaux qui ont paru les plus toxiques, et principalement les organes mâles. Ingérés par l'estomac, ces poissons n'empoisonnent pas les chiens à cause des vomissements qu'ils provoquent et qui font que les chiens ne les gardent pas ; mais préparés en bouillie et injectés sous la peau, ils déterminent la mort rapidement, en donnant lieu aux phénomènes suivants : salivation, vomissements très douloureux et très pénibles, phénomènes paralytiques, anxiété respiratoire, mort par arrêt de la respiration et du cœur. L'empoisonnement chez l'homme concorde de tous points avec ces expériences. A l'autopsie des animaux ainsi intoxiqués, on ne trouve rien d'appréciable dans le système nerveux, ni dans les poumons, ni dans le cœur ; c'est dans les glandes de l'estomac, du duodénum, dans le pancréas, que l'on trouve les traces de l'empoisonnement.

A côté de ces poissons toxiques se trouvent les poissons nuisibles qui provoquent simplement des indigestions et des congestions céphaliques.

De la puissance toxique de quelques poisons organiques sur les actinies. — **M. Dubois** fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 avril 1883. — Présidence de M. Millard.

Du rétrécissement primitif de l'œsophage et de son traitement. — **M. Debove** fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

De la réfrigération. — M. **DUMONTPALLIER** complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance en rendant compte des expériences faites par M. Lafont sur les animaux, et répond ainsi à la question posée par M. Dujardin-Beaumetz relativement à l'influence du refroidissement sur les congestions viscérales. Ces expériences démontrent que par le refroidissement lent on peut abaisser la température, le pouls et le nombre des respirations dans des proportions considérables sans déterminer de congestions viscérales. Par exemple, en un quart d'heure, chez un chien soumis au refroidissement, on peut faire tomber la température de 38° à 22°, le pouls de 115 à 55, la respiration de 17 à 5, sans qu'ensuite, à l'autopsie, on constate chez cet animal de congestions ni d'hémorragies viscérales. Il n'en est plus de même après une réfrigération subite, l'animal étant brusquement plongé dans de l'eau à 2°; après dix minutes la température monte ainsi que le pouls et la respiration, puis après dix minutes s'opère une réaction en sens inverse, et l'animal meurt en une demi-heure avec tous les viscères noirs et congestionnés, mais sans hémorragie.

Des expériences de M. Franck sont venues confirmer celles de M. Lafont. M. Dumontpallier rapproche de ces faits expérimentaux les observations cliniques qu'il a communiquées, en 1880, à l'Académie de médecine; il rappelle, entre autres, l'observation d'un malade atteint d'une variété de synoque pneumonique ou de congestion pulmonaire, dont la température avait atteint 41° et qui, à partir du jour où il fut placé dans l'appareil réfrigérant, ne présenta plus aucun signe de congestion pulmonaire. Il ajoute que M. Bondet (de Lyon) considère le catarrhe bronchique généralisé comme une indication des bains froids. M. Dumontpallier s'est assuré que ces abaissements de température ainsi obtenus coïncidaient avec un abaissement proportionnel de l'urée, de l'albumine, etc. En terminant, il cite l'observation d'un jeune collégien, atteint du choléra sporadique, qui était mourant et qui a été guéri grâce à l'application de l'appareil réfrigérant. En résumé, M. Dumontpallier croit ne rien avoir avancé qu'il ne fût à même de prouver.

A cinq heures la Société se forme en comité secret.

Vendredi dernier ont été rendus les derniers devoirs, au milieu d'un grand concours de confrères, d'amis et de clients, à M. le docteur Domerc, ancien président de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance.

M. le docteur Passant, secrétaire général de la Société, a prononcé sur sa tombe les paroles suivantes :

C'est à un double privilège que je dois le douloureux honneur de vous parler de l'homme de bien dont le cercueil va, dans un instant, être dérobé à nos yeux. Le camarade d'études de celui qui lui a donné trente années de relations amicales et sûres devait, au même titre que le secrétaire général de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance, vous dire aussi bien l'étendue du vide fait dans son cœur que dans la corporation dont il était un des membres les plus appréciés.

Domerc (Pierre-Marie-Athanase), fils d'un ancien chirurgien militaire, fut destiné d'abord à la pharmacie, mais une vocation particulière l'attirait vers la médecine et il mena de front ces deux genres d'études.

Après huit années de séjour dans les hôpitaux de Paris comme interne en pharmacie et externe en médecine, il fut reçu pharmacien de première classe à l'École supérieure de Paris, et l'année suivante docteur en médecine. A peine médecin, il était désigné par le ministre de l'agriculture pour porter ses soins dans le département de l'Yonne où le choléra se généralisait. Une médaille d'or récompensa son dévouement. Plus tard il recevait une médaille d'argent pour ses travaux sur la vaccine. Membre adjoint de la Commission d'hygiène en 1853, il fut, en 1856, élu secrétaire annuel de la Société médicale du Panthéon, dont il devint secrétaire général en 1861, en remplacement du docteur Auzias-Turenne dont il combattit vivement les doctrines dangereuses au sujet de la syphilisation. Les bulletins de cette Société et la *France médicale* ont reproduit ses intéressants travaux, où l'on reconnaît l'observateur consciencieux et sagace.

Personne ne comprit mieux que lui son devoir pendant la douloureuse période de 1870 et 1871. Médecin unique d'une ambulance annexe du Val-de-Grâce pendant le siège de Paris, Domerc y a donné gratuitement ses soins à quarante militaires blessés ou malades, parmi lesquels il n'a pas eu un seul décès à enregistrer. Ce service quotidien de médecine et de chirurgie et celui de médecin du bureau de bienfaisance de son arrondissement, extrêmement surchargé pendant le siège par les malheureux réfugiés de la banlieue, joints aux exigences de sa pratique personnelle, altérèrent sa santé. Resté à Paris à la suite de l'insurrection du 18 mars, il donna ses soins avec un égal dévouement à tous ceux qui les réclamaient, sans considération de couleur politique. Il en fut bien mal récompensé : la veille de la rentrée des troupes de Versailles, un insurgé dirigea son arme sur Mme Domerc qui tenait son enfant dans ses bras. La balle la blessa grièvement au genou et lui fractura la jambe.

Nommé en 1854 médecin du Bureau de bienfaisance du Ve arrondissement, il considéra comme un devoir et un honneur d'être élu membre de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance. Ses nombreuses communications le firent promptement remarquer de ses collègues, qui l'élevèrent au fauteuil de la présidence. Il ne négligeait aucune occasion de faire comprendre à l'Administration combien il était important que le traitement des pauvres à domicile ne restât pas plus longtemps délaissé. Confrère excellent, ami dévoué, il était attristé toutes les fois qu'un dissentiment survenait entre nous; aussi le voyons-nous toujours empressé à rapprocher ceux que des différends sérieux ou mal fondés avaient séparés.

Depuis quelques années seulement la croix de la Légion d'honneur avait récompensé une vie si pleine de dévouement et de désintéressement.

Tout entier à sa profession, Domerc s'y était consacré jusqu'aux dernières heures de sa vie; car, atteint depuis longtemps du mal qui l'enlève, il oubliait ses souffrances; et la nuit même qui a précédé sa mort, il était encore au chevet d'un malade. N'est-ce pas là, Messieurs, la fin du soldat qui tombe en combattant, et n'est-ce pas, comme pour lui, la mort du brave? Si rapides qu'aient été ses derniers instants, ils ont couronné dignement l'existence de l'homme de bien et la religion est venue apporter à cette vie qui s'éteignait, le rayonnement de l'éternité.

Pour nous, qui allons quitter cette tombe après un suprême adieu, nous n'oublierons pas cette sympathique mémoire. Que nos regrets soient pour Mme Domerc une consolation dans sa douleur, pour son jeune fils un encouragement à mériter, comme son père, l'estime de tous.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — Les questions données dans les sixième, septième et huitième séances (épreuve orale, section de chirurgie) ont été :

1° Mercredi 11 avril. — L'urétrotomie externe; candidats : MM. Schwarz et Étienne;

2° Jeudi 12 avril. — Fractures du bassin; candidats : MM. Campenon et Paul Segond;

3° Vendredi 13 avril. — Cystite chronique; candidats : MM. Dubar et Le Bec.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La seconde épreuve — épreuve orale — du concours de l'adjuvat a eu lieu vendredi et samedi derniers; les questions données ont été : 1° l'extrémité supérieure du fémur, description, développement et insertions ligamenteuses et musculaires; 2° description de l'os iliaque, ligaments et muscles qui s'y insèrent. — L'épreuve anatomique commence aujourd'hui lundi.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 avril 1883, M. le docteur

Briand est nommé médecin adjoint à l'asile Sainte-Anne. (Création nouvelle.)

— Par arrêté, en date du 13 avril 1883, la chaire de botanique de la Faculté des sciences de Montpellier est déclarée vacante.

— Par décision ministérielle, en date du 12 avril 1883, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

M. Hattute (E.-M.), médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 8e corps d'armée, pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris.

M. Boisseau (E.-M.-E.), médecin principal de première classe à l'hôpital militaire de Perpignan, pour les fonctions de directeur du service de santé du 8e corps d'armée.

M. Balley (F.), médecin de deuxième classe à l'hôpital militaire de Nancy, pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris.

M. Guillemin (H.-F.-V.-E.), médecin-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, détaché à l'hôpital Khéreddine, à la Goulette (Tunisie), pour l'hôpital militaire de Marseille.

M. Godin (L.-G.-P.), médecin aide-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, pour le corps d'occupation de Tunisie.

M. André (C.-A.-S.), médecin-major de première classe au 99e régiment d'infanterie, pour le 88e régiment de même arme.

M. Cadot (L.-F.), médecin-major de deuxième classe, provisoirement au 36e régiment d'infanterie, pour le 19e bataillon de chasseurs à pied.

M. Tartière (E.-G.), médecin-major de deuxième classe au 17e bataillon de chasseurs à pied, pour le 8e régiment de hussards.

M. Lelong (P.-E.-J.), médecin-major de deuxième classe au 19e bataillon de chasseurs à pied, pour le 17e bataillon de même arme.

M. Troussaint (A.-F.-C.), médecin aide-major de première classe au dépôt du 5e régiment de hussards, pour le 1er régiment d'artillerie-pontonniers.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Trèves, membre honoraire de la Société de médecine pratique ; Barbaux, médecin aide-major de première classe ; Boudier, médecin principal de première classe en retraite.

— M. le docteur Péan reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 21 avril à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14405.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU I. Chondrome parotidien. — II. Kyste sublingual. — III. Tumeurs hémorroïdales, relâchement du sphincter de l'anus. — HÔPITAL DU MIDI. Phagédénisme syphilitique. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles. — Bibliographie.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Alors qu'après la déclaration officielle de clôture de la discussion sur la fièvre typhoïde, nous avions toute sorte de bonnes raisons de croire qu'il n'en serait plus question, du moins pour quelque temps, nous avons eu, dans cette séance, un épilogue de cette discussion dans les nouveaux documents relatifs à la méthode de Brand que M. Bouley est venu développer devant l'Académie, et une reprise de la discussion incidente et collatérale sur les doctrines microbiennes.

Ce n'est pas le prophète de la microbie, c'est le dieu lui-même qui s'est manifesté cette fois. Tenant, paraît-il, à répondre personnellement à M. Peter, M. Pasteur, parti du Jura le matin, faisait sa rentrée à l'Académie à trois heures, — ce dont, par parenthèse, le président l'a très gracieusement loué au nom de ses collègues, — et dans une de ces courtes notes précises, nettes et tranchantes, comme il sait les écrire, il a combattu les objections et les critiques contenues dans le dernier discours de M. Peter, qu'il a qualifiées d'autant d'inexactitudes. M. Peter répondra dans la prochaine séance.

Il y a dans ce débat, qui paraît devoir s'engager à nouveau, des questions de fait, sur lesquelles nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer, et des questions de doctrine, de principes et de méthodes scientifiques, qui pourraient devenir le sujet d'une discussion sérieuse et d'un grand intérêt.

MM. Maurice Perrin et Giraud-Teulon ont fait chacun une communication, le premier sur une question d'ophtalmologie pratique, le second sur un point de haute physiologie de la vision. On trouvera un résumé de ces deux communications dans le compte rendu.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Chondrome parotidien. — II. Kyste sublingual. — III. Tumeurs hémorroïdales, relâchement du sphincter de l'anus.

I. Je vous dois aujourd'hui quelques explications sur la malade que nous avons opérée d'une tumeur que nous avions cru pouvoir diagnostiquer un chondrome parotidien kystique (1), d'après l'ensemble des phénomènes qu'elle présentait, d'après sa marche extrêmement lente, d'après son indolence et sa bénignité apparentes.

En effet, si au début de l'opération nous reconnaissons bien la nature kystique de la tumeur, si l'incision d'un premier kyste donnait issue à un liquide un peu noirâtre, mais nullement visqueux ni filant, bientôt, après avoir enlevé la tumeur et l'avoir fendue pour l'examiner, nous nous apercevions que sa portion dure n'était pas un chondrome, mais qu'elle donnait, sous la pression, issue à une sorte de suc laiteux, indiquant qu'il ne s'agissait plus d'une affection bénigne, mais de proliférations des cellules épithéliales. Dans ces conditions, j'ai essayé de pénétrer plus profondément et j'ai extirpé une partie de la glande elle-même, afin d'enlever tout ce qui était atteint par la dégénérescence. Enfin j'ai enlevé aussi les deux ganglions situés sur le bord du muscle sterno-mastoïdien. Le nerf facial a été disséqué avec soin, sans avoir subi aucune lésion. J'avais eu la pensée de placer au fond de la plaie une flèche de pâte caustique, pour détruire aussi loin que possible tout prolongement de la tumeur, mais la présence du nerf facial indemne ne m'a pas permis d'y donner suite.

L'examen histologique de la tumeur nous a montré depuis lors qu'elle était composée d'éléments de mauvaise nature ; les canaux glandulaires de la parotide sont remplis de cellules épithéliales, un ganglion intra-parotidien en est également infiltré. Nul doute donc que nous avons eu affaire à un sarcome et non à une tumeur chondroïde comme nous étions en droit de le supposer, d'après les faits cliniques, avant de procéder à l'opération. Du reste, en réalité, un point seul de la tumeur se trouve être sarcomateux, tandis que celle-ci, dans tout le reste de son étendue, est bien de nature kystique. Le pronostic que nous devons émettre est, par suite, modifié ; et quand bien même il s'agirait d'un sarcome bénin, il serait toujours moins rassurant que si nous nous étions trouvés en présence d'un chondrome.

II. Nous allons opérer dans quelques instants une de nos malades d'une grenouillette, c'est-à-dire d'un kyste sublingual développé dans les follicules muqueux. Le sujet est déjà d'un certain âge, mais sa tumeur est récente ; cette femme en fait remonter le début à un mois. L'accroissement en a été très rapide. La tumeur est transparente, un peu bosselée, la muqueuse est très distendue, sa coloration est

(1) Voir *Gazette des hôpitaux* du 15 mars 1883.

d'un bleu noirâtre. Appartient-elle au conduit de Wharton ? Non, le cathétérisme, avec un stylet mousse, nous a montré qu'elle en était tout à fait indépendante ; du reste, on ne voit pas non plus sourdre aucun liquide.

La malade n'en paraît pas trop gênée ; elle parle très bien, et la seule infirmité que cette grenouillette entraîne avec elle, c'est que cette femme crache abondamment un liquide visqueux dont, je l'avoue, je ne m'explique pas très bien l'origine. Ce n'est point de la salive ; il ne provient pas non plus de l'intérieur de la tumeur, qui ne présente ni perforation ni ulcération quelconque. C'est une véritable sécrétion muqueuse qui semble due à la présence même de la tumeur. Ceci dit, à quel genre d'opération allons-nous avoir recours ? A l'incision de la tumeur; mais dès que les deux lèvres de la plaie se trouveraient rapportées, dès que la cicatrisation serait obtenue, nous verrions la tumeur se reproduire. Jobert, pour y obvier, a fait ce qu'il a appelé la batrachosioplastie ou l'autoplastie de la grenouillette en ce sens que, ces tumeurs ayant une double paroi, il enlevait d'abord une portion de la muqueuse en la disséquant, puis, fendant la membrane propre du kyste, il renversait celle-ci sur la muqueuse à laquelle il la suturait de façon à maintenir la porte ouverte. Le procédé était judicieux en soi, mais la maladie ne valait réellement pas la peine d'avoir recours à une opération aussi difficile. De plus, il ne conduisait pas à la guérison ; on avait là une fistule permanente. C'est alors que parmi les chirurgiens les uns ont proposé de faire des injections dans la poche kystique avec de la teinture d'iode, d'autres avec du vin, d'autres encore avec de l'alcool, etc. Il y a quatorze ou quinze ans environ, j'ai démontré que pour guérir un kyste sébacé, sans avoir à procéder à une extirpation, il fallait recourir à des injections de chlorure de zinc. Cette manière de faire a inspiré à un de mes anciens élèves l'idée d'employer le même procédé aux kystes sublinguaux. Mais le résultat n'est pas ici toujours aussi bon et l'inflammation, déterminée par le chlorure de zinc, a quelquefois pour résultat, au lieu de faire disparaître la tumeur, de la rendre solide et indestructible.

C'est pour obvier à cet inconvénient que j'ai modifié le procédé opératoire de la manière suivante : je passe successivement deux aiguilles courbes munies d'un fil double, l'une sur un côté de la tumeur, l'autre sur l'autre côté ; je fends le kyste entre les deux, je vide et nettoie la poche avec le plus grand soin, après quoi je la remplis avec une boulette de charpie trempée dans du chlorure de zinc que je laisse en place pendant quarante-huit heures. Je retire ensuite fils et boulette, et, les parois du kyste tombant, la guérison s'obtient rapidement.

C'est le procédé auquel j'aurai recours tout à l'heure.

III. La seconde opération que je vais faire est la cautérisation de tumeurs hémorroïdales, mais dans des conditions différentes de celles où nous nous sommes trouvés samedi dernier chez la jeune fille récemment accouchée dont je vous ai entretenu ce jour-là (1). Comme vous vous en souvenez peut-être, il s'agissait également de bourrelets hémorroïdaires considérables, très douloureux, accompagnés, comme cela a lieu très fréquemment, d'une contracture du sphincter de l'anus très prononcée, de telle sorte que les hémorroïdes, une fois sorties, ne pouvaient que très difficilement rentrer.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 15 mars 1883.

Chez le malade d'aujourd'hui, c'est absolument le contraire que nous observons. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui, depuis une vingtaine d'années, a des hémorroïdes, lesquelles, augmentant peu à peu avec les années, sont actuellement très volumineuses ; elles sont indolores et n'occasionnent aucune gêne ou difficulté au malade pour aller à la selle ; mais ce qui fait que cet homme réclame notre intervention, c'est d'une part qu'elles donnent lieu à une perte de sang assez considérable à chaque garde-robe et à un écoulement blanchâtre, muqueux ; le reste du temps, c'est d'autre part que ces tumeurs donnent la sensation d'une pesanteur des plus pénibles par ce fait que, rentrées par le malade, elles ne sont pas maintenues par le sphincter de l'anus qui, loin d'être contracturé, présente un relâchement des plus prononcés.

Que devons-nous faire en pareils cas ? Encore une fois la même opération que samedi, c'est-à-dire la destruction des hémorroïdes par la pince-cautère écrasante. Toute brûlure détermine un état irritatoire qui, suivi de cicatrisation, entraîne une rétraction plus ou moins grande des tissus. La cautérisation des hémorroïdes nous conduira donc à ce double résultat : qu'il suffira d'agir sur trois points, par exemple, en laissant dans l'intervalle la muqueuse et la peau parfaitement saines pour détruire le bourrelet hémorroïdaire et obtenir un certain degré de rétrécissement du sphincter de l'anus. Nous allons donc pédiculiser avec un fil de cuivre lesdites hémorroïdes en trois points, pour les volatiliser immédiatement avec la pince-cautère écrasante.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Phagédénisme syphilitique (1).

IV

Dans l'ordre hiérarchique des régions que le phagédénisme attaque avec une préférence marquée, il faut placer, pour la face, après le nez, les joues, les tempes, les oreilles, les lèvres et le front. Sur le tronc, c'est la partie dorsale et en particulier la région scapulaire qui y est le plus exposée. Le pied et les extrémités inférieures en sont plus souvent attaqués que les mains et les extrémités supérieures. Mais, avant les membres, il faut placer les organes génitaux. Beaucoup plus souvent qu'on ne le suppose, ils deviennent le siège d'éruptions tuberculo-ulcéreuses, de gommes sous-cutanées ou sous-muqueuses, et même d'infiltrations diffuses et profondes, d'une néoplasie maintes fois condamnée à la destruction phagédénique. Là se rencontrent plus fréquemment que partout ailleurs et à des intervalles de temps variables, suivant la rapidité ou la lenteur du processus général de la syphilis, le phagédénisme primitif et le phagédénisme tertiaire. Je vous ai cité autrefois des exemples du premier, j'ai encore plus de cas du second, depuis le phagédénisme superficiel, décorticant, jusqu'au phagédénisme qui troue, évide, perfore, détruit partiellement ou en masse, et fait disparaître en quelques jours le gland et même les corps caverneux. Chez la femme, les mutilations phagédéniques des organes génitaux ne sont ni moins grandes ni moins variées que chez l'homme. Elles perforent ou détruisent les petites lèvres, rongent les grandes, détruisent la

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 avril 1883.

fourchette, le clitoris, rongent le vestibule et attaquent même le col de l'utérus. Pertes de substance permanentes, fistules, atrésies cicatricielles, troubles fonctionnels, incontinence, rétention, impuissance, etc., tels sont les effets du phagédénisme tertiaire et perforant des parties sexuelles. Dans la région ano-rectale, ses conséquences sont aussi très graves, car elles aboutissent ordinairement à l'atrésie et à tous les accidents que peut occasionner un obstacle permanent à la circulation et à l'évacuation des matières fécales.

Il résulte de ce qui précède que le phagédénisme tertiaire perforant, contrairement à celui qui reste superficiel, est fécond en accidents de toute sorte, non seulement pendant sa phase d'activité, mais peut-être encore plus quand il entre en voie de réparation et après qu'il est guéri. Vous venez de voir sommairement les dangers qu'entraîne la rétraction du tissu inodulaire aux extrémités du tube digestif, dans les cavités naso-pharyngiennes, les voies digestives, et sur les organes génitaux des deux sexes. Comparés à eux, les inconvénients qui résultent des cicatrices froncées, profondes, anfractueuses de la peau, sont de peu d'importance, même quand elles défigurent le visage. Les plus sérieux, au point de vue fonctionnel, sont les brides inodulaires qui infléchissent le segment d'un membre sur l'autre, gênent, limitent et même abolissent complètement les mouvements d'extension et de flexion. Quant aux mutilations, leur gravité dépend des régions où elles siègent. Le phagédénisme qui ampute plusieurs doigts de la main, qui fait disparaître une partie du pied, par exemple, est incomparablement plus à craindre que celui qui ronge la moitié ou les trois quarts d'une fesse.

Il est rare que le phagédénisme tertiaire produise par lui-même et indépendamment des troubles fonctionnels qu'il suscite du côté des fonctions digestives, respiratoires ou génito-urinaires, une perturbation sérieuse et durable dans la santé générale. Bien souvent l'organisme assiste impassible et comme indifférent aux lésions phagédéniques qui le dévorent. Il ne montre aucune velléité de réaction générale ou locale. La santé reste impertubablement bonne et c'est à peine si quelquefois la sensibité est excitée douloureusement sur les points envahis. Plus fréquemment, surtout dans les cas de phagédénisme profond et étendu, les fonctions organiques descendent au-dessous de leur niveau normal et se détériorent d'une façon lente, continue, progressive, sans qu'il n'y ait rien de spécial dans l'épuisement qui mine peu à peu la santé.

C'est là un commencement de cachexie chronique. Plusieurs causes contribuent à la produire, et parmi elles, en première ligne, l'état moral, l'anxiété, le découragement, les idées noires, la surexcitation ou l'affaissement nerveux qui en résultent, puis les douleurs quelquefois excessivement vives, l'insomnie, l'abondance de la suppuration, etc. Il est rare que le phagédénisme s'accompagne d'accidents généraux plus prononcés et jette l'économie dans le marasme et la cachexie. Les choses n'en viennent à cette extrémité que si des fonctions aussi capitales que la respiration et la digestion sont sérieusement compromises et si le foie, la rate ou les reins sont envahis par la syphilis, comme cela est fréquent, aux périodes reculées de la maladie constitutionnelle. L'état aigu étant exceptionnel dans le phagédénisme tertiaire, bien que ses phénomènes se déroulent parfois avec une grande rapidité, on n'y rencontre que rarement la fièvre continue ou rémittente, l'état saburral, la prostration des forces, la stupeur, l'ataxo-adynamie, le subdelirium, etc., qui donnent aux phagédénismes violents, étendus, accélérés, gangreniformes de la chancrelle et exceptionnellement du chancre infectant, la physionomie et les allures d'une fièvre typhoïde subaiguë (1).

Cette tendance constante du phagédénisme tertiaire à évoluer lentement sous un mode aphlegmasique qui amortit ou éteint la réaction vitale des parties saines périphériques, le préserve des complications inflammatoires, si communes, au contraire, dans le phagédénisme du chancre simple. Le phagédénisme de l'accident primitif en est moins indemne; il est rare, toutefois, qu'elles atteignent une grande intensité.

L'exagération du phénomène essentiel de l'action phagédénisante, c'est-à-dire de la destruction moléculaire des tissus, peut conduire à une complication de même nature; seulement, le processus, au lieu de s'attaquer à chacune des cellules ou des fibres organiques et de les tuer une à une, en englobe une étendue plus ou moins considérable simultanément, et les escarrifie en bloc et avec une grande rapidité. On voit alors se former çà et là, sur la surface de l'ulcération phagédénique, des plaques de sphacèle, qui se reconnaissent facilement à leur couleur d'un brun foncé, verdâtre, on même tout à fait noire. Ces plaques, plus ou moins étendues et rapprochées, sont éliminées là comme sur les parties saines par un fossé qui se creuse autour d'elles et les détache peu à peu. Il en résulte un redoublement dans l'action destructive du phagédénisme, dont l'allure devient plus accélérée, et elle l'est d'autant plus que de nouvelles plaques se forment ordinairement sur la place même des premières ou à côté d'elles : c'est ce qu'on appelle le phagédénisme gangreneux. Dans cette grave complication, il y a des degrés qui dépendent de l'étendue et du nombre des points sphacélés. Son expression la plus haute, c'est l'envahissement de toute la surface de l'ulcère phagédénique par le processus gangreneux. Ici, ne vous attendez pas à retirer quelque bénéfice de la destruction en masse des parties ulcérées; il ne s'agit point, en effet, d'un virus local comme celui du chancre simple, dont l'action reste circonscrite et ne dépasse pas la zone des parties saines qui entourent immédiatement la lésion. En pareil cas, on comprend que la gangrène en masse soit d'une efficacité souveraine, et c'est ce qui a lieu; elle éteint radicalement la virulence et arrête court la phagédénisation chancrelleuse. — Mais dans la syphilis tertiaire, l'imprégnation morbide est plus générale et plus profonde; aussi la destruction moléculaire est-elle plutôt activée que ralentie et, à plus forte raison, qu'étouffée par l'escarrification totale de la surface ulcéreuse. La mortification gangreneuse ne se fait pas, du reste, ordinairement en bloc et avec brutalité; elle a lieu presque régulièrement et à la sourdine, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, dans le fond ou sur les bords, et même quelquefois elle procède systématiquement, dans les cas, par exemple, où la zone périphérique de l'ulcération est seule atteinte par cette dégénérescence. Le processus gangreneux est alors centrifuge et, comme le processus phagédénique, il détruit les tissus par cercles concentriques, dont les rayons s'allongent de plus en plus. De pareilles complications sous

(1) Une circonstance curieuse à noter, c'est que, dans le phagédénisme syphilitique primitif et tertiaire, les ganglions lymphatiques de la région envahie ne subissent, en général, aucune atteinte, qu'ils ne s'engorgent et ne s'endolorissent même pas.

ce mode systématique sont extrêmement rares ; on les rencontre quelquefois dans les syphilides malignes précoces, et vous savez que l'une d'elles, désignée sous le nom de tuberculo-gangreneuse, les présente pendant toute sa durée.

La complication pultacée, diphtéroïde, semblable à la pourriture d'hôpital, est encore plus exceptionnelle que la précédente dans le phagédénisme tertiaire; on ne voit guère la surface des ulcères se couvrir de productions pulpeuses et putrilagineuses ou de fausses membranes adhérentes d'un blanc lardacé ou grisâtre. J'en ai observé quelques cas dans le phagédénisme primitif.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 avril 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend : une lettre de M. le ministre de l'instruction publique qui transmet l'ampliation du décret approuvant l'élection de M. le docteur Féréol dans la section de thérapeutique en remplacement de M. Pidoux.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au nom de M. le docteur Hélot et de M. G. Trouvé, un photophore électrique frontal.

Le photophore électrique frontal est une application à la médecine des lampes électriques à incandescence dans le vide. Jusqu'à ce jour l'on n'avait pu employer ces appareils qu'en grand, en les animant avec de puissantes machines dynamo ou magnéto-électriques ou bien à l'aide d'accumulateurs chargés au moyen de ces mêmes machines. M. G. Trouvé, en apportant un notable perfectionnement à la pile au bichromate de potasse, a permis d'utiliser ce merveilleux éclairage pour les petites installations.

Le docteur Paul Hélot, chirurgien en chef des hôpitaux de Rouen, et M. G. Trouvé ont résolu d'une façon non moins satisfaisante le problème de l'éclairage électrique médical.

Leur appareil se compose d'une lampe à incandescence dans le vide, comprise dans un cylindre métallique entre un réflecteur et une lentille convergente. Très léger et peu volumineux, ce photophore s'applique sur le front, comme le miroir des laryngologistes ou des auristes. La lumière qu'il fournit est très intense. Un léger déplacement de la lentille en fait varier le champ avec la plus grande facilité. Placé dans l'axe des yeux, la lumière accompagne pour ainsi dire le regard de l'opérateur qui n'a nullement à s'en occuper.

Dans les circonstances où l'on préférerait employer l'appareil sans le porter sur le front, rien ne serait plus facile que de le fixer sur un support prenant son point d'appui sur une table, le bras d'un fauteuil ou un meuble quelconque.

La source d'électricité est la pile au bichromate de potasse sursaturé de M. G. Trouvé. Elle peut, dans ce cas, fournir sans être rechargée, un grand nombre d'heures de travail, soit d'une façon continue, soit à des intervalles aussi longs qu'on voudra.

Ce puissant appareil d'éclairage peut trouver son application dans un grand nombre de circonstances, qu'il s'agisse d'éclairer un champ opératoire profondément situé, ou des cavités naturelles comme la bouche, la gorge, les oreilles, etc.

Les gynécologistes trouveront fréquemment l'occasion de l'utiliser dans certaines opérations délicates, demandant beaucoup de lumière. Mais c'est surtout pour les maladies du larynx et des oreilles que son emploi semble indiqué, de préférence à tout autre appareil, car la lumière qu'il fournit est parfaitement blanche et n'altère en rien la couleur des tissus.

Désormais les dentistes ne se contenteront plus d'actionner, au moyen de la pile et du moteur électrique de M. G. Trouvé, leur tour de White ; ils auront, sans augmenter sensiblement leur dépense, la possibilité d'éclairer la bouche au moyen du photophore électrique d'une façon qui ne laisse rien à désirer.

LECTURES

Méthode de Brand. — M. BOULEY, absent dans la dernière séance, n'a pu, avant la clôture de la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde, produire de nouveaux documents qu'il a recueillis sur l'emploi de la méthode de Brand. Ces documents sont assez importants pour devoir être communiqués.

Voici d'abord la réponse à la question posée par M. Blot relativement à l'époque de la maladie à laquelle doivent être administrés les bains froids : Le traitement par les bains froids peut et doit être appliqué quand le diagnostic est seulement probable ; on ne doit pas attendre le cinquième jour; il y a tout avantage à recourir à ce traitement dès les premiers jours, parce que le malade n'est pas encore déprimé et supporte dès lors beaucoup mieux, dans la suite, les bains froids. Sitôt que, pendant plus de deux ou trois jours, la température oscille entre 38° le matin et 39° le soir, il faut recourir au traitement qui, employé de suite, a beaucoup plus de chances d'être efficace.

Relativement aux statistiques qui ont été données par Brand et ses adeptes, il est convenu que l'on ne considère comme fièvre typhoïde que les maladies dont la température est restée au-dessus de la normale pendant dix-sept jours au moins.

Il résulte des faits observés que les bains froids ont une action non seulement réfrigérante, mais aussi tonique, excitante et dérivative. Aucun traitement n'individualise moins, attendu qu'il y a de grandes différences, au point de vue de l'action, entre un bain froid de cinq minutes ou un bain froid de quinze minutes, entre un bain à 28° ou un bain à 17°, etc. On trouve entre ces divers bains les mêmes différences qu'entre l'alcool et le sulfate de quinine, par exemple.

M. Bouley fournit quelques autres documents sur la méthode de Brand et termine en répondant quelques mots à M. Peter. Il se défend du reproche d'incompétence qui lui a été adressé par M. Peter et rappelle, à cette occasion, la part prise par les membres de la section de médecine vétérinaire à un grand nombre des questions qui ont été mises en discussion à l'Académie.

Les doctrines dites microbiennes et la vaccination charbonneuse. — M. PASTEUR lit un travail sous ce titre en réponse au discours de M. Peter du 27 mars. Après la lecture d'un passage de ce discours, M. Pasteur s'exprime en ces termes : Que je puisse me tromper, ce n'est pas moi qui y contredirai; mais ce que je ne puis admettre, c'est qu'on m'attribue des erreurs que je n'ai pas commises. Dans les extraits que je viens de citer, je ne vois qu'inexactitudes et je porte à M. Peter le défi d'établir une seule de ses assertions.

Il est inexact que ce qui s'est passé pour la rage démontre que je me sois trompé ; il est inexact que j'aie jamais annoncé avoir découvert une nouvelle maladie de la rage ; il est inexact que j'aie commis une erreur par une précipitation dans mes conclusions ; il est enfin inexact de dire que si j'avais observé en médecin, je ne me serais pas trompé, car l'une des particularités de mon travail a été précisément de relever une erreur commise par un médecin, clinicien de grand mérite, Maurice Raynaud.

Si j'osais porter un jugement personnel sur un travail sorti de mon laboratoire, je dirais que dans aucune recherche peut-être je n'ai appliqué avec plus de respect les principes de la méthode expérimentale.

Quant à la prophylaxie du charbon par l'inoculation du virus mortel atténué, les cultivateurs ne paraissent pas tenir grand compte d'oppositions plus ou moins systématiques. (M. Pasteur énumère ici le grand nombre de vaccinations qui ont été faites depuis le discours de M. Peter.) Il n'y a pas eu, depuis le mois de novembre dernier, un seul animal qui ait succombé aux suites de la vaccination.

Que M. Peter se rassure donc, qu'il fasse une enquête plus scrupuleuse et qu'il laisse le temps faire son œuvre.

Lorsque je reproche à M. Peter de n'être pas au courant des choses dont il parle, il est clair que je ne vise pas ses opinions sur telle ou telle méthode de traitement médical, mais unique-

ment ce qu'il a dit de mes travaux. Je ne suis ni médecin, ni vétérinaire ; souvent je l'ai regretté. Plus jeune ou seulement plus valide, à l'âge même où je suis, vous me verriez sur les bancs de vos auditeurs. Quand j'eus l'honneur d'être appelé à faire partie de cette Académie, ma joie était de penser que j'allais m'instruire, au milieu de vous, de choses que j'ignorais. Parfois cependant je me suis consolé de mon insuffisance en me souvenant à propos d'un conseil de M. Dumas relatif aux vers à soie dont il me sollicitait de m'occuper, alors que j'ignorais complètement la question, qu'il pouvait quelquefois être utile de s'écarter des voies tracées pour se frayer des sentiers nouveaux. Le travail est dur, mais plus marqué d'empreinte personnelle et originale.

Si M. Peter avait porté un regard judicieux sur l'histoire des sciences et de la médecine en particulier, il aurait reconnu quels pas elles ont faits chaque fois qu'il est arrivé de sortir des routes battues ; il aurait reconnu qu'elles gagnent toutes à se faire des emprunts.

En disant qu'il n'a que faire des méthodes de sciences d'analyse, qu'il oppose à la médecine science de synthèse, M. Peter ne s'aperçoit pas qu'une science qui serait toujours en présence de synthèses ne pourrait être qu'une science inférieure, et il ne s'aperçoit pas que, chaque fois que la médecine a grandi, elle s'est rapprochée par son esprit et ses méthodes des sciences d'analyse.

A l'entendre parler avec tant de dédain des chimistes et des physiologistes qui touchent aux questions de maladies, on dirait qu'il parle au nom d'une science dont les principes sont assis sur le roc. Lui faut-il donc des preuves du peu d'avancement de la thérapeutique, quand depuis six mois on discute s'il vaut mieux traiter la fièvre typhoïde par tel ou tel moyen ou ne pas la traiter du tout ! Et quand on est à la veille peut-être de résoudre la question de l'étiologie de cette maladie par la microbie, M. Peter commet ce blasphème médical de dire : Eh ! que m'importent vos microbes ?

M. Peter veut que la tournure d'esprit qui m'a fait choisir la chimie, la physique et la physiologie comme études de prédilection, m'éloigne des choses de la médecine. Je lui répondrai que je parle au nom d'un labeur de quarante ans qui me permet de lui porter le défi de prouver une seule de ses assertions ; que le docteur Maurice Raynaud, étudiant en même temps que moi la salive de l'enfant enragé, mais ne l'observant qu'en médecin, comme l'aurait très probablement fait M. Peter, a passé à côté de la vérité ; que le grand intérêt médical de l'expérience de la poule lui échappe entièrement ; que l'interprétation médicale qu'il en donne est sans fondement. Je lui parle enfin au nom d'un savoir qui me permet d'écrire aux professeurs de l'École vétérinaire de Turin qu'ils ont eu le tort, dans leurs expériences de contrôle, d'inoculer du sang charbonneux pris sur un cadavre de vingt-quatre heures, dont le sang était à la fois septique et charbonneux ; qui me permet de dire qu'il est étrange qu'un professeur de la première école médicale du monde assimile à une simple curiosité d'histoire naturelle des faits comme celui de la merveilleuse expérience de Pouilly-le-Fort ; qui me permet de dénoncer la légèreté avec laquelle il a parlé des vaccinations par des virus atténués.

Vous avez exalté, Monsieur, votre patriotisme, dit M. Pasteur en terminant ; vous avez été sincère, vous avez fait vos preuves. Vous me permettrez cependant de vous faire remarquer que vous avez été chercher, pour me combattre, des armes étrangères.

Mon patriotisme à moi est de telle nature que je ne me consolerais pas que la grande découverte de l'atténuation du virus-vaccin ne fût pas une découverte française. (Applaudissements répétés.)

Conjonctivite rhumatismale. — M. PERRIN lit une deuxième note sur la conjonctivite rhumatismale. Dans la séance du 17 janvier 1882, M. Perrin a communiqué un certain nombre de faits propres à faire admettre une forme de conjonctivite purulente qui serait due à l'évolution du rhumatisme. Cette forme se confond dans ses traits principaux, surtout au point de vue de la rapidité et de la gravité des accidents, avec celle que l'on désigne sous le nom de conjonctivite purulente blennorragique.

Depuis sa communication, M. Perrin a reçu, de divers côtés, des observations qui viennent confirmer sa manière de voir. C'est la lecture de ces observations qui fait l'objet de sa communication. Voici en quels termes M. Perrin les résume : Ces observations, prises à des sources diverses, s'ajoutent aux faits que j'ai précédemment soumis à l'Académie. Elles mettent hors de doute l'existence d'une forme de conjonctivite purulente ou catarrhale qui se développe sans contagion et sous l'action du rhumatisme. Cette forme de conjonctivite s'est montrée soit avant, soit pendant ou peu de temps après d'autres manifestations rhumatismales. Elle ressemble à l'ophtalmie blennorragique par la violence de l'attaque, par la rapidité de l'évolution, par les dangers qu'elle fait courir à la cornée malgré le traitement local le mieux dirigé. Elle a dû le plus souvent être confondue avec elle.

La conjonctivite rhumatismale n'est pas toujours purulente ; elle affecte quelquefois la forme catarrhale. C'est elle qui vraisemblablement sert de point de départ à ces épidémies de catarrhes conjonctivaux qui s'observent dans les prisons, dans les écoles, dans les casernes, sur les bateaux, etc.

Dans toute conjonctivite purulente chez les rhumatisants ou dans toute conjonctivite purulente qui ne résulte pas d'une contagion reconnue, il est indiqué d'ajouter au traitement local l'usage des médicaments anti-rhumatismaux et spécialement le salicylate de soude.

Au traitement local par le nitrate d'argent sous la forme de crayon mitigé ou de solutions, il convient d'ajouter des lotions ou des pulvérisations très fréquentes avec de l'eau alcoolisée à 25 p. 100.

Physiologie de la sensibilité chromatique. De la théorie d'Young en présence de nouvelles découvertes en astronomie physique. — M. GIRAUD-TEULON lit, sous ce titre, un travail qu'il résume par les conclusions suivantes :

Le spectre solaire n'est pas un phénomène constamment fixe et identique à lui-même.

Formé par la superposition de deux spectres composants obéissant chacun à un mode différent de dispersion, il varie, en chaque région, d'éclat relatif avec l'angle de cette dispersion.

Deux spectres ne peuvent donc fournir des objets d'étude comparative que sous la condition expresse de l'identité de l'angle de dispersion : condition que les observations passées n'indiquent pas avoir été constamment remplie.

D'autre part, contrairement à l'hypothèse implicite qui a présidé jusqu'ici aux études physiologiques sur la lumière, la composition et l'éclat des radiations solaires sont tout autre chose que constants. L'un et l'autre varient au contraire avec grande fréquence et souvent même dans le cours d'une seule séance expérimentale.

Ces faits expliquent suffisamment les incertitudes et les divergences qui caractérisent les observations produites jusqu'à ce jour pour la détermination de la valeur soit lumineuse, soit chromatique d'une région quelconque du spectre.

L'astronomie physique nous apprend encore que la lumière cosmique offre un éclat d'autant plus vif et d'autant plus blanc que son spectre contient un moindre nombre d'éléments chromatiques.

Ce fait confirme pleinement la proposition de M. le docteur Charpentier quant au rôle réel des complémentaires. Lors de la production de la sensation blanche, les éléments chromatiques, loin de se combiner par addition, s'annulent ou se compensent réciproquement.

Ces enseignements nouveaux, d'ordre exclusivement physique, ajoutent leur poids aux considérations purement physiologiques qui s'opposent à la conservation de la théorie d'Young ; ils démontrent la nécessité de reprendre une route imprudemment abandonnée et de ramener l'étude physiologique des sensations chromatiques sur le terrain commun à tous les autres départements sensoriels.

A cinq heures la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats au concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central, qui doit s'ouvrir le lundi 30 avril 1883, sont au nombre de quarante-huit. Ce sont MM. les docteurs :

Martin (Marie), Leroux (Marie-Henri), Letulle (Maurice), Barié (Ernest), Robin (Laurent), Leroux (Charles), Merklen (Félix), Leduc (Henri), Brault (Marie), Beringier (Louis), Decaisne (Gaston), Brissaud (Édouard), Comby (Jules), Ledoux-Lebard (Marie), Buzot (Hubert), Dreyfous (Ferdinand), Gaucher (Philippe), Lucas-Championnière (Paul), Faisans (Michel), Leloir (Henri), Juhel-Renoy (Jean), Chouppe (Henri), Stackler (Louis), Legendre (Henri), Jean (François), De Beurmann (Charles), Oulmont (Paul), Renault (Alexandre), Galliard (Lucien), Havage (Eugène), Lataste (Pierre), Benoit (Paul), Hirtz (Hippolyte), Netter (Just), Variot (Gustave), Bourcère (Paul), Beclère (Antoine), Josias (Albert), Talamon (Charles), Chauffard (Marie), Robert (Alphonse), Hirtz (Edgar), Faucher (François), Rivet (Louis), Ballet (Louis), Lorey (Louis), Veil (Ferdinand), Muselier (Paul).

— Les candidats pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux de Paris sont au nombre de quatre. Ce sont : MM. Barnouvin, Patein, Sonnié-Moret et Thabus.

Le Jury se compose de MM. Hébert, Crinon, Boimont, Vialla, Lextreit, Gay, Peter.

— *Concours de l'agrégation.* — Les questions données à l'épreuve orale de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation, ont été pour les séances de :

Lundi 16 avril : Anévrysme diffus ; candidats : MM. Baraban et Sabatier.

Mardi 17 avril : Étranglement interne ; candidats : MM. Kirmisson et Marchant.

— *Concours de l'adjuvat.* — M. Deschiens s'est retiré du concours après la seconde épreuve.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Boutet est nommé secrétaire de l'École.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Imbert est nommé secrétaire de l'École.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Mazeirac est nommé secrétaire de l'École.

— Par décision ministérielle, en date du 12 avril 1883, les pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

M. Morel (G.-C.-E.), pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, pour la réserve des médicaments, à Marseille.

M. Troupeau (P.), pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, pour la réserve des médicaments, à Marseille.

M. Fischer (C.-A.), pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine (pour ordre), détaché à l'hôpital de Sousse (Tunisie), pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

M. Rousselet (R.-E.-A.-D.), pharmacien aide-major de première classe à l'hôpital militaire de Perpignan, détaché à l'ambulance de Ghardimaou (Tunisie), pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

M. Baudin (M.-L.-E.), pharmacien aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, pour la réserve des médicaments, à Marseille.

M. Colin (E.-A.), pharmacien aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine (pour ordre), détaché à l'hôpital de Bizerte (Tunisie), pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— Par décision ministérielle en date du 13 avril 1883, M. Buy (A.-F.-M.), médecin aide-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, a été désigné pour l'hôpital thermal d'Amélie-les-Bains.

— Par décision ministérielle, en date du 14 avril 1883, M. Ribes (Jules), médecin aide-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Vincennes, a été désigné pour occuper un emploi de son grade à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 avril 1883, un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert, le 15 octobre 1883, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

— MM. les docteurs Subert et Fichot, médecins à Nevers, sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Nevers.

— Une mission est organisée dans la régence de Tunis en vue de procéder à des recherches d'histoire naturelle et principalement de botanique. M. Cosson, membre de l'Institut, est chargé de diriger cette mission. MM. Doumet-Adanson, président des Sociétés d'horticulture de l'Hérault et de l'Allier; Aristide Letourneux, conseiller honoraire de la cour d'Alger ; le docteur Victor Reboud, médecin-major de première classe, en retraite, sont nommés membres de la Commission. MM. Bonnet, préparateur au Muséum d'histoire naturelle ; Barratte, conservatenr des collections de M. Cosson; Clément Duval, préparateur de plantes, sont adjoints à la mission.

— La Société de médecine d'Anvers met au concours, pour l'année 1883, les questions suivantes :

I. Exposer les recherches modernes sur la pathogénie de la tuberculose. — II. Étudier comparativement les différents modes du traitement du diabète. — III. Étudier l'influence des maladies du cœur sur les femmes enceintes et réciproquement l'influence de la gravidité sur les maladies du cœur. — IV. Faire connaître l'état actuel de la science sur le rôle que jouent dans la pathologie tant interne qu'externe, les germes, vibrions, microspores, parasites en général, en s'appuyant sur les démonstrations et les expériences.

Prix : médaille d'or ou de vermeil ou mention honorable, selon la valeur du mémoire. Outre ces prix, les auteurs des mémoires couronnés seront nommés correspondants de la Société et recevront gratuitement cinquante exemplaires de leurs travaux.

Les mémoires devront être envoyés, avant le 30 novembre 1883, sous les formes académiques ordinaires, au secrétariat de la Société, docteur W. Schleicher, 41, rue Ommeganck, Anvers.

— M. le docteur Cadet de Gassicourt commencera ses leçons cliniques sur les maladies des enfants le jeudi 19 avril à dix heures à l'hôpital Trousseau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— M. le docteur E. Vidal reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 21 avril et les continuera les samedis suivants. — Le samedi, à neuf henres, visite des malades; à dix heures, leçons sur la thérapeutique des maladies de la peau (salle Alibert).

— M. le docteur Léon Labbé reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital Beaujon, le mardi 24 avril, à neuf heures du matin, et les continuera les mardis suivants à la même heure.

— *Muséum.* — M. le professeur Bouley commencera le cours de pathologie comparée le samedi 21 avril 1883, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure. Il traitera des maladies contagieuses dans les différentes espèces animales et de l'influence des travaux de laboratoire sur les progrès de la médecine d'observation.

M. le professeur Edmond Becquerel commencera son cours de physique appliquée aux sciences naturelles le lundi 23 avril 1883, à une heure de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre du

Muséum et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Il traitera cette année de la lumière dans ses rapports avec les phénomènes physiques et naturels et s'occupera notamment de la phosphorescence ainsi que des matières chimiques et physiologiques de la lumière.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. — La deuxième partie du tome XXVIII de la première série et la deuxième partie du tome XI de la troisième série viennent de paraître. Elles contiennent les articles suivants : *Développement,* par M. Ch. Robin; *Diabète,* par M. Demange ; *Statistique,* par M. Legoyt; *Stérilité,* par M. de Sinéty. — Paris, Asselin et Cie.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale et d'hygiène pour 1883, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1882 et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'une note sur le traitement hygiénique de la fièvre typhoïde et d'un mémoire sur les parasiticides, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, et par J. Bouchardat, médecin-major. — 43e année. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Simulation de l'amaurose et de l'amblyopie : des principaux moyens de la dévoiler, par M. le docteur S. Baudry, médecin oculiste du Bureau de bienfaisance de Lille. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, O. Berthier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14412.

N° 46. — SAMEDI 21 AVRIL 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 21 AVRIL 1883. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Paralysies toxiques. — Des rechutes de la fièvre typhoïde. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — VARIÉTÉS. Extrait d'un rapport adressé à M. le vice-recteur sur l'administration de la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire de 1882-1883, par M. Béclard, doyen. — Nouvelles. — Bibliographie.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysies toxiques.

A côté des paralysies organiques et des paralysies fonctionnelles, il y a place dans la nosologie pour un troisième groupe, celui des paralysies toxiques. Cette place leur est faite depuis longtemps. A peine aurions-nous besoin de rappeler ici les paralysies saturnines si connues et si spéciales, les paralysies arsénicales, mercurielles, phosphoriques, les paralysies par l'oxyde ou par le sulfure de carbone, par la nicotine, enfin les paralysies alcooliques, etc. Mais bien des points de l'histoire de ces paralysies restaient encore à éclairer, notamment le siège et la nature des lésions nerveuses produites par ces divers agents toxiques. M. Lancereaux avait déjà étudié cette question, particulièrement pour les paralysies alcooliques, dans son article ALCOOLISME du *Dictionnaire encyclopédique* et dans divers mémoires dont nous avons entretenu nos lecteurs. Il a repris de nouveau ce sujet dans des leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié, dont il vient de faire publier tout récemment un compte rendu. Nous extrairons de ces leçons quelques faits et quelques considérations cliniques et anatomo-pathologiques qui trouvent leur place naturelle ici.

PARALYSIES ALCOOLIQUES (1).

Le premier fait est un cas d'alcoolisme chronique, avec hyperalgésie, paralysie symétrique des quatre membres, suivie de mort dans l'adynamine et le coma. Il s'agissait d'une femme de trente ans, d'une extrême obésité, amenée à l'hôpital dans un état de sub-délirium continu, qui ne permettait d'obtenir aucun renseignement.

Les deux membres inférieurs étaient le siège d'un œdème blanc, mou et considérable; l'infiltration envahissait la partie postérieure du tronc et la paroi abdominale. Œdème notable aux avant-bras et sur le dos des mains. Les pieds étaient le siège d'une hyperesthésie excessive, mais inégalement répartie et avec retard dans la perception des excitations douloureuses. Les jambes et les cuisses étaient hyperesthésiées au point que le moindre pincement, la pression la plus légère, faisaient pousser des cris. Hyperesthésie analogue, mais moins intense sur le tronc et les membres supérieurs.

La malade pouvait à peine imprimer un léger mouvement à ses pieds et il lui était absolument impossible de soulever ses membres inférieurs ou même de les déplacer. Les membres supérieurs étaient aussi en partie paralysés; les mains étaient fortement fléchies sur l'avant-bras, les doigts dans la demi-flexion; l'extension du poignet était impossible; les mouvements du coude et de l'épaule étaient conservés.

Pas de paralysies de la face; pupilles un peu dilatées; pommettes très colorées; muqueuses conjonctivale et gingivale pâles et anémiées. Urines rougeâtres déposant un précipité abondant d'urates, mais ne contenant ni albumine ni sucre; incontinence des urines et des matières fécales; escarre superficielle et peu étendue au sacrum. Grande agitation et délire loquace la nuit. Température 38°,6 le soir, 38° le matin.

On avait appris par le médecin qui avait soigné cette malade en ville, avant son entrée à l'hôpital, qu'un peu plus de deux mois auparavant, à la suite d'un refroidissement, il était survenu un arrêt brusque des règles, qui n'avaient pas reparu depuis; que le mois suivant, à l'époque où elles auraient dû paraître, il s'était produit un œdème des deux membres inférieurs, qui avait ensuite envahi le ventre et que la malade avait accusé dans ces mêmes membres des douleurs spontanées, violentes, se propageant jusque dans le ventre et vers les épaules. La malade se plaignait surtout d'une sensation continuelle de fourmillement, d'engourdissement dans les mains; elle avait continuellement de la fièvre, son pouls était petit et fréquent, etc.

Enfin des renseignements recueillis auprès des personnes chez qui cette femme était placée apprirent que, venue à Paris à l'âge de quinze ans, elle avait toujours été domestique dans une crèmerie, qu'elle n'avait jamais eu de maladies, à part quelques migraines au moment des règles, mais que depuis quelque temps elle rejetait tous les matins une pituite et qu'en arrivant à la crèmerie, son premier soin était de réclamer, pour combattre ce symptôme, une cuillerée de vulnéraire anisé, qu'enfin elle se livrait à des excès de boissons alcooliques diverses et qu'elle rentrait parfois chez elle en état d'ébriété.

(1) Nous avons pensé que ce sujet ne ferait pas double emploi avec les leçons de notre collaborateur M. Legrand du Saulle sur « les alcoolisés », actuellement en voie de publication. Ceci est un épisode de l'histoire de l'alcoolisme chronique qui a sa place à côté.

Il s'agissait, en présence de cette réunion bizarre et complexe de symptômes nerveux constatés chez cette malade, de déterminer quel était le siège probable des lésions qui leur donnaient naissance. La variété et la diffusion même des symptômes nerveux : paralysie symétrique des quatre membres, mais incomplète, limitée dans les membres supérieurs aux muscles extenseurs de la main et des doigts, sans contracture, paralysie flasque; œdème blanc, mou et également symétrique des deux membres inférieurs et d'une partie du tronc ; hyperesthésie inégalement répartie, mais prononcée surtout aux pieds ; absence de tout signe, soit de méningite cérébro-spinale et de tout caractère d'ataxie locomotrice ; état de sub-délirium continu ; enfin, les antécédents constatés après enquête qui avait été faite sur les habitudes de la malade, tout concordait pour faire porter par M. Lancereaux le diagnostic : Alcoolisme chronique avec paralysie symétrique motrice et vaso-motrice des extrémités des membres.

Cette malade ayant succombé aux progrès de la maladie, après une huitaine de jours de séjour à l'hôpital, voici succinctement ce que M. Lancereaux a constaté à l'autopsie : d'abord toutes les lésions caractéristiques d'une sénilité anticipée des organes, telles qu'on les trouve généralement chez les sujets qui succombent à l'intoxication alcoolique, cerveau réduit de volume et de poids, à circonvolutions amincies ; substance cérébrale de consistance molle et piqueté hémorragique; épaississement de la pie-mère par places à la voûte ; moelle normale, ainsi que les racines antérieures et postérieures qui ont été examinées au microscope; surcharge adipeuse du cœur, mou, flasque, décoloré; foie augmenté de volume, en état de stéatose avancée, etc. Les muscles de l'avant-bras et ceux des mollets étaient décolorés, mous ; on y constatait l'existence d'un grand nombre de granulations. Les tubes des nerfs radial et tibial postérieurs étaient manifestement altérés.

Dans un deuxième fait, il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, atteint d'alcoolisme chronique, dont l'origine remontait à une quinzaine d'années environ, époque où il était au service en Afrique, où il faisait un fréquent abus d'absinthe. A son entrée à l'hôpital, il avait un tremblement des lèvres et des mains, se plaignait d'insomnies, de cauchemars, d'hallucinations terrifiantes, de crampes dans les pieds et les mains, de sensations d'élancements, de picotements et de fourmillements dans les membres, particulièrement dans les mollets et les genoux qui étaient le siège d'une hyperalgésie considérable; la marche était difficile, à peine le malade pouvait-il se soutenir. Au bout de quatre mois environ de séjour à l'hôpital, tous les symptômes s'aggravant graduellement malgré le traitement mis en usage, cet homme tombe dans un état comateux et succombe.

Dans ce deuxième fait, les phénomènes paralytiques étaient moins accentués que chez la malade précédente, mais ils l'étaient encore assez néanmoins pour qu'on puisse les faire entrer dans le syndrome caractéristique de l'intoxication alcoolique, avec leur caractère spécial de localisation dans les muscles extenseurs et d'association avec des désordres de la sensibilité et des troubles vaso-moteurs. Les lésions anatomiques, peu accusées, étaient principalement localisées dans les muscles des membres et dans les filets nerveux des jambes, qui présentaient à l'examen microscopique une segmentation granuleuse de la myéline, les centres nerveux étant intacts.

Nous résumerons une troisième observation qui présente de très grandes analogies avec le sujet de la première, pour les symptômes constatés pendant la vie, comme pour les lésions trouvées après la mort. Il s'agit, comme dans celle-là, d'une femme âgée de trente-trois ans, alcoolique par hérédité, ayant commencé à se livrer à la boisson dès l'âge de vingt ans. Il y avait un an qu'elle ne dormait plus, qu'elle avait des pituites tous les matins, des vomissements, et qu'elle éprouvait pendant la nuit des fourmillements dans les extrémités, des crampes et des soubresauts dans les membres, lorsque, à son entrée à l'hôpital, on constata des troubles profonds de la sensibilité, hyperalgésie sur le dos des pieds et des mains, aux jambes, tandis que dans d'autres parties, à la plante des pieds par exemple, le chatouillement n'était pas perçu ; sensation continuelle de froid aux pieds. Des troubles de la motilité, paralysie presque complète des membres inférieurs qu'elle peut à peine élever au-dessus du plan du lit, contracture des muscles du cou, complétaient le tableau.

Après quelques jours de séjour à l'hôpital, des troubles moteurs se manifestent également aux membres supérieurs, les extenseurs des doigts sont paralysés ; en même temps il survient de l'œdème aux mains et aux poignets ; les membres inférieurs étaient déjà œdématiés depuis quelque temps. Enfin, pendant que cette malade était en traitement, il survient intercurremment une pneumonie lobaire qui précipite sa fin.

L'autopsie a montré, chez cette malade, des lésions identiques à celles que l'on avait constatées chez le sujet de la première observation : état de sénilité anticipée de la plupart des organes, intégrité des centres nerveux et particulièrement de la moelle, du moins à l'œil nu.

Enfin, dans une quatrième observation relative encore à une femme âgée de quarante-huit ans, atteinte d'alcoolisme chronique avec paralysie des extrémités et morte de tuberculose pulmonaire, on a constaté, à l'autopsie, comme dans les cas précédents, avec l'intégrité des centres nerveux et des racines spinales, des lésions des nerfs des membres paralysés, semblables à celles que l'on observe après les sections nerveuses, mais ne portant que sur une partie des fibres du nerf, et, dans les muscles des membres paralysés, un degré de dégénérescence granulo-graisseuse plus avancée que dans les autres observations.

Ces observations, que nous n'avons pu rapporter que sommairement, ont une physionomie tout à fait spéciale. Non seulement ces malades étaient atteints de paralysie des membres, mais ils présentaient, à des degrés divers, des troubles gastriques, se plaignaient de rêves effrayants, d'insomnie, éprouvaient aux extrémités des membres des sensations de picotements, de fourmillements, de brûlure, coexistant avec une analgésie ou une hyperalgésie symétrique. Ils présentaient, en outre, des désordres vaso-moteurs : rougeur ou pâleur des membres, sueurs limitées aux extrémités, œdème occupant de préférence le dos des pieds et des mains, etc. Or, ces derniers phénomènes se rattachant manifestement à l'intoxication alcoolique, il y a toute raison de croire que les premiers, c'est-à-dire les accidents paralytiques, se rapportent aussi à la même intoxication. Mais ce qui, suivant M. Lancereaux, prouve bien cette origine, c'est la physionomie toute particulière de la paralysie elle-même, présentant un caractère qui n'a fait défaut dans aucune des observations. Elle est symétrique, se localisant en même temps et au même degré sur les muscles homologues des deux côtés, non seulement aux membres inférieurs, mais

encore aux membres supérieurs. Des extrémités où elle débute, elle gagne peu à peu, en diminuant d'intensité, la racine des membres; l'affaiblissement est toujours plus accusé aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Les muscles extenseurs sont, dans la grande majorité des cas, plus fortement atteints que les fléchisseurs, d'où résulte une attitude spéciale des pieds et des mains. La contractilité électro-musculaire, explorée dans quelques cas, était sinon abolie, du moins manifestement diminuée, circonstance qui rapproche la paralysie en question de la paralysie saturnine. Deux des malades offraient en outre une anesthésie très marquée au courant faradique.

Ce sont ces faits qui ont conduit M. Lancereaux à considérer la paralysie alcoolique comme ayant une origine périphérique, une symptomatologie et une marche distinctes et même des caractères anatomiques spéciaux.

PARALYSIES ARSÉNICALES.

Quoique sur ce sujet M. Lancereaux n'ait pas eu d'observation personnelle à nous communiquer, le résumé analytique qu'il nous présente des quelques faits empruntés à d'autres observateurs, nous a paru offrir assez d'intérêt par son rapprochement avec les faits qui précèdent, pour en reproduire ici les principaux traits.

Voici l'ensemble des symptômes rapportés par plusieurs médecins qui ont eu l'occasion d'observer des cas d'intoxication arsénicale.

Dans l'empoisonnement arsénical, les fonctions intellectuelles sont, en général, peu modifiées. — En cela différence radicale avec l'intoxication alcoolique. — Mais voici où les ressemblances commencent.

La paralysie et les troubles vaso-moteurs sont de ses effets les plus ordinaires. La paralysie débute symétriquement par les extrémités pour gagner, en s'affaiblissant, la racine des membres. Les jambes sont toujours les parties les plus affectées ; dans un grand nombre de cas la marche est impossible. L'impotence des membres supérieurs s'accuse soit par une diminution de la force musculaire, soit par l'impossibilité où se trouvent les malades d'exécuter certains mouvements de précision. Dans quelques cas, la paralysie affectait de préférence les muscles extenseurs. La contractilité faradique des muscles paralysés a été trouvée fortement diminuée ou même complètement abolie. L'un des observateurs signale comme un signe presque constant, même dans les cas légers, un tremblement limité aux doigts, augmentant, comme le tremblement alcoolique, quand le malade cherche à les étendre et à les écarter, et, dans quelques cas graves, un tremblement de la langue et des muscles de la face, semblable à celui auquel M. Lancereaux attache une grande importance dans le diagnostic de l'alcoolisme (tremblement caractéristique de la lèvre supérieure).

L'examen objectif de la sensibilité a donné des résultats un peu différents avec divers observateurs. Tandis que l'un d'eux a constaté l'intégrité de cette fonction ou seulement une légère diminution du tact et la présence de plaques limitées d'anesthésie sur le dos des pieds et des mains, d'autres insistent, au contraire, sur la diminution allant parfois jusqu'à l'abolition du tact dans les extrémités paralysées. Dans presque tous les cas, ajoutent ces derniers, les malades se plaignaient de fourmillements douloureux, revenant surtout la nuit, occupant d'abord les doigts et les orteils, puis remontant, en même temps que la paralysie, vers la racine des membres. Cette sorte d'engourdissement des membres, avec ou sans la sensation de formication si commune chez les alcooliques, est le plus souvent accompagnée d'une sensation permanente de froid aux extrémités.

Il survient aussi, dans ces conditions, des désordres de la circulation périphérique et parfois des troubles trophiques, tels que l'œdème, habituellement limité aux pieds, gagnant quelquefois les jambes et parfois aussi le dos des mains ; des sueurs froides couvrant les extrémités et surtout les pieds, à l'occasion de la moindre émotion ; un épaississement et une surcharge adipeuse considérable du tissu cellulaire sous-cutané, avec teinte blafarde de la peau, lorsque l'intoxication est chronique, etc.

En somme, comme on le voit, l'intoxication arsénicale détermine, du côté du système nerveux, et particulièrement à la périphérie de ce système, des troubles ayant de très grandes analogies avec ceux que produit l'alcoolisme chronique.

— Nous pourrions, poursuivant cette intéressante étude, trouver encore dans l'histoire d'autres intoxications, telles que celles par l'oxyde et le sulfure de carbone, par l'opium, des exemples de phénomènes paralytiques ayant également des ressemblances avec les paralysies alcooliques et les paralysies arsénicales. Mais cette analyse nous conduirait trop loin. Nous nous bornerons à rappeler, notamment sur les effets de l'oxyde et du sulfure de carbone, les travaux de MM. H. Bourdon, E. Leudet et A. Delpech, qui ont été analysés ou résumés dans le temps dans la *Gazette*.

Des rechutes de la fièvre typhoïde (1).

Rechutes, récidives, recrudescence, exacerbation, nous paraissent aujourd'hui des termes assez bien définis pour qu'il soit superflu de nous engager dans des distinctions et des différenciations superflues. Ce que nous allons chercher dans la partie de la thèse de M. Hutinel qui traite des rechutes, ce sont les documents nouveaux qu'ont pu lui fournir les observations faites pendant la dernière épidémie et ceux qui nous sont parvenus le plus récemment des pays voisins.

Le premier point qu'il était intéressant de fixer est celui de la fréquence des rechutes et de leur proportion moyenne par rapport à un chiffre donné d'atteintes. Les statistiques connues donnent à cet égard des résultats très variables ; mais ce que l'on y remarque surtout, c'est un accroissement assez notable de cette proportion, dans ces derniers temps et jusqu'à la dernière épidémie qui vient de sévir, où les récidives paraissent avoir été observées plus fréquemment que jamais. Ainsi, tandis que dans les statistiques de Rilliet et Barthez on trouve une proportion de rechutes inférieure à 3 p. 100, de 4,8 p. 100 dans une statistique du service de M. Cadet de Gassicourt, de 3 p. 100 dans Murchison, nous voyons les chiffres de 6 et de 8 p. 100 dans Griesinger, 10 p. 100 dans un relevé de Maclagan, 6,3 p. 100 donnés par Gerhardt en Allemagne, 8,6 p. 100 par Liebermeister à Bâle, 11 p. 100 par Baummler.

M. Vallin, en présence de ces chiffres, s'est demandé si le traitement antipyrétique et surtout le traitement par l'eau froide, généralement usité en Allemagne depuis quelques

(1) Voir la Revue clinique du 14 avril 1883.

années, ne favoriserait pas les récidives. Un relevé comparatif fait par Liebermeister à l'hôpital de Bâle, portant sur 861 cas de fièvre typhoïde traités par les moyens ordinaires, qui ont donné 64 récidives (7,4 p. 100), tandis que 882 fièvres typhoïdes traitées par l'eau froide ont fourni 86 récidives (9,8 p. 100), semblerait donner raison à cette opinion. M. Hutinel pense que ce qui paraît influencer surtout la fréquence des récidives, c'est la constitution médicale. La variabilité de la fréquence des rechutes suivant les époques et les épidémies donnent en effet à cette opinion une grande vraisemblance.

Relativement aux âges, il n'a été fait aucune observation particulière.

Rien de précis ne ressort de l'étude des causes occasionnelles de la rechute.

La mort étant exceptionnelle dans les rechutes de fièvre typhoïde, les occasions de constater les lésions anatomiques qui s'y rattachent sont relativement rares. Plusieurs observateurs ont affirmé avoir constaté, dans ce cas, la coexistence de lésions récentes avec les ulcérations primitives en voie de cicatrisation; les lésions de la rechute sont alors moins étendues que celles de la première évolution et souvent distantes de celles-ci. Dans un cas de rechute observé dans le service de M. Bucquoy, on a trouvé à l'autopsie des lésions distinctes dans l'intestin grêle : 1° des plaques opalines formant un léger relief sur le bord libre de l'intestin grêle; 2° entre ces îlots, qui étaient des plaques cicatrisées, il existait un nombre égal de plaques ulcérées, encore recouvertes de putrilage et offrant les caractères des plaques typhiques avant l'élimination. Dans le cæcum et le côlon descendant, on trouvait, en outre, quelques ulcérations, une perforation et une péritonite de voisinage. Dans un fait observé par M. Cornil, il se serait passé la succession des phénomènes suivants : 1° une fièvre typhoïde grave; 2° une rechute de la fièvre, à symptômes typhoïdes, causée par un catarrhe iléo-colique de la plus grande intensité; 3° une éruption tuberculeuse discrète dans des poumons ayant subi autrefois une atteinte de même nature. M. Cornil émet, à ce sujet, des doutes sur la répétition des lésions de l'intestin dans les réversions de la fièvre typhoïde ; il pense qu'il s'agit, dans la majorité des cas, d'une fièvre symptomatique d'une entéro-colite.

M. Hutinel partage à cet égard l'opinion de M. Potain, qu'il ne faut pas trop généraliser les faits dans lesquels les lésions récentes des plaques de Peyer ont fait défaut dans les autopsies après des rechutes nettement caractérisées, et cela pour plusieurs raisons : 1° parce que ces ulcérations ont été observées dans un grand nombre de cas, — M. Hutinel dit en avoir vu de très nettes dans un cas où le malade succomba à une hémorragie intestinale; — 2° parce qu'il arrive parfois, exceptionnellement il est vrai, que dans la fièvre typhoïde régulière, les lésions des plaques de Peyer fassent défaut; il n'existait aucune lésion de ce genre chez un sujet dont M. Hutinel a fait l'autopsie l'année dernière, ni chez un autre sujet dont M. Bouchard lui a communiqué l'observation.

Il résulterait donc de l'étude de ce point que la reproduction des lésions intestinales dans la rechute est possible, commune même, surtout dans les cas graves, mais qu'elle n'est pas constante.

L'étude des signes qui caractériseraient la fausse convalescence et permettraient de prévoir une rechute n'a conduit à rien d'absolument démontré jusqu'à présent, bien qu'il ait été fait sur ce point d'intéressantes recherches.

La durée de la période intercalaire a été très variable. Elle a été en moyenne de huit à douze jours, mais elle peut n'être que de quarante-huit heures et atteindre parfois vingt ou trente jours.

Les caractères des urines dans la rechute ne sont pas encore parfaitement connus. Ceux qui ont été constatés, notamment par M. A. Robin, semblent indiquer des combustions moins actives, et, par suite, une dénutrition moins rapide que dans la première atteinte.

L'étude de la température, dans la rechute, présente un intérêt capital. Voici en quelques propositions les résultats qu'elle a donnés :

En examinant le rapport qui existe entre le mode suivant lequel la température s'élève et la durée de la rechute, il semble que souvent la rechute soit courte quand l'ascension a été brusque et rapide; l'ascension lente, au contraire, s'observe surtout dans les réversions à forme prolongée.

La période d'état, le plus ordinairement, est marquée par des oscillations très irrégulières dans lesquelles il y a, entre le soir et le matin, entre un jour et le jour suivant, des écarts de 1° 1/2 à 2°.

Dans la grande majorité des cas, la défervescence se fait par grandes oscillations descendantes qui, en quarante-huit heures ou trois jours, ramènent la température à la normale.

Les rechutes multiples ont été observées; on en a vu se répéter deux, trois, jusqu'à quatre fois. Un cas de quatrième rechute consécutive a été vu récemment par M. Hallopeau. Les quatre rechutes ont été parfaitement caractérisées, séparées par des intervalles apyrétiques de treize à trente et un jours. La deuxième rechute dura trente-deux jours; les autres durèrent de treize à quinze jours en moyenne. La maladie totale dura ainsi plus de deux cents jours. C'est la plus longue durée qui ait été observée jusqu'à présent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 avril 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Des amputations chez les tuberculeux. — **M. TRÉLAT** montre le moule du moignon d'un malade qu'il a amputé de la jambe. Il avait opéré ce malade à sept reprises différentes pour des affections toutes d'origine tuberculeuse, tumeur tuberculeuse de la conjonctive, tumeur tuberculeuse du sein, abcès des membres, résection partielle de la malléole externe, etc., enfin amputation du pied pour une arthrite tuberculeuse. Or chez ce malade, bien manifestement tuberculeux, il y a eu une réunion primitive, immédiate, absolue de sa plaie d'amputation. Ce résultat opératoire est des plus remarquables.

M. POZZI a pratiqué l'amputation de la cuisse chez un malade atteint d'arthrite tuberculeuse du genou, ayant des craquements aux sommets. Après cette opération, la réunion primitive immédiate a été obtenue et le malade a récupéré une excellente santé.

M. DESPRÉS voudrait voir les moignons qu'on présente aujourd'hui au moins après six mois ; les moignons à lambeaux sont toujours très bien au début, mais, contrairement aux moignons circulaires, ils se déforment en vieillissant. Quant au succès des opérations chez les tuberculeux, c'est là un fait banal qui n'a rien de nouveau. Il suffit de lire Velpeau pour s'en convaincre.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que les plaies chez les tuberculeux réussissent très bien par première intention, que les amputa-

tions à lambeaux faites dans des conditions convenables donnent de très bons résultats et que les moignons ne deviennent pas coniques.

M. TRÉLAT pense également que les lambeaux réunis par première intention ne donnent lieu plus tard à aucune détérioration.

Tarsotomie. — M. BŒCKEL (de Strasbourg) fait une communication sur le traitement du pied bot par la tarsotomie. Cette opération n'est applicable qu'aux pieds bots varus équins congénitaux; le pied bot paralytique acquis peut guérir par l'emploi des appareils électriques. Les pieds bots varus équins doivent être distingués selon qu'ils sont tendineux ou osseux. Les premiers peuvent être traités par la section du tendon, le massage et les appareils; ceux qui sont osseux présentent une résistance considérable et l'on n'obtient rien par les moyens dont il vient d'être parlé. On peut arriver à corriger le varus, mais non l'équinisme : ces pieds bots récidivent. Il y a donc une variété de pieds bots qui résistent aux traitements orthopédiques. Quelle est la cause, quel est l'os qui, dans ces cas, s'opposent au redressement? On a songé d'abord au cuboïde, on l'a enlevé sans résultat; il en a été de même de la résection cunéiforme du tarse; tout cela ne remédie qu'en partie à la difformité. La cause principale de la résistance est un vice de conformation de l'astragale; c'est cet os qui est le coupable. Au lieu d'avoir la tête dirigée en avant, la tête est implantée latéralement et à angle droit sur le corps de l'os. Dans ces conditions, l'astragale est ankylosé avec l'articulation tibio-tarsienne; si l'on extirpe l'astragale, on supprime l'obstacle principal et on peut redresser le pied sans effort et sans qu'il puisse revenir à sa position vicieuse.

L'opération n'offre pas de difficultés sérieuses; il n'est pas nécessaire de faire une incision externe et une incision interne; une incision courbe, partant du côté externe, est suffisante. La difficulté, quand on opère sur de jeunes enfants, serait dans l'état cartilagineux de l'os; il faut le saisir avec un crochet double très fort.

Il faut, dans cette opération, avoir recours au pansement antiseptique rigoureux. On doit faire immédiatement le redressement et appliquer une bande plâtrée pour le maintenir. Avec le pansement antiseptique, on obtient la guérison en trois ou quatre semaines, sans suppuration. Bœckel rapporte l'observation d'un malade qu'il a opéré des deux pieds à six jours de distance sans aucun inconvénient, et dont la guérison était complète cinq semaines après. Par précaution, M. Bœckel fait porter à ses opérés un moule de cuir. Chez un malade qu'il n'a opéré que d'un seul pied, il a été très étonné de ne constater aucun raccourcissement du côté opéré. Or on sait que c'est là un des graves inconvénients de la tarsotomie cunéiforme.

Les dangers inhérents à l'ablation de l'astragale sont pour ainsi dire nuls, si l'on emploie les pansements antiseptiques. Sur quatorze observations que M. Bœckel a pu réunir, pas un seul accident.

M. ANGER est d'accord avec M. Bœckel sur un certain nombre de points; néanmoins il croit à la possibilité de guérir des poids bots osseux congénitaux sans opération. Il en cite un exemple emprunté à sa pratique personnelle. Mais il faut un temps très long. La section du tendon d'Achille peut et doit être faite, selon lui, dès la naissance, et il faut recourir de très bonne heure aux appareils à tension continue. Si l'on attend, le traitement par les sections tendineuses et les tractions continues devient alors tout à fait illusoire et la tarsotomie se trouve indiquée dans ces cas.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense que la Société de chirurgie doit donner un témoignage public de satisfaction en présence des faits avancés par M. Bœckel. On se rappelle comment a été traitée la tarsotomie à l'Académie de médecine, où, sauf une timide protestation de M. Tillaux, elle a été condamnée à l'unanimité. Il faut que les chirurgiens protestent contre cette condamnation. Il y a, en effet, des cas où les opérations osseuses, dans le traitement du pied-bot, sont formellement indiquées. Il y a donc lieu de faire connaître les résultats rapides et satisfaisants qui viennent d'être donnés par M. Bœckel. Il faut reconnaître qu'il est des cas où l'orthopédie ne peut rien et où l'opération est seule indiquée. Il faut que la Société de chirurgie le proclame, sans quoi, si l'on s'en rapportait au jugement de l'Académie, l'opinion générale des chirurgiens français semblerait absolument réfractaire à ces opérations osseuses dans le traitement du pied bot.

M. DESPRÉS fait observer qu'après l'opération il faut tout de même maintenir le pied dans un appareil. Donc l'ostéotomie n'est qu'une opération préliminaire pour favoriser le redressement lent. A ce titre, on peut divulguer ces opérations. En outre, l'ostéotomie de l'astragale est indiquée seulement pour les pieds bots invétérés qui ont résisté à tous les traitements. Il ne faut pas rejeter d'une façon absolue la ténotomie.

M. Després croit que les déformations signalées par M. Bœckel dans l'astragale sont des déformations consécutives et non congénitales. Il ne croit pas que les enfants naissent avec les os déformés. C'était là une théorie de Broca qui a été combattue à la Société anatomique, un grand nombre de faits ayant prouvé que ces déformations sont consécutives et non primitives.

M. CHAUVEL demande à M. Bœckel quels sont les mouvements obtenus après la résection de l'astragale, si l'absence du raccourcissement est la règle, quels sont les résultats de l'opération au point de vue fonctionnel, au point de vue de la marche.

M. POLAILLON fait observer que la réprobation académique n'a pas été aussi générale que semble le croire M. Lucas-Championnière; il y a eu une protestation très nette faite par M. Tillaux. L'ostéotomie n'y a pas été repoussée d'une façon absolue. Quant à lui, séduit par les faits de M. Bœckel, il est tout disposé à accepter ses idées et à adopter l'extraction de l'astragale dans certains cas bien déterminés.

M. MARC SÉE ajoute sa protestation à celle de MM. Tillaux et Polaillon relativement à la condamnation de cette opération par quelques membres de l'Académie.

M. BŒCKEL insiste de nouveau sur les résultats insuffisants, dans certains cas, du traitement orthopédique. Il répond à M. Després qu'il a vu un fœtus de six mois avec un pied bot osseux ou plutôt cartilagineux des mieux caractérisés; à M. Chauvel que les résultats fonctionnels de l'opération paraissent aussi satisfaisants que possible, que le défaut de raccourcissement, dans le cas qu'il a cité, l'a très fort étonné. Il ajoute, enfin, que l'extraction de l'astragale donne de très bons résultats aussi dans l'âge adulte.

ÉLECTION

M. RECLUS est élu membre titulaire par 16 voix sur 29 votants.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Extrait d'un rapport adressé à M. le vice-recteur sur l'administration de la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire de 1882-1883, par M. Béclard, doyen.

La Faculté de médecine renferme de nombreux services qu'on peut grouper sous quatre chefs principaux :

Premièrement. — L'ancienne Faculté, qui comprend l'administration et le personnel des bureaux, les amphithéâtres pour les cours, les salles d'examen, les musées et leurs annexes, la bibliothèque, les archives, les laboratoires d'enseignement et de recherches.

Secondement. — L'École pratique, provisoirement établie (depuis la démolition de l'ancienne) dans les bâtiments de l'ancien collège Rollin, école qui comprend des salles de réunion, des amphithéâtres et de vastes laboratoires aménagés pour les travaux pratiques des élèves : laboratoires d'anatomie normale, d'anatomie pathologique, d'histologie, de physiologie, de physique, de chimie,

d'histoire naturelle. A ces laboratoires, dans lesquels doivent successivement passer tous les élèves en médecine, se trouve attaché un nombreux personnel de directeurs, de chefs de travaux, de prosecteurs, d'aides et de serviteurs.

Troisièmement. — Un jardin botanique situé rue Cuvier et auquel est annexé un laboratoire spécial pour les recherches d'organographie et de physiologie végétale.

Quatrièmement. — Les cliniques hospitalières, médicales et chirurgicales et les laboratoires de recherches qui en dépendent, cliniques et laboratoires installés sur divers points de Paris, à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, à la Pitié, à Saint-Louis, à Necker, à l'hôpital dit de la Clinique d'accouchement, près le Luxembourg, à l'hospice des Enfants-Assistés, à l'asile Sainte-Anne, et enfin dans un établissement spécial, la Morgue. A chacune de ces cliniques, à chacun de ces laboratoires se trouve également attaché un nombreux personnel de chefs de clinique, de chefs de laboratoires, d'aides et d'employés divers.

Cette organisation comporte, disséminé sur des points divers, dans plus de soixante services, un matériel d'enseignement considérable qu'il faut surveiller au double point de vue de la conservation et de la dépense, surveillance particulièrement difficile en ce moment où la rénovation de notre enseignement marche de pair avec la reconstruction simultanée de l'ancienne Faculté et de la nouvelle École pratique.

La distance de plus de deux kilomètres qui sépare actuellement l'École de médecine de l'Institut pratique, provisoirement installé au collège Rollin, entraîne les plus graves inconvénients : les deux natures d'enseignement que reçoivent les élèves en souffrent également. Il est grand temps que l'achèvement des constructions en cours d'exécution nous permette enfin de réunir en un seul ces deux centres d'instruction, qui ne peuvent vivre l'un sans l'autre. Ce besoin d'unité, qui se fait si vivement sentir depuis plusieurs années, est encore aujourd'hui le besoin le plus pressant. C'est pour cette raison que j'ai cru devoir le signaler tout d'abord.

. . . .

Depuis plusieurs années, le nombre des élèves de la Faculté de médecine de Paris reste à peu près stationnaire. On n'a guère procédé jusqu'ici à ce dénombrement que d'une manière approximative; nous avons cherché à arriver à une évaluation plus exacte, considérant comme n'appartenant plus à la Faculté tout étudiant qui n'a pas fait acte de scolarité depuis 1874, c'est-à-dire depuis huit années (terme que l'on peut considérer comme la durée *maximum* des études médicales pour les élèves ordinaires, et seulement comme la durée *moyenne* des études pour les élèves en médecine qui entrent, par la voie des concours de l'externat et de l'internat, dans le service des hôpitaux). Nous avons trouvé, en compulsant tous les dossiers, qu'au 16 octobre 1882, défalcation faite des 522 élèves qui ont quitté la Faculté pendant l'année scolaire 1881-1882, soit parce qu'ils ont été reçus docteurs, soit parce qu'ils ont déclaré renoncer à l'étude de la médecine, nous avons trouvé, dis-je, que le nombre des élèves en cours d'études était de 4,209, se décomposant ainsi :

Élèves (ancien régime d'études)	2,373
Élèves (nouveau régime d'études)	1,111
Élèves (officiers de santé)	725
Total	4,209

J'ajoute que parmi les élèves qui n'ont pas fait acte de scolarité depuis huit années, et il y en a plusieurs centaines, tous n'ont pas abandonné définitivement la médecine pour d'autres carrières. De temps en temps, un certain nombre de ces irréguliers demandent à reprendre le cours de leurs études. Ce qu'il faut dire encore, et cela peut paraître singulier au premier abord, c'est qu'on rencontre parmi ces attardés la plupart de nos élèves d'élite, que des travaux personnels, soit dans l'ordre des sciences physiques ou naturelles, soit même dans l'ordre des sciences purement médicales, ont momentanément éloignés des voies régulières, dans lesquelles ils rentrent plus tard avec un bagage scientifique sérieux.

Disons enfin que, si l'on veut fixer le chiffre absolument exact de nos élèves, au moment même où nous parlons, il faut ajouter aux 4,209 étudiants en cours d'études au 16 octobre 1882, tous ceux qui ont pris la première inscription au début de la présente année scolaire, c'est-à-dire pendant le mois de novembre 1882, et dont le nombre s'élève à 388, nombre qui atteindra et dépassera certainement 400, si nous tenons compte des élèves qui seront tardivement autorisés à s'inscrire par décision spéciale.

Les étudiants étrangers qui viennent en France pour suivre nos enseignements ou pour terminer leurs études ; les médecins étrangers qui demandent à joindre à leur titre de docteur celui de docteur français ; enfin, et surtout, les docteurs étrangers qui demandent à fréquenter nos cours et particulièrement nos exercices anatomiques pratiques, augmentent depuis deux années, c'est-à-dire depuis la réorganisation complète de notre enseignement pratique, dans des proportions sérieuses.

. . . .

Le nombre des femmes qui ont suivi les cours de la Faculté de médecine en qualité d'étudiants régulièrement inscrits, c'est-à-dire après avoir produit les deux diplômes obligatoires du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences, ou tout au moins, lorsqu'elles appartiennent à une nationalité étrangère, des certificats d'études reconnus équivalents, reste à peu près stationnaire et tend plutôt à diminuer. Il était, en 1880-1881, de 52 ; il a été, pendant l'année scolaire 1881-1882, de 39, réparties ainsi qu'il suit :

Françaises	10
Anglaises	11
Américaines	5
Russes	9
Hongroise	1
Polonaise	1
Roumaine	1
Indienne	1
Total	39

. . . .

L'ensemble des examens subis pendant l'année scolaire 1881-1882 s'élève au chiffre de 6,076. Le nombre des examens suivis de succès a été de 4,426. Celui des refus a été de 1,650, c'est-à-dire que le nombre des élèves refusés a dépassé le quart et ne s'élève pas au tiers des examens subis. C'est à peu près la proportion de l'an passé ; il convient de faire remarquer ici que le nombre des matières enseignées n'a cessé d'augmenter depuis quelques années.

La note passable domine toujours. Quant aux très bonnes notes, il y a eu, sur les 6,076 épreuves probatoires, 255 très bien et 72 extrêmement bien dont 34 aux examens et 38 à l'épreuve de la thèse.

Quand on examine de plus près les résultats numériques dont nous parlons, il est impossible de ne pas être frappé de la fréquence relative des refus et des mauvaises notes aux examens qui portent sur les sciences appliquées à la médecine (histoire naturelle, physique et chimie médicale). Que conclure de ces résultats, qui s'accusent chaque année davantage, sinon que nos élèves abordent les études médicales avec une préparation scientifique insuffisante, et que le diplôme du baccalauréat ès sciences restreint, qu'on exige des candidats en médecine comme une garantie préliminaire, ne présente en réalité qu'une garantie illusoire. Or le baccalauréat ès sciences restreint, étant à peu près uniquement recherché par les futurs étudiants en médecine et n'ayant guère d'autres raisons d'être, peut-être y aurait-il lieu d'en examiner attentivement le programme, peut-être même conviendrait-il de le mettre en rapport avec les études dont il est en quelque sorte la préface, afin de permettre aux professeurs de la Faculté chargés de l'enseignement des sciences auxiliaires de la médecine de ne plus s'attarder aux éléments, et d'aborder immédiatement leur sujet au point de vue des applications futures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — La dernière séance de l'épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation a eu lieu jeudi soir, 19 avril 1883. Les candidats étaient MM. Chandelux et Henriet ; la question donnée a été : « Traitement des fractures du fémur. »

— Voici la liste de classement des médecins-majors des corps de troupe admis dans le service hospitalier à la suite du concours qui a eu lieu, à l'École du Val-de-Grâce, les 26 février et 8 mars dernier, en exécution du décret du 27 avril 1878 :

Médecins-majors de première classe. — Section de médecine : M. Vigenaud, du 88e régiment d'infanterie.

Section de chirurgie : M. Geniaux, du 141e régiment d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe. — Section de médecine : 1. M. Michaud du 7e régiment de hussards. — 2. M. Pons, du 3e régiment de hussards.

Section de chirurgie : 1. M. Audet, du 5e régiment de cuirassiers. — 2. M. Franck, du 1er régiment de hussards. — 3. M. Klein, du 102e régiment d'infanterie. — 4. M. Colnenne, du 128e régiment d'infanterie. — 5. M. Duprey, du 5e bataillon de chasseurs à pied. — 6. M. Heuyer, du 74e régiment d'infanterie.

— Par décret en date du 16 avril, M. Cuignet, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité, a été nommé au même grade dans le corps des officiers de santé de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

— Par décret en date du 16 avril, MM. Monteils, Saussol, Soyez, Le Poil, Lacaille, Hantz, Toulouze, Michel, Delsoll, Boy, Joubier, Longbois, de Brunel de Bonneville-Colomb, Tripier et Weiss sont nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le corps des officiers de réserve.

— M. le docteur Dareste commencera ses conférences d'embryogénie et de tératologie le mardi 24 avril à quatre heures, et il les continuera les samedis et mardis à la même heure, dans le laboratoire d'embryogénie de l'École pratique.

Des diverses espèces de purpura, par le docteur Du Castel, médecin des hôpitaux. In-8° de 96 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

De la sclérodermie (thèse d'agrégation), par M. le docteur C. Leroy. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Henry Rey.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14424.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. Les alcoolisés : Action toxique de l'alcool ; troubles de l'intelligence et des sens ; actes criminels. — Hôpital Necker. Quelques faits cliniques. — Expériences sur l'anesthésie caustique et observation d'un cas de squirre ulcéré du sein opéré avec l'aide de cette méthode. — Sur l'évolution de la pustule maligne chez l'homme et son traitement par les injections iodées. — Thèses. — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Les alcoolisés (1).

ACTION TOXIQUE DE L'ALCOOL. — TROUBLES DE L'INTELLIGENCE ET DES SENS. — ACTES CRIMINELS.

VI

Tous les autres symptômes du delirium tremens sont les conséquences, pour ainsi dire directes, des hallucinations. La *tendance à s'échapper* se rattache à l'impérieux besoin de fuir des ennemis menaçants ou des objets désagréables. Le *délire* est lui-même le reflet direct des impressions sensorielles sur lesquelles il se moule et dont il est, en quelque sorte, la déduction logique. Un trait bien remarquable et qui distingue au premier chef ce délire alcoolique, c'est qu'au plus fort du désordre cérébral le malade garde la *conscience* : il reconnaît souvent celui qui lui parle, et il n'est pas impossible à l'observateur, par une brusque interpellation, de fixer pour un instant l'attention qui s'égare.

Contrairement aux malades atteints d'alcoolisme subaigu, ceux qui sont en proie au delirium tremens ont rarement recours au *suicide*. Le suicide exige une sorte de plan combiné, dont l'imagination mobile de l'alcoolisé aigu ne semble pas capable. Aussi, lorsque celui-ci se tue, c'est d'ordinaire par suite d'un accident et non de propos délibéré : c'est qu'en fuyant il a sauté par une fenêtre, a été précipité du haut d'un toit ou est tombé à l'eau.

Tels sont les éléments symptomatiques dont la réunion et la mutuelle dépendance constitue l'accès de delirium tremens. Cet accès d'ailleurs, est-il besoin de le dire, a ses degrés, ses variétés, ses formes. Ici la symptomatologie en sera atténuée, le délire moins bruyant, les hallucinations seront moins terrifiantes, le tremblement sera moins marqué ; là, au contraire, nous aurons affaire à cette forme grave entre toutes que Delasiauve a magistralement décrite, la forme *suraiguë* ; alors ni paix, ni trêve, les lèvres, la tête, les membres sont agités d'une sorte de trémulation convulsive ; il y a des crampes, des soubresauts des tendons, les hallucinations se succèdent avec une rapidité étrange, l'incohérence est complète. Il faut plusieurs personnes pour contenir le malade terrifié par les scènes mobiles de la fantasmagorie qui se déroule devant lui ; parfois des accès épileptiformes viennent compliquer et aggraver ce tableau qui, comme l'a dit Delasiauve, « navre l'âme ». Entre ces extrêmes, tous les degrés d'intoxication s'observent.

La mort peut être la conséquence d'un accès de delirium tremens. Lorsque les accidents revêtent l'intensité exceptionnelle qu'on rencontre dans la forme suraiguë, il n'est pas exceptionnel de voir le malade succomber à l'épuisement occasionné par le délire ou à la suite d'accidents épileptiformes, sans que les lésions trouvées à la nécropsie puissent rendre compte de cette issue fatale.

Plus fréquemment après trois, quatre, cinq jours les symptômes s'apaisent, le calme renaît progressivement, le malade est guéri : guéri de l'épisode aigu, mais il reste alcoolisé, toujours exposé, ne l'oubliez pas, à la moindre incartade, à la récidive des mêmes accidents, toujours saturé, toujours menacé par conséquent des manifestations graves qui sont le résultat de la sursaturation.

Voilà la forme la plus bruyante et la plus redoutable de l'intoxication alcoolique. Elle apparaît d'habitude chez les individus qui, depuis longtemps déjà adonnés à la boisson, présentent plus ou moins accentués les symptômes de l'empoisonnement chronique. Lorsque la mesure est pleine, une goutte de liquide suffit à faire déborder le vase : un excès plus marqué, des libations plus copieuses chez un vieil ivrogne sont la cause ordinaire du delirium tremens.

Mais dans quelques cas, sachez-le bien, l'alcoolisme aigu peut se montrer chez des gens qu'antérieurement nul ne supposait adonnés à l'ivrognerie, soit qu'ils se livrassent à des excès réguliers, quotidiens, plutôt qu'à l'ivresse proprement dite, soit que, par défaut d'observation, on n'ait jamais surpris chez eux les marques positives de l'intoxication. Cette notion a une grande importance au point de vue pratique. Supposez, en effet, qu'un de ces hommes qui, sans s'enivrer, s'imbibent, si je puis dire, lentement, soit pris d'une hallucination et commette un crime, il sera souvent fort difficile au médecin de dépister l'alcoolisme qui, cependant, dans l'espèce, sera seul en cause, et plus difficile encore de le faire accepter par des magistrats et des jurés.

Voici, à cet égard, un fait très instructif. Il se rapporte moins à un cas de délire aigu proprement dit, qu'à une impulsion maladive, survenue sans que rien ait pu la faire redouter.

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 avril 1883.

B..., garçon boucher, homme grand et vigoureux, jouissant d'une honnête aisance, vient avec sa femme tenter fortune à Paris. Le ménage est modèle ; il n'y a pas d'enfants ; la femme, peut-être un peu jalouse, pour retenir son mari à la maison, achète des liqueurs et passe ses soirées à jouer aux cartes avec lui. Jamais, durant son service militaire, B... n'avait paru ivre. Un jour sa femme lui dit : «Lève-toi, il faut te rendre à l'abattoir. » Le boucher est fatigué ; il a lu une partie de la nuit (il ne travaille pas depuis plusieurs jours), il refuse de partir : d'où dispute violente. Notre homme prend un couperet, porte quatre coups terribles de cet instrument à sa femme et la tue.

M. Brouardel a soigneusement décrit, devant la Cour d'assises de la Seine, les plaies de la victime. B... fut soumis, de son côté, à un examen médico-légal des plus minutieux. Il fut reconnu que cet homme était alcoolisé, qu'il commettait chaque jour des excès, sans ivresse, « à froid ». Un matin « le feu prend », le bras s'arme et frappe.

A l'audience, j'entrepris d'établir que cet homme qui n'avait jamais déliré, pouvait, au moment du crime, s'être trouvé dans un état qui lui donnât droit à une atténuation de la peine. J'ai trop bien réussi : le jury a acquitté B..., au grand scandale de la presse. On eût pu l'envoyer à la sûreté de Bicêtre, en vertu d'un article de loi facile à requérir, dans des cas semblables... Mais il s'agit là d'une chose jugée, et nous médecins, après avoir fait notre devoir, nous n'avons qu'à nous incliner devant le verdict rendu.

Tels sont les détails dans lesquels je désirais entrer, relativement à l'alcoolisme aigu, subaigu ou chronique ; tels sont les symptômes par lesquels il se traduit ; telles sont les conséquences qu'il entraîne à sa suite ; telles sont aussi les conditions dans lesquelles il se développe.

Avant de terminer cette rapide étude, je désire appeler votre attention, comme je l'ai fait au début de ces leçons, à propos de l'ivresse, sur quelques considérations médico-légales que soulève la question de l'intoxication alcoolique.

4° Applications a la médecine légale. — Dans quelles limites un alcoolisé est-il responsable des délits qu'il est exposé à commettre, des crimes dont il se rend parfois l'auteur ? J'ai eu maintes fois l'occasion de vous dire qu'en médecine légale il n'y a pas, en fait d'appréciation, de règle fixe, absolue ; que l'opinion à formuler est subordonnée aux particularités du cas que vous êtes appelés à examiner. Or, si cette proposition est vraie d'une manière générale, elle l'est surtout relativement à l'alcoolisme et aux alcoolisés. Responsabilité totale, responsabilité atténuée ou irresponsabilité absolue, tels sont les trois termes entre lesquels, à propos de ces malades comme de tous les autres devra osciller votre jugement.

Il est des cas, je me hâte de le dire, où, sans hésitation, vous aurez à vous prononcer pour la non-culpabilité. Je fais allusion, vous le devinez, à ceux dans lesquels le trouble profond des facultés intellectuelles, la vivacité des hallucinations ne laissent place à aucun doute touchant la sérieuse compromission du libre arbitre : ainsi en est-il des crimes ou délits commis durant un accès de delirium tremens ; ici la folie est évidente et le malade doit être sans réserve assimilé à ceux que protège l'article 64 du Code pénal. Il est cependant des circonstances où une moindre intensité des symptômes, une plus grande fugacité des hallucinations, en voilant à demi, au moins pour les magistrats, peu habitués aux délicatesses de l'analyse clinique, les caractères les plus saillants de la folie alcoolique aiguë, exigeront de votre part sinon plus de circonspection, car là encore l'irresponsabilité ne fait pas doute, du moins plus de ressources pour arriver à démontrer que tel individu qui vient de se rendre coupable d'une agression ou d'un assassinat, l'a fait sous l'influence dominante d'une de ces illusions, de ces visions imaginaires qui s'imposent momentanément à l'esprit de l'alcoolisé, durant le court espace de temps que durent certains accès fugaces d'aliénation. Vous aurez alors à montrer que des excès passagers, une surcharge momentanée de l'organisme en alcool, chez des individus imbibés de longue date, peuvent amener une déchéance de la volonté telle que l'individu se laisse aller comme passivement à des accès de fureur, à de subits emportements, à des impulsions fâcheuses, qui peuvent être la conséquence d'une sorte d'entraînement irrésistible, mais résultent plus communément des hallucinations fugaces qui s'emparent pour un instant de l'esprit du malade et lui imposent en quelque sorte ses résolutions.

Le problème peut, en revanche, devenir d'une difficulté sérieuse lorsqu'on se trouve en présence non plus des formes aiguës et délirantes de l'intoxication, mais de l'alcoolisme chronique. Il s'agit alors de ces individus plus ou moins déchus intellectuellement, chez qui, à la suite de longs excès de boissons, la compréhension est devenue plus lente, le caractère querelleur et facilement irritable ; chez lesquels le sens moral est affaibli, sans être complètement éteint ; qui presque toujours « entre deux vins » se laissent aller aisément à des violences, à des sévices de diverses natures, subissent sans résistance la domination de gens habiles à les engager dans des conspirations dangereuses ou dans des complots téméraires, et, de ce fait, sont conduits souvent sur les bancs d'un tribunal ou d'un conseil de guerre. En face de ces êtres déchus, hébétés par l'abus des liqueurs fortes, chez qui quelques moments d'une énergie factice dissimulent mal l'affaissement des facultés et l'abaissement du caractère, vous serez souvent fort embarrassés pour émettre une opinion, et, à la vérité, il est fort difficile de poser, en cette matière, des règles d'appréciations générales en dehors de la considération des cas concrets.

Ce qu'on peut dire, c'est que le degré de responsabilité est subordonné à l'altération plus ou moins marquée de l'intelligence. On peut être profondément alcoolisé, par ses artères, par ses divers viscères, et l'être peu par le cerveau ; aussi le simple fait d'une intoxication bien constatée n'est-il pas une condition suffisante d'atténuation de la culpabilité. Mais lorsque l'hébétude est positive, lorsque l'abrutissement est assez prononcé pour avoir amoindri le sens moral, on ne saurait mettre juridiquement l'alcoolisé sur le même pied qu'un individu sain.

Racle, dans un très bon travail sur l'alcoolisme, a posé à cet égard des préceptes fort justes : « Qu'un délit ou qu'un crime, dit-il, soit commis par un alcoolique, avec cette soudaineté, cet entraînement irréfléchi qui se développe si rapidement chez lui sous l'influence de la moindre émotion, devra-t-il être considéré comme absolument responsable de ses actes ? Oui, si l'on prend en considération l'apparence de raison dont il jouit ; et, au contraire, on sera disposé à atténuer la peine qu'il doit encourir, si l'on considère que, par suite de l'obtusion intellectuelle, cet homme a agi avant de penser ou faute de pouvoir penser. Il a peut-être commis un crime sans le vouloir, et surtout sans en mesurer la conséquence. » Il s'agit là, vous le voyez, de questions

de pratique d'une excessive délicatesse, qu'on ne peut, dans les cas particuliers, résoudre qu'à l'aide d'un grand tact et d'une réelle habitude de l'observation médico-psychologique. Vous vous rappellerez, en semblable occurrence, que la sécurité de tous, comme l'a très justement dit M. Fournier, serait étrangement compromise s'il suffisait, pour échapper à toute responsabilité, de pouvoir arguer d'une longue série d'excès et de débauches. La loi ne saurait se désarmer en principe devant l'excuse de l'alcoolisme. Mais vous vous souviendrez aussi qu'il est des cas où l'intellect est sérieusement touché, la liberté morale positivement atteinte, et dans lesquels la saine appréciation commande de reconnaître et de proclamer l'atténuation de la responsabilité légale.

Je dois enfin signaler à votre attention un problème dont la solution n'est pas toujours très simple et que vous aurez cependant maintes fois à résoudre. Je fais allusion à ces cas dans lesquels des violences ont été commises sur un homme chroniquement alcoolisé ou en état d'ivresse et ont entraîné des suites fâcheuses. Plus d'une fois, en de telles circonstances, sont intentées des actions en dommages-intérêts à propos desquelles vous aurez un avis à donner. Or vous ne devrez pas perdre de vue qu'il y a, dans l'appréciation à porter, à tenir compte de deux éléments : la violence elle-même et l'état particulier de l'individu qui en est l'objet. Un traumatisme peut entraîner à sa suite des conséquences plus sérieuses s'il est subi par un homme ivre ou intoxiqué, et on ne saurait, vous le concevez, en faire peser toute la responsabilité sur l'agresseur. Dans l'espèce, vous devrez vous inspirer de la doctrine très juste formulée par Tardieu, à savoir que « tout ce qui ne dépend pas proprement de la nature de la blessure ne saurait être imputée à son auteur », et éviter de mettre sur le compte de ce dernier une aggravation d'accidents.

Cette aggravation d'accidents, en effet, n'aurait d'autre cause que l'état vicieux de la nutrition ou des fonctions cérébrales. Or, par ses habitudes d'intempérance, la victime ne se serait-elle pas spontanément et volontairement exposée à ces troubles divers ?

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Quelques faits cliniques.

I. Dans notre revue des malades du service, je trouve, tout d'abord, un garçon de vingt-sept ans qui vient de quitter l'hôpital où il était entré pour une amygdalite dont l'intensité nous avait, pendant quelques jours, fait craindre le développement d'une angine phlegmoneuse.

Cet homme avait une fièvre très vive, s'accompagnant même de délire ; la température atteignait 39°4, l'agitation était très grande ; néanmoins, si ce n'est la crainte de voir survenir quelque phlegmon, notre pronostic était resté assez bénin. L'abcès, heureusement, ne s'est pas produit et l'amygdalite s'est terminée, au bout de quelques jours, par résolution.

II. Il n'en a pas été de même à la salle Sainte-Adélaïde, chez la malade du n° 3, qui a succombé à une affection de la gorge. Cependant elle avait beaucoup moins de fièvre, elle se plaignait peu, mais en l'examinant on voyait une sorte de voile gris, sale, couvrant les amygdales ; en un mot, il s'agissait d'une angine diphtéritique, que nous considérâmes, dès le premier jour, comme extrêmement grave. La nature même de l'angine se trouvait confirmée, du reste, par l'engorgement des ganglions du cou et par l'aspect œdémateux du tissu cellulaire de la région cervicale. La maladie avait revêtu une de ses formes les plus graves. Enfin, on trouvait une certaine quantité d'albumine dans les urines. Malgré le traitement énergique auquel nous avons eu recours, malgré l'emploi du perchlorure de fer, la malade est morte deux jours après son entrée à l'hôpital.

III. Dans cette même salle Sainte-Adélaïde, nous avons perdu ces jours derniers une jeune fille de la fièvre typhoïde. Cependant la maladie avait évolué d'une façon très régulière, la température n'avait jamais été très élevée, elle avait toujours oscillé entre 39° et 40°. La défervescence commençait au dix-neuvième jour et tout nous faisait espérer une terminaison prochaine et favorable, lorsque nous vîmes, tout à coup, au vingtième jour, la température remonter rapidement et atteindre presque immédiatement le chiffre de 40 degrés.

Ces nouveaux accidents étaient des plus difficiles à expliquer, la malade n'avait commis aucune imprudence ; la veille seulement se passionnant pour certain roman qu'elle avait entre les mains, elle passait la plus grande partie de sa journée assise dans son lit et plongée dans sa lecture. Avait-elle pris froid ? s'était-elle fatiguée outre mesure ? Toujours est-il qu'aucun nouveau phénomène morbide ne venait nous donner l'explication des phénomènes fébriles que nous observions. Les râles sibilants, toujours un peu nombreux, ne paraissaient pas s'être étendus, les phénomènes abdominaux n'avaient pas augmenté et cependant la température atteignait bientôt 41°, et quatre jours après la recrudescence de la fièvre, cette jeune fille avait une syncope et succombait tout à coup au vingt-quatrième jour.

Ce retour de la fièvre m'avait fait songer à une réitération de la fièvre typhoïde, et comme je n'ai pas encore vu personnellement une seule réitération se terminer par la mort, comme je n'en connais pas non plus d'exemple dans les auteurs, j'avais grande tendance à me rassurer. Pourtant cette élévation de la température aussi brusque avait quelque chose d'anomal, et, sans pouvoir la découvrir, je redoutais néanmoins le développement de quelque complication agissant sourdement. L'autopsie, en effet, nous a montré que, si du côté du tube intestinal on ne trouvait rien de particulier, aucune perforation par contre, les organes de la respiration présentaient une lésion qu'aucun phénomène n'avait révélé pendant la vie : une broncho-pneumonie. Nous observions bien un certain degré de bronchite, mais rien qui décelât l'affection à laquelle notre malade a succombé.

Or toute broncho-pneumonie est d'autant plus grave qu'elle survient chez un sujet déjà affaibli par une maladie d'une certaine intensité comme la fièvre typhoïde et d'une durée de près d'un mois.

Beaucoup de fièvres typhoïdiques, du reste, nous devons le savoir, se terminent ainsi par une broncho-pneumonie. Quant à la cause sous l'influence de laquelle cette affection du système respiratoire s'était développée alors qu'il n'y avait qu'un peu de bronchite, nous ne pouvons guère supposer qu'un refroidissement alors que notre jeune fille était restée assise dans son lit pour lire.

IV. Le malade du numéro 33 de la salle Saint-Luc est sorti ces jours derniers guéri. C'est un homme d'une trentaine d'années qui était entré pour des phénomènes d'embarras gastrique, simple, sans aucun appareil fébrile, datant de trois semaines, et s'accompagnant de dilatation cardiaque qui portait exclusivement sur le cœur droit avec impulsion diastolique manifeste. Il n'y avait rien du côté des poumons, rien nulle part qui pût expliquer cette dilatation, laquelle était si bien sympathique de l'état du tube digestif, qu'il a suffi du repos et de quelques laxatifs pour guérir primitivement l'embarras gastrique, et secondairement faire disparaître toute dilatation du cœur.

V. Au numéro 31 de la même salle Saint-Luc, au contraire, l'embarras gastrique que nous avons eu à soigner s'accompagnait d'un certain état fébrile. Le malade était atteint, depuis quatre jours, au moment de son entrée à l'hôpital ; il avait un dégoût profond pour les aliments, une inappétence absolue, de l'accablement, enfin une douleur assez prononcée dans la fosse iliaque droite. Aussi tout d'abord, en raison de l'épidémie qui n'a pas encore tout à fait disparu, étions-nous enclins à songer à la fièvre typhoïde. Mais le malade a traîné ainsi pendant quelque temps, et c'est au douzième jour que la défervescence a commencé. La maladie a donc évolué, chez cet homme, comme une fièvre typhoïde à durée très limitée et sans qu'aucune tache rosée lenticulaire ait été aperçue sur la peau. Le malade a parfaitement guéri sans aucune réitération, sans qu'il soit survenu aucun autre phénomène.

Les rapports à établir entre un semblable embarras gastrique et une fièvre typhoïde est difficile, sinon même impossible, car on ne trouve pas toujours de caractère rigoureux. Dans la fièvre typhoïde, les prodromes peuvent manquer : aussi tous les pathologistes, un seul excepté, ont admis que la maladie commençait le jour même du début de la fièvre, la période prodromique cessant au moment où cette fièvre apparaît.

VI. Enfin, chez un autre malade, une femme cette fois, c'est aussi, au douzième jour, que la défervescence a commencé ; la maladie a subi la même évolution que chez le malade précédent, si ce n'est que chez elle l'affection avait bien le caractère typhoïdique avec l'apparition des taches rosées lenticulaires. Cette femme est également entrée à l'hôpital au cinquième jour de la maladie ; tous les phénomènes morbides ont été à peu près semblables à ceux que nous avons observés chez le malade de la salle Saint-Luc, et la température n'a pas dépassé 39° à 39°,2. Elle a parfaitement guéri.

EXPÉRIENCES SUR L'ANESTHÉSIE CAUSTIQUE

ET OBSERVATION D'UN CAS DE SQUIRRE ULCÉRÉ DU SEIN, OPÉRÉ AVEC L'AIDE DE CETTE MÉTHODE (1).

Par M. Jules Guérin.

Quel que soit le nombre des applications utiles de l'anesthésie chloroformique, il est cependant des sujets chez lesquels cette méthode est tout à fait interdite : ceux, par exemple, qui sont atteints d'affections chroniques du cœur et des organes respiratoires.

(1) Note lue à l'Académie des sciences dans la séance du 16 avril 1883.

Il faut reconnaître encore que, malgré les progrès réalisés de nos jours pour prévenir tout accident, l'expérience n'a que trop souvent prouvé l'insuffisance des précautions les mieux calculées. Il ne faut pas oublier enfin que la localisation de l'anesthésie, dans les régions où doit s'exercer l'œuvre du chirurgien, est restée jusqu'ici un problème à l'étude ; et que l'insensibilisation des parties ne s'obtient toujours qu'en passant par l'anesthésie généralisée, c'est-à-dire au prix d'un certain degré d'intoxication de l'organisme avec ses inconvénients et ses imprévus.

Ces *desiderata* de la grande et précieuse méthode de l'anesthésie chloroformique expliquent et justifient la recherche d'autres moyens d'arriver d'emblée à l'insensibilisation des parties sans la participation de l'anesthésie de tout l'organisme. Tel est le but que je me suis proposé.

L'observation physiologique nous apprend que la peau est l'épanouissement des nerfs sensibles et de la sensibilité réfléchie, et que, au delà de la zone qu'elle occupe, cette propriété se réfugie, en s'amoindrissant, dans les rameaux nerveux, plus conducteurs de l'impression périphérique que sensibles par eux-mêmes. Il est aussi de notion vulgaire que les parties de la peau tenues pendant un certain temps en contact avec certains caustiques sont complètement désorganisées. Il est enfin d'observation générale que certains caustiques chimiques de la catégorie dite *potentielle* ont la propriété de coaguler le sang contenu dans les vaisseaux.

Mais, autour et au delà de ces faits vulgaires, il y a des circonstances négligées, si ce n'est complètement inaperçues, dont je me suis servi.

A la faveur de ces effets de la cautérisation potentielle, j'ai conçu l'idée de tracer aux opérations chirurgicales une voie et des limites dans lesquelles l'instrument tranchant pût cheminer sans provoquer de douleur ni d'hémorragies, et sans laisser après lui de portes ouvertes aux matières septiques qui suivent et compliquent si souvent les plaies chirurgicales. Je me dispense pour le moment de faire connaître les différentes phases par lesquelles cette idée a passé, et les différents essais que j'ai tentés ; j'arrive d'emblée à une opération grave, qui m'a présenté la réunion des diverses circonstances inhérentes à ce mode opératoire, et offert un spécimen des services qu'il est permis d'en espérer.

Observation. — Dans le cours du mois de janvier dernier, une dame, âgée de soixante ans, me consulta pour une tumeur du sein droit qu'elle portait depuis sept ou huit années, et que plusieurs praticiens lui avaient déclaré devoir être enlevée. Cette tumeur, d'environ $0^m,10$ de diamètre, occupait l'emplacement tout entier du sein ; de forme irrégulière, bossuée, dure au toucher, elle adhérait à la peau et présentait à sa surface deux petits cratères rougeâtres par lesquels suintait un peu de liquide coloré ; le reste de la peau était pâle, mais parsemé de veines apparentes et développées. Néanmoins la tumeur n'adhérait pas à sa base, elle pouvait être assez facilement mobilisée ; point de ganglions dans l'aisselle. Je diagnostiquai, comme mes confrères précédemment consultés, un squirre ulcéré du sein droit. — La santé générale était mauvaise : une bronchite catarrhale datant de dix-huit mois, accompagnée de fréquents accès de toux et d'expectorations abondantes ; des douleurs dans les reins et des troubles cardiaques caractérisés par des interruptions fréquentes du pouls, offraient un ensemble peu favorable à une entreprise opératoire, laquelle était cependant rendue de jour en jour plus indispensable et plus urgente.

Mon avis fut donc qu'il fallait procéder, sans retard, à l'ablation

de la tumeur. Le médecin ordinaire de la malade, M. le docteur Decugis, d'Hyères, partagea mon avis, ainsi que son frère, M. le docteur Decugis, de Brignolles.

L'opération ayant été décidée, je procédai de la manière suivante, avec le concours de mes deux confrères et du mari de la malade.

J'appliquai autour de la tumeur, et à $0^m,02$ de sa circonférence, une couche circulaire ou plutôt elliptique de caustique de Vienne de $0^m,02$ de hauteur et de largeur, très exactement retenue et limitée par une double bande de diachylon gommé. La malade, invitée à nous tenir bien au courant des progrès de la cautérisation, nous fit connaître, après un quart d'heure d'application du caustique, que toute sensation douloureuse, qui avait été des plus modérées, avait cessé : je laissai néanmoins le caustique en place cinq minutes de plus, vingt minutes en tout. Le caustique ayant été enlevé, la surface de la partie cautérisée essuyée avec un linge imbibé de vinaigre, nous pûmes constater l'existence d'un ruban noirâtre, parfaitement régulier.

Le sein ayant été soulevé par M. le docteur Decugis aîné, je glissai à sa base, entre sa partie consistante et le tissu cellulaire sous-jacent, une sonde à dard portant un fil de platine très fin, destiné à maintenir la tumeur soulevée pendant l'opération. La sonde ayant été retirée et la tumeur maintenue en suspension par le fil, j'incisai horizontalement et circulairement toute la bande cautérisée : ce qui eut lieu sans provoquer la moindre douleur, sans hémorragie et comme à l'insu de l'opérée. Ayant ainsi détaché de sa circonférence cutanée tout le pourtour de la tumeur, j'arrachai cette dernière avec mes doigts, en divisant avec des ciseaux quelques brides fibreuses qui s'opposaient à cette sorte d'énucléation. L'opération dura dix minutes. Il n'y eut que deux ou trois cuillerées de sang épanché, et une seule artériole nécessita une ligature qui tomba le surlendemain.

La malade n'a manifesté aucune douleur pendant toute l'opération.

Les suites furent des plus simples et des plus heureuses. Les pansements consistèrent dans des applications chaque jour répétées de charpie imbibée d'eau phéniquée à 1/100, avec addition d'un quart d'alcool ; ces applications précédées chaque fois de l'arrosage de la plaie à la seringue.

Il n'y eut pas un seul jour de fièvre, c'est-à-dire ni frisson ni chaleur insolite ; l'appétit et le sommeil des plus satisfaisants. Mais ce qu'il y eut de plus surprenant, c'est que les accès de toux suivis d'expectoration abondante qui existaient depuis plus d'une année cessèrent presque complètement après le huitième jour.

Quant à la cicatrisation de la plaie, elle fut des plus régulières. Les bourgeons charnus de la plus belle apparence, touchés de temps en temps avec le crayon d'azotate d'argent et pansés alternativement, en dernier lieu, avec la glycérine et l'eau phéniquée, marchèrent régulièrement et graduellement vers une restauration et réparation complète de l'excavation laissée par l'extirpation de la tumeur. La bordure de la plaie, résultant de la moitié circulaire de l'escarre cutanée, resta plus de trois semaines en place sous la forme d'un ruban désséché et parfaitement adhérent à la couche celluleuse cutanée. Il ne s'en détacha que peu à peu et par parties. Il fut facile de s'assurer pendant ce travail de ce double fait, à savoir : que la bande de l'escarre, très consistante et adhérente, formait une barrière infranchissable au passage des liquides de la plaie, et s'opposait ainsi à toute absorption par les bords de cette dernière.

Telle est la première opération grave pratiquée avec l'aide de l'insensibilisation caustique. Il a été possible d'y suivre pas à pas toutes les particularités propres à caractériser cette nouvelle ressource chirurgicale, et d'apprécier les avantages qu'il est permis d'en attendre. Je me dispense donc de sortir du fait particulier par une généralisation anticipée de ses résultats. Je laisse aux chirurgiens le soin d'en juger les applications possibles, et, à l'avenir, de montrer jusqu'où l'anesthésie caustique pourra, je ne dis pas suppléer, mais venir en aide, dans des cas déterminés, à l'anesthésie par le chloroforme.

SUR L'ÉVOLUTION DE LA PUSTULE MALIGNE CHEZ L'HOMME ET SON TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS IODÉES (1).

Par M. A. Richet.

Les beaux travaux de Davaine et de M. Pasteur ont établi, d'une manière incontestable, que chez l'homme la pustule maligne reconnaît pour cause la pénétration, à travers une effraction de l'épiderme, de la bactéridie charbonneuse, qui prolifère d'abord sur place, puis, après un temps variable, finit par infecter l'organisme.

Je viens d'observer, dans mon service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, deux faits qui jettent peut-être quelque lumière sur les phases restées jusqu'ici assez obscures de cette double évolution, pullulation sur place, puis infection générale ; ces faits offrent, en outre, une certaine importance au point de vue du traitement par les injections iodées.

En 1880, entrait à l'Hôtel-Dieu un boucher atteint de pustule maligne à la joue droite. Avant tout traitement, je fis recueillir simultanément du liquide séreux autour de la pustule, puis du sang au doigt indicateur. Les animaux inoculés avec ces liquides, sérum de la pustule ou sang, succombèrent tous à l'infection charbonneuse (2).

Le malade fut traité énergiquement : je pratiquai autour de la pustule des injections d'iode, puis la cautérisation ignée. Efforts inutiles ! Les symptômes locaux parurent s'apaiser ; mais les phénomènes généraux s'aggravèrent et le malade succomba en quarante-huit heures.

Ainsi, devant une infection généralisée, le traitement local a complètement échoué.

En 1883, une autre occasion se présenta de mettre de nouveau la méthode iodée à l'épreuve.

Un boucher qui avait porté, le col découvert, des viandes saignantes, dans la journée du 28 février, entra à l'Hôtel-Dieu le 5 mars 1883. Le 1er mars, il avait découvert sur sa joue un petit bouton qui devint rapidement assez gros. Le 5 mars, se sentant fort malade, brisé, courbaturé, il arrivait à l'hôpital dans un état de terreur difficile à décrire.

Les symptômes généraux étaient graves : la température axillaire de 39°,9, le pouls à 108, la soif intense, l'abattement extrême. L'œdème qui entourait la pustule était dur et douloureux ; le gonflement s'étendait à la face et au cou ; les glandes lymphatiques derrière la mâchoire étaient gonflées et douloureuses. Ni le sang, ni le sérum de la pustule ne montraient de bactéridies, mais dans le sérum existaient des spores et des granules.

Je pratiquai autour de la pustule huit injections de teinture d'iode mélangée avec deux tiers d'eau, et je recommençai le soir de ce même jour la même opération.

Le lendemain, l'état général est devenu bien meilleur. Le pouls est à 88, la température à 38°,4. Néanmoins je refis une nouvelle injection iodée. Le surlendemain, 7 mars, le malade semble être revenu à l'état normal ; la température tombe à 37°. Le pouls est à 60.

Les jours suivants, l'amélioration est définitive ; l'escarre de la pustule tombe et laisse une plaie très étendue, qui témoigne de la violence de la virulence charbonneuse.

---

(1) Note lue à l'Académie des sciences dans la séance du 16 avril 1883.

(2) Je tiens à remercier M. Talamon, dont l'obligeance et le talent m'ont été d'un précieux secours pour toutes ces expériences délicates.

Voici maintenant le résultat des cultures et des inoculations faites avec les liquides pris autour de la pustule et avec le sang.

1° Les liquides pris autour de la pustule et inoculés à des cobayes ont à *tous* communiqué l'infection charbonneuse ;

2° Ces liquides ont donné naissance à des générations de *Bacillus anthracis*, qui ont à leur tour déterminé le charbon ;

3° Le sang pris au doigt du malade n'a fourni que des résultats négatifs ;

4° Les liquides recueillis autour de la pustule après que les injections iodées ont été faites n'ont donné que des résultats négatifs, ce qui prouve péremptoirement l'action neutralisante et préservatrice de cette médication.

Ces deux faits portent avec eux plusieurs enseignements.

Le premier démontre que, si les bactéridies ou leurs spores ont déjà pénétré dans le sang, en un mot si l'infection générale a commencé, tout traitement local est insuffisant.

Le second prouve, au contraire, que, malgré la virulence extrême de l'intoxication charbonneuse, alors qu'il n'y a pas encore infection générale, on peut enrayer le mal par une action locale énergique. L'action antiseptique de la teinture d'iode est bien mise en évidence.

Toutefois la température élevée de 40° doit donner à réfléchir. Pourquoi cette intensité des phénomènes généraux, cet abattement des forces, ce malaise général? Peut-on affirmer, malgré le résultat négatif des inoculations et des cultures, qu'aucun germe n'avait encore penétré dans l'organisme ? C'est là un point très douteux et d'une extrême importance, sur lequel il me sera permis d'appeler l'attention.

Quelques remarques sont encore à faire sur le traitement par les injections iodées. C'est Davaine qui, le premier, en 1873, dans une communication lue à l'Académie, conseilla l'emploi de l'iode. Depuis, à de rares intervalles, ses conseils furent mis en pratique avec des succès divers par quelques chirurgiens et vétérinaires, parmi lesquels il faut citer M. Stanisl. Cézard et M. J. Chipault; mais, dans aucun cas, il n'y eut d'amélioration aussi rapide que dans l'exemple que je viens de rapporter.

De tous les traitements employés jusqu'ici, ce traitement par les injections iodées est le moins douloureux, le moins destructeur et le plus certain.

La conduite du médecin en présence d'une pustule maligne se trouve donc désormais toute tracée et simplifiée.

Il doit d'abord, autant que possible, s'assurer, par des inoculations et par l'examen microscopique, de la réalité du mal, de sa localisation ou de sa diffusion; puis, et sans attendre le résultat de ses expériences, il injectera 4 à 8 grammes de teinture d'iode iodurée, mélangée avec 2 volumes d'eau, par six à huit piqûres, formant un cercle délimitant la pustule et l'œdème qui l'entoure.

Ces injections seront répétées plusieurs fois par jour, et pendant plusieurs jours, qu'elle que soit la marche de la maladie, qu'elle rétrograde ou qu'elle progresse.

Au cas où l'infection serait générale, il faudrait avoir recours à l'iode, administré à l'intérieur. Quant aux injections iodées intra-veineuses, faites dans le but de poursuivre la destruction des bactéridies dans le sang même, personne, que je sache, n'a encore osé les pratiquer sur l'homme.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

115. M. Pasquier. Du pronostic et du traitement de l'envenimation ophidienne. — 116. M. Landa. Contribution sur un cas d'expulsion partielle de caduque pendant la grossesse non suivie d'avortement. — 117. M. Deschamps. Contribution à l'étude des atrophies musculaires à distance, appelées encore atrophies réflexes. — 118. M. Madre. Étude clinique sur le cancer primitif et secondaire du pancréas. — 119. M. Ollivier. Des injections sous-cutanées d'éther dans les états adynamiques. — 120. M. Boutin. Du phlegmon consécutif à l'hygroma suppuré du genou ou phlegmon post-hygromateux. — 121. M. Maschat. Contribution à l'étude des anomalies de la mamelle. — 122. M. Uminski. Des avortements sanglants et non sanglants. — 123. M. Lacaille. De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse, l'époque de la rupture des membranes et le développement du fœtus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans la séance du 19 avril 1883, le conseil de surveillance de l'Assistance publique a discuté le rapport relatif au droit des accoucheurs des hôpitaux de faire partie des jurys des concours pour les places de médecins et chirurgiens du bureau central. Le rapporteur, M. Nicaise, donnait des conclusions contraires.

Au nom des médecins des hôpitaux, M. Moutard-Martin a lu une protestation contre le projet de l'Assistance. Au nom des chirurgiens, M. Nicaise a lu, à son tour, une protestation analogue. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1883, p. 318.)

Après une vive discussion qui n'a pas duré moins de deux heures, par 10 voix contre 8, le conseil de surveillance, repoussant les conclusions du rapport, a adopté *l'assimilation complète* des accoucheurs aux médecins et chirurgiens des hôpitaux.

MM. Moutard-Martin et Nicaise, représentant les médecins et chirurgiens des hôpitaux au conseil de surveillance de l'Assistance publique ont donné leur démission à la suite de ce vote.

L'attitude de M. le directeur de l'Assistance publique, le mépris qu'il fait de l'opinion motivée des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris, opinion présentée avec autant d'autorité que de modération, ont dicté leur conduite.

— Par décision présidentielle, en date du 19 avril 1883, ont été désignés pour procéder, cette année, à l'inspection générale du service de santé militaire, M. le médecin-inspecteur général et MM. les médecins et pharmacien inspecteurs dont les noms suivent :

Ier arrondissement : M. Legouest. — IIe arrondissement : M. Champenois. — IIIe arrondissement : M. Colin. — IVe arrondissement : M. Daga. — Ve arrondissement : M. Baudouin. — VIe arrondissement : M. Gaujot. — VIIe arrondissement : M. Védrènes. — Inspection pharmaceutique : M. Coulier.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Halluitte est nommé secrétaire de l'École.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Treich est nommé secrétaire de l'École.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Noulet, professeur d'histoire naturelle, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-1883, par M. Lamic, pharmacien de première classe, chef des travaux d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Bordeaux.

— *Muséum.* — M. Maquenne (Léon), docteur ès sciences, est délégué dans les fonctions d'aide-naturaliste.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Byasson, ancien pharmacien en chef des hôpitaux de Paris, décédé le 20 avril à l'âge de quarante-trois ans.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Ramonède, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques, sa première démonstration (exercices opératoires), le mardi 24 avril 1883, à une heure précise, dans le pavillon nº 7 de l'École pratique, rue Vauquelin.

— *Muséum.* — M. le professeur Rouget commencera son cours de physiologie générale le jeudi 26 avril 1883 à quatre heures et demie dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Les leçons de cette année auront pour objet l'étude des mouvements rythmiques et des mouvements érectiles chez les végétaux et les animaux, spécialement dans les organes de la génération et leurs annexes. Des leçons pratiques auront lieu tous les mardis de trois à quatre heures dans le laboratoire.

— M. Renault, aide-naturaliste de la chaire de botanique, organographie et physiologie végétales de M. le professeur Van Tieghem, commencera un cours de paléontologie végétale, le jeudi 26 avril 1883, à une heure, au Muséum, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. Il traitera de l'organisation des principaux genres de conifères et de gnétacées fossiles et de leurs rapports avec les conifères et les gnétacées vivants. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14437.

N° 48. — JEUDI 26 AVRIL 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 26 AVRIL 1883. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU. L'atrophie musculaire progressive. — HÔTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. Hernies étranglées traitées par les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. — Note sur la puissance toxique de quelques poisons organiques sur les actinies. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Service médical de nuit de la ville de Paris. — Thèses. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Peter a répondu à M. Pasteur... absent. Pour être plus maître de sa pensée, M. Peter a écrit cette fois son discours. N'ayant pu avoir son manuscrit sous les yeux, nous nous abstiendrons, par un scrupule analogue au sien, d'en parler aujourd'hui.

Trois communications intéressantes ont été faites, soit avant, soit après la lecture de M. Peter : l'une, par M. Rémy, sur les parasites des Japonais; la seconde, par M. Regnault, sur un prétendu chlorure de méthylène préconisé très haut comme anesthésique supérieur au chloroforme et qui ne serait, paraît-il, autre chose que du chloroforme même; la troisième, par M. Cornil, sur le microbe du tubercule. On trouvera un résumé des deux premières communications dans le compte-rendu. Quant à la troisième, qui n'a pu être terminée faute de temps, nous la résumerons lorsque M. Cornil l'aura complétée.

HOTEL-DIEU. — M. VULPIAN.

L'atrophie musculaire progressive.

L'atrophie musculaire progressive est une maladie qui peut revêtir diverses formes. En première ligne je placerai la forme classique, c'est-à-dire celle où la maladie commence par l'extrémité des membres supérieurs, par les mains, pour gagner peu à peu les avant-bras, les bras et les épaules. Puis vient la forme où l'atrophie débute par les muscles des épaules. En troisième lieu, nous trouvons celle qui commence par les muscles thoraciques, les muscles intercostaux, pectoraux, dorsaux, etc. La quatrième forme est caractérisée par ses premières manifestations sur les membres inférieurs. C'est la plus rare de toutes. C'est au point que Duchenne (de Boulogne), l'un des médecins qui se sont le plus occupés des affections nerveuses, ne l'a rencontrée que deux fois sur plus de deux cents observations d'atrophie musculaire progressive. Enfin la cinquième forme est celle qui débute par les muscles animés, par les nerfs bulbaires; on peut la subdiviser en atrophie des muscles faciaux, atrophie tout à fait particulière et atrophie labio-glosso-pharyngée. Cette dernière est certainement la plus grave de toutes par ses conséquences immédiates et se termine souvent par la mort avant que la maladie n'ait atteint d'autres régions.

Ceci dit, nous allons passer successivement en revue les trois malades que je veux vous présenter.

Le premier est un homme de trente-neuf ans, ouvrier mécanicien, sans aucun antécédent personnel ou héréditaire se rattachant à sa maladie, et généralement bien portant. Mais il habitait, depuis dix-huit mois, un logement humide, lorsque le mal a débuté, au mois de janvier de l'année dernière, par des contractures de la main gauche, de la raideur, des crampes douloureuses, se renouvelant jusqu'à quinze et vingt fois par jour. Ces premiers phénomènes durèrent pendant six semaines environ, puis disparurent, et c'est deux mois plus tard que cet homme commença à s'apercevoir d'une certaine faiblesse dans la main gauche. — Du reste, je vous le ferai remarquer immédiatement, l'atrophie musculaire progressive est toujours unilatérale au début. — Plus tard encore, au mois de mai dernier, la main droite était prise de la même façon, mais avec cette différence que les accidents étaient moins prononcés.

Les phénomènes morbides allèrent en progressant, et bientôt le malade éprouvait des frémissements dans les muscles des deux membres supérieurs; de temps à autre il avait aussi des crampes dans les bras, puis, le mal continuant, l'amaigrissement et l'affaiblissement s'accentuaient et cet homme, mis peu à peu dans l'impossibilité de travailler, venait à l'Hôtel-Dieu, au mois d'août dernier, me consulter. La marche, comme vous le voyez, a été très rapide, beaucoup plus même que cela n'a lieu d'habitude.

Aujourd'hui on trouve, en l'examinant, les mains décharnées, les muscles de l'éminence thénar disparus, ceux de l'éminence hypothénar extrêmement amaigris et les muscles interosseux très diminués. L'avant-bras, le bras et l'épaule présentent un amoindrissement assez notable des masses musculaires, surtout à gauche. De plus, on aperçoit ce que l'on a appelé des contractions fibrillaires, mot impropre, car c'est toute la masse musculaire qui tressaute.

Quant aux membres inférieurs, ils sont presque indemnes, et notre malade n'y a ressenti, jusqu'à ce jour, que quelques crampes, un peu de faiblesse et certains tressautements. La sensibilité est, partout, absolument intacte. On ne constate l'existence d'aucun trouble trophique, point de sécrétion sudorale exagérée. La circulation des mains est

seulement un peu torpide, et la peau est froide, un peu cyanosée. La contractilité est conservée dans tout le membre supérieur, comme cela a lieu d'ailleurs tant qu'il reste encore quelques fibres musculaires ; mais lorsque celles-ci sont trop réduites, la contractilité provoquée ne suffit pas pour mettre en jeu les pièces du squelette sur lequel les muscles s'insèrent. Je parle ici, bien entendu, des types classiques. Enfin on ne constate pas de réaction de dégénération.

L'atrophie musculaire progressive a, comme l'indique son nom, une tendance à envahir peu à peu toutes les régions du corps avec des temps d'arrêt si elle n'est combattue par un traitement approprié. Chez notre malade, nous avons eu une légère amélioration, bien que le traitement ne puisse pas être très puissant en raison même de la nature propre du mal, c'est-à-dire de la destruction des cellules des cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière.

L'atrophie musculaire est une affection qui se développe sourdement et d'une façon continue, gagnant peu à peu, si l'on ne parvient pas à enrayer ses progrès, tout le système musculaire, jusqu'aux muscles animés par les nerfs bulbaires, et se terminant alors par la paralysie labio-glosso-pharyngée, envahissant les nerfs pneumo-gastriques et donnant lieu par suite à de la dyspnée et à des troubles cardiaques.

Comme traitement, ce qui réussit le mieux ce sont les pointes de feu le long de la colonne vertébrale, l'iode à l'intérieur et l'électrisation pour entretenir la nutrition des muscles qui ne sont pas encore perdus, pour exciter aussi un peu la nutrition de la moelle épinière.

— Chez notre second malade, nous trouvons une autre forme ; le mal a débuté par les muscles des épaules. C'est un homme de quarante ans, garçon de magasin, qui vient à la consultation externe de l'hôpital. Il n'a, comme le précédent, aucun antécédent héréditaire ou personnel se rattachant à l'affection dont il est atteint. On ne trouve pas, non plus, comme cause, le froid humide. Chez lui, la maladie serait survenue sous l'influence des efforts nécessités pour porter sur ses épaules des charges un peu considérables.

Aussi la maladie débute-t-elle par les muscles du cou et de l'épaule du côté droit : ce sont des crampes douloureuses, un torticolis, puis le bras est envahi dans sa partie supérieure ; trois ou quatre mois plus tard le membre supérieur gauche est pris à son tour ; l'évolution est la même et, comme chez le précédent malade, les phénomènes sont moins accusés dans les parties atteintes secondairement.

Du reste, voici l'état actuel de cet homme : Épaule droite plus haute que celle du côté opposé ; effacement des saillies du deltoïde, à droite surtout, affaiblissement des biceps, impossibilité de soulever le bras droit, omoplate droite plus saillante que la gauche ; quant aux frémissements fibrillaires, ils sont très faibles. La sensibilité est intacte, pas de troubles trophiques ni de sueurs exagérées ; mais on observe des phénomènes vaso-moteurs très prononcés ; les mains sont violacées, cyanosées ; le fait est d'autant plus remarquable chez cet homme que la maladie n'a pas encore atteint l'organe de la préhension. Enfin il y a une diminution de la contractilité des muscles grand dentelé, grand dorsal, biceps et triceps. Le trapèze attire l'épaule droite en haut par suite de la faiblesse des muscles antagonistes.

En résumé, tout en conservant une excellente santé, tout en ne présentant aucun trouble fonctionnel des appareils génito-urinaires, cet homme est, comme le précédent malade, atteint d'atrophie musculaire progressive, mais il est relativement moins menacé que lui parce que la forme scapulaire a toujours une marche plus torpide et plus lente. De là un peu plus d'espoir dans les résultats du traitement qui reste toujours le même, bien que le pronostic ne varie guère, cette affection présentant toujours une très grande résistance à toute thérapeutique.

— Nous passons maintenant au troisième malade. C'est un jeune garçon qui est ici depuis le mois d'avril de l'année dernière ; ses antécédents sont également nuls. Il est aide-maçon et porte constamment aussi des fardeaux sur ses épaules : auge, sacs de plâtre, etc. Il est assez difficile de savoir la date du début de sa maladie, car il n'a éprouvé ni crampes ni douleurs d'aucune sorte. C'est au mois de décembre 1881 qu'il s'est aperçu pour la première fois qu'il avait moins de forces dans ses épaules, — c'est également par cette région que l'atrophie a commencé, — et ce n'est que lorsqu'il lui a été impossible de continuer son travail qu'il est entré à l'Hôtel-Dieu. Depuis cette époque, son état ne s'est que très peu modifié.

Actuellement vous constatez la disparition des faisceaux supérieurs des muscles grands pectoraux, d'où une dépression sous-claviculaire des plus marquées. Les deltoïdes sont aussi atrophiés, et leur extrémité inférieure seule persiste, affectant, par suite, la forme d'une boule, d'une sorte de lipome. La lésion est plus prononcée du côté gauche, les muscles du bras gauche sont en partie très atrophiés également, ceux de l'avant-bras et de la main sont intacts. La portion inférieure du trapèze ainsi que le rhomboïde sont en partie disparus, de même que les muscles qui maintiennent l'omoplate dans le voisinage de la colonne vertébrale. Aussi, lorsque le bras est porté en avant, on voit l'omoplate le suivre aussitôt et s'écarter considérablement de la ligne médiane. Les muscles cervicaux et thoraciques sont affaiblis, de sorte que le malade éprouve de grandes difficultés à se lever sur son lit. La contraction fibrillaire est peu marquée. La contractilité est conservée, mais affaiblie. La seule amélioration que l'on ait obtenue depuis huit mois, c'est que le bras droit a repris un peu de son volume, a recouvré une partie de ses forces et présente une contractilité plus grande. Quant aux phénomènes vaso-moteurs, ils sont peu prononcés ; il n'y a pas non plus de troubles trophiques ; la sensibilité est intacte et les membres inférieurs sont sains.

Tels sont les trois malades que je voulais vous présenter aujourd'hui.

— L'atrophie musculaire progressive est une affection généralement facile à diagnostiquer ; elle diffère complètement des autres maladies du système nerveux. Elle ne saurait être confondue avec la paralysie atrophique des adultes, qui commence assez brusquement par les phénomènes de paralysie, l'atrophie étant consécutive, tandis que dans la maladie qui nous occupe l'atrophie, au contraire, est primitive et la paralysie n'arrive que secondairement et tardivement. De plus, dans la paralysie atrophique des adultes, les accidents atteignent leur maximum d'intensité en trois ou quatre jours, puis se restreignent et se fixent dans certains points, loin d'avoir la marche envahissante de l'atrophie progressive ; il existe encore d'autres caractères différentiels, mais je n'insiste pas.

Pourrait-on davantage confondre l'atrophie musculaire

progressive avec la paralysie générale spinale antérieure subaiguë (ce terme est de Duchenne [de Boulogne]) ? Non, car dans cette dernière les muscles sont rapidement pris en quinze jours ou trois semaines et par région, l'atrophie ne survenant que plus tard ; de plus, on observe le phénomène de réaction de dégénération. Enfin cette paralysie est curable, tandis que l'atrophie musculaire progressive peut être considérée comme incurable.

Quant à la paralysie saturnine, je me borne à la mentionner, aucune erreur de diagnostic ne pouvant, dans ce cas, avoir lieu.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND.

M. Fleury.

Hernies étranglées traitées par les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

(Observations recueillies par M. Jaubert, interne du service.)

Parmi les nombreux moyens conseillés pour favoriser la réduction des hernies étranglées, il en est un qui a été préconisé depuis quelques années, et dont l'emploi est simple, facile et inoffensif : ce sont les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

Jusqu'à présent on ne l'avait employé que comme sédatif et antispasmodique ; nous avons pensé qu'il n'y avait aucun inconvénient à le porter à des doses assez élevées pour qu'il pût agir comme un agent anesthésique ; il a ainsi les avantages du chloroforme, sans en avoir les inconvénients, car on peut toujours combattre un effet narcotique, tandis qu'on n'est jamais sûr d'arrêter la sidération produite par ce dernier médicament.

Les premières observations ont été publiées en 1877 par M. le docteur Philippe (de Saint-Mandé). Elles étaient au nombre de trois. Il les a répétées en 1881 ; elles atteignaient alors le chiffre de huit.

Plus tard, d'autres faits ont été recueillis par MM. Lombard (de Tarascon) et Mothe (de Montfort).

Le rapport que fit à cette époque M. Le Dentu à la Société de chirurgie, était favorable à ce traitement appliqué aux hernies dont l'étranglement est récent. Dans le cas contraire, le succès était douteux.

On peut toujours le tenter, sauf, s'il échoue, à pratiquer de suite la kélotomie.

Quels que soient, du reste, les moyens que l'on emploie pour favoriser le taxis (belladone intus et extra, pulvérisations d'éther, chloroforme, glace, aspirations avec l'appareil Dieulafoy), il ne faut pas trop temporiser, car l'opération de la hernie étranglée n'a quelques chances de réussite qu'à la condition d'être pratiquée de bonne heure.

Si, dans les hôpitaux, elle échoue fréquemment, c'est que les malades nous arrivent trop tard, surtout quand ils viennent de la campagne.

Le premier individu dont nous relatons l'observation, avait une hernie abdominale. Le testicule de ce côté n'était pas descendu dans les bourses ; l'intestin, ne pouvant trouver une issue dans le canal inguinal, s'était échappé à travers les muscles de l'abdomen. Cet homme n'ayant jamais voulu consentir à l'opération, les injections de morphine, en calmant les douleurs, ont adouci la fin de ses derniers moments.

Chez le second, qui était une femme, la tumeur n'a été réduite qu'après une résolution complète du système musculaire par les injections de morphine. Tous les autres moyens avaient échoué.

Observation I. — Le nommé G..., âgé de quarante-huit ans, est affecté d'une hernie depuis vingt ans environ. Il n'a jamais porté de bandage. Comme son état l'oblige souvent à de grands efforts, il lui est arrivé, à plusieurs reprises, de voir sa tumeur devenir irréductible et douloureuse ; puis tout rentrait dans l'ordre avec du repos et quelques bains prolongés. On peut conclure de ces renseignements qu'il ne s'agissait là que d'un engouement ou tout au plus d'une légère inflammation. Aussi le malade ne prêtait-il aucune attention à ces accidents, qui survenaient tous les deux ou trois mois.

Mais le 11 mars 1883, sous l'influence d'aucune cause bien appréciable, il est pris subitement d'une douleur vive au niveau de la fosse iliaque droite ; en même temps il constate dans cette région une grosseur volumineuse très douloureuse à la pression et complètement irréductible. Bientôt apparaissent des vomissements, d'abord muqueux, puis bilieux. Effrayé, le malade fait appeler un médecin, qui, jugeant l'état du patient très grave, se borne à lui conseiller d'entrer à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

A l'examen nous trouvons, dans la fosse iliaque droite, une tumeur arrondie, dure, sonore à la percussion, extrêmement douloureuse au toucher, grosse comme un œuf de poule, mais n'offrant aucun des caractères de la hernie inguinale ou crurale. Elle ne siége, en effet, ni à l'orifice crural, c'est-à-dire au-dessous de l'arcade de Fallope, en dedans des vaisseaux fémoraux, ni à l'orifice inguinal, ce qui, du reste, ne pourrait avoir lieu ici, puisque l'individu n'ayant pas de testicule du côté droit, l'ouverture externe du canal inguinal n'existe nécessairement pas. Elle est située immédiatement au-dessus de l'arcade. Dans le cas actuel, il est rationnel de penser que nous avons affaire à une hernie abdominale, c'est-à-dire qu'une partie de l'intestin se sera engagée à travers une déchirure du fascia transversalis, des muscles transverses petit oblique, et sera venu s'étrangler dans l'aponévrose du grand oblique. C'est là un fait assez rare et c'est à ce titre qu'il est intéressant.

Le malade souffre beaucoup ; les vomissements ont cessé, mais, depuis l'accident, il n'y a pas eu de selle. En présence de ces symptômes, le diagnostic s'impose de lui-même. Il s'agit d'une hernie étranglée depuis vingt-quatre heures environ.

Avant d'avoir recours à l'opération, toujours très grave en raison de la péritonite que l'on peut redouter, nous devons tenter tous les moyens médicaux conseillés dans ces circonstances.

Or on ne peut obtenir la réduction d'une hernie étranglée qu'à la condition ou de faire relâcher l'anneau qui comprime l'intestin, ou de faire contracter, resserrer ce dernier pour en diminuer le volume. Aussi a-t-on conseillé, pour répondre au premier but, les antispasmodiques intus et extra : opium, belladone, jusquiame, chloroforme ; ou mieux, les alcaloïdes des deux premiers, morphine, atropine, en injections sous-cutanées ; dans le second, les tétanisants : strychnine, ergotine, électricité ; ou les réfrigérants, afin de condenser les gaz qui distendent l'intestin : glace, pulvérisations d'éther, de chloroforme, etc...

Dans le cas actuel, nous employons le traitement suivant : 1° injection hypodermique de 3 centigrammes de morphine en deux fois, suivie de taxis. La tumeur diminue de moitié, mais ne se réduit pas ; 2° injection de chloroforme (une pleine seringue de Pravaz), et application de compresses imbibées du même liquide ; aucun résultat ; le malade éprouve seulement un grand soulagement ; 3° onctions d'onguent belladoné et potion à la belladone, à la jusquiame et à la noix vomique.

Le lendemain, 12 mars, à la visite, le patient est dans le même état. Les douleurs sont moins fortes, les vomissements n'ont pas reparu, mais l'état local n'a pas changé et la constipation persiste, preuve que le cours des matières est bien réellement entravé par un étranglement intestinal.

Le malade se refusant à toute opération, on en est réduit au traitement médical. Deux injections de morphine de 1 centigramme

chacune; onctions d'onguent napolitain belladoné; cataplasmes.

Le soir les vomissements reparaissent; ils sont devenus fécaloïdes. La figure s'altère; la tumeur diminue de volume; les douleurs locales ont presque complètement cessé. Ces deux derniers symptômes sont l'indice d'un commencement de gangrène de l'intestin par compression.

13, matin. — La tumeur s'est complètement affaissée et n'est plus du tout douloureuse. Le doigt s'engage dans l'ouverture qui lui a donné issue, et, sans la persistance des vomissements, on pourrait croire à une réduction. La gangrène de l'anse intestinale n'est plus douteuse.

14, matin. — Le malade s'est éteint sans douleurs.

L'autopsie confirme le diagnostic : hernie directe à travers les muscles de l'abdomen. Étranglement par le fascia propria, qui n'est autre chose que le feuillet pariétal du péritoine dont l'épaisseur est devenue plus considérable. L'intestin est noir, ramolli, couleur feuille-morte, en un mot sphacélé, ce que l'on pouvait prévoir d'après ce que nous avons dit plus haut. Pas la moindre trace de péritonite.

Obs. II. — Huit jours plus tard, un cas à peu près semblable se présentait et venait éclairer d'un jour nouveau la thérapeutique encore si obscure de la hernie étranglée et confirmer les expériences du docteur Philippe (de Saint-Mandé), au sujet de l'efficacité des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

La nommée B..., âgée de soixante-huit ans, est atteinte d'hernie crurale depuis six ans; elle n'a jamais porté de bandage et se préoccupe fort peu de son affection. Mais le 15 mars au matin, elle s'aperçoit que sa tumeur, qui jusque-là rentrait facilement, est devenue irréductible et plus volumineuse. La malade, ne souffrant pas, n'attache à ce fait aucune importance et continue son travail.

Deux jours plus tard, la tumeur n'est pas encore réduite, et il est survenu des coliques avec un peu de douleur. C'est alors que B... se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

Nous constatons l'existence d'une hernie crurale droite, du volume d'une grosse noix, assez molle pour donner la sensation d'un lipome, mais sonore à la percussion. La malade, qui, jusque-là, allait facilement à la selle, est constipée depuis deux jours, c'est-à-dire depuis le début de l'accident, ce qui indique déjà un arrêt dans le cours des matières. L'absence de vomissements et de nausées nous fait éloigner l'idée d'étranglement, du moins pour le moment.

Il est très probable qu'il ne s'agit là que d'une inflammation herniaire, avec irréductibilité.

Traitement. — Après avoir essayé, mais en vain, de la faire rentrer par le taxis simple, nous instituons le traitement suivant :

2 heures soir. — 1° Injection hypodermique de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine (une seringue entière de Pravaz de la solution au 1/50e), suivie de taxis; la tumeur est toujours irréductible ;

2° Pulvérisations d'éther dans le but de condenser les gaz et de diminuer le volume de la masse intestinale. Le résultat est encore négatif ;

3° La malade est alors plongée dans un grand bain tiède de deux heures. Au sortir du bain, nouveau taxis ; nouvel échec.

Enfin, avant d'en venir à l'opération, nous tentons une dernière fois la morphine.

4 heures soir. — Seconde injection de 2 centigrammes, puis application de glace et d'onguent belladoné sur la région.

A 6 heures du soir, la malade, qui, en deux heures (de deux à quatre heures), a absorbé directement par le système veineux 4 centigrammes d'alcaloïde, est dans un état complet de torpeur. Elle ressemble exactement aux gens qui sont sous l'influence d'un commencement de chloroformisation. Les muscles entrent en résolution. La patiente est dans un état de somnolence d'où on la tire difficilement. Elle ne répond que par monosyllabes, ouvre les yeux, et retombe dans un sommeil profond. Le pouls est lent et faible ; la face est pâle ; les muqueuses commencent à se décolorer.

Pensant que cet état d'engourdissement est éminemment favorable pour tenter la réduction, nous pratiquons de nouveau le taxis, de bas en haut et d'avant en arrière. Au bout de cinq minutes, l'intestin rentre en masse avec un bruit de gargouillement, et la tumeur a complètement disparu.

Il ne s'agit plus maintenant que de faire sortir la femme de ce morphinisme, ce que l'on obtient par de fortes doses de café et de cognac.

Le lendemain, 18 mars, à la visite, la malade présente encore un peu d'hébétude et de lenteur dans les réponses, mais la hernie ne s'est pas reproduite.

On prescrit un purgatif pour débarrasser l'intestin et en même temps prévenir la constipation que pourrait engendrer la morphine.

19 mars. — Guérison complète. Exeat.

NOTE SUR LA PUISSANCE TOXIQUE

DE QUELQUES POISONS ORGANIQUES SUR LES ACTINIES

(Expériences faites au laboratoire de physiologie maritime du Havre, par M. le docteur Dubois.)

L'action des substances toxiques offre de nombreuses variations, tant sous le rapport de son intensité que sous celui de son mode d'activité dans la série animale. Tel poison, qui est inoffensif pour un animal d'une espèce donnée, produira des désordres considérables chez un individu appartenant à une espèce ou à un genre très voisin du premier.

L'atropine, par exemple, qui peut causer rapidement la mort chez l'homme, à petite dose, ne détermine aucun accident grave à des doses relativement élevées chez le chien, qui cependant, sous le rapport physiologique, se rapproche beaucoup de l'homme. On peut même, comme cela se produit dans le cas particulier que nous signalons, voir l'action toxique proprement dite disparaître et pourtant observer des symptômes caractéristiques de l'action de cet alcaloïde sur certains appareils, sur certains organes. On sait, en effet, que la dilatation de la pupille s'obtient facilement chez le chien et qu'elle peut persister pendant un temps assez considérable après l'administration de l'atropine. Des faits nombreux de cet ordre sont épars dans la science, mais aucun travail d'ensemble n'a été fait jusqu'à présent sur cette importante question. M. le docteur R. Dubois, dans une communication faite à la Société de biologie, dans sa dernière séance, a fait connaître une partie de ces recherches sur l'action des poisons organiques sur les animaux marins. Il a fait, au laboratoire maritime de physiologie du Havre, de nombreuses expériences sur les actinies, entre autres, qui se trouvent en abondance sur la côte normande, au moyen de la strychnine, du curare, de la nicotine, de l'alcool et du chloroforme. Il résulte de cette étude comparative que les poisons tels que la strychnine, le curare, qui déterminent à des doses très peu élevées des accidents d'une gravité excessive chez les animaux vertébrés, paraissent au contraire inoffensifs pour des animaux d'une organisation plus inférieure ; qu'au contraire, l'activité de certains agents beaucoup moins redoutables pour les vertébrés semble exagérée.

Le chloroforme en solution dans l'eau de mer à des doses presque infinitésimales détruit rapidement les actinies.

L'alcool à la dose de 5 p. 100 joue vis-à-vis de ces animaux le rôle d'un anesthésique ; l'immersion pendant quelques heures dans un mélange d'eau de mer et d'alcool éthylique à 5 p. 100 supprime temporairement la motilité et la sensibilité et plonge ces animaux dans une sorte d'état de vie latente qui peut persister pendant plusieurs jours.

Le chloroforme et l'alcool semblent d'ailleurs agir par un procédé analogue, sinon identique, sur les tissus de l'actinie. Sous l'influence de ces deux liquides, même dans un grand état de dilution, les actinies se durcissent en perdant une grande

quantité d'eau, qu'elles soient ou non immergées. Ces modifications s'accompagnent d'autres altérations qui présentent la plus grande analogie dans les deux cas. On n'observe rien de semblable quand on fait agir la strychnine ou le curare sur les actinies, soit par l'addition à l'eau de mer de quantités de poisons suffisantes pour tuer des animaux vertébrés de taille relativement considérable, soit en administrant la strychnine et le cuivre par injection directe dans les tissus, en introduisant ces substances dans la cavité digestive.

Le chloroforme et l'alcool semblent donc, ici encore, s'adresser à une fonction primordiale de la cellule, la nutrition, qui, comme on le sait, est sous la dépendance directe des lois de l'osmose.

Le curare et la strychnine paraissent s'adresser plus particulièrement à des éléments qui n'existent que chez les animaux plus élevés en organisation là où les fonctions et par conséquent les tissus sont plus différenciés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 avril 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° un pli cacheté déposé par M. Auvard, interne à la Maternité (Accepté); 2° une note de M. Spiridion Kanellis (d'Athènes), intitulée : *Influence des racines sensitives sur l'excitabilité des racines motrices;* 3° une note de M. le docteur Druhen (de Besançon), sur l'iodure d'ammonium et son emploi médical.

COMMUNICATIONS

Nouveaux parasites des Japonais. — **M. RÉMY** entretient l'Académie de quelques parasites nouveaux ou peu connus en Europe et qu'il a pu observer au Japon. Il donne lecture d'une note sur ce sujet qui lui a été confiée par M. le docteur Baelz, professeur à l'École de médecine de Tokio. Les parasites dont il est question dans cette note sont : 1° le distoma pulmonale ; 2° le distoma endemicum hepatis ; 3° le distoma innocuum hepatis et quelques autres, tels que l'ascaris lumbricoïdis, l'oxyurus vermicularis, l'eucocéphalus dispar, etc.

Le distome pulmonaire se rencontre dans toutes les parties du Japon. Le diagnostic certain est tiré de l'examen même des œufs que les malades crachent chaque jour.

La deuxième espèce, le distoma endemicum du foie, produit quelque chose de tout à fait analogue à la cachexie aqueuse des animaux. La cause de ce distome est beaucoup plus certaine que celle du distoma pulmonis. C'est dans un district où l'eau est très mauvaise que s'observent les cas graves de parasitisme.

L'anchylostome est fréquent chez les natifs comme chez les Européens. Il produit une anémie très prononcée à cause des pertes de sang légères mais quotidiennes qu'il détermine.

Le tænia armé ne se rencontre pas au Japon. Mais on y voit des tænia canellata et des botriocephalus, ce qui s'explique par l'usage qu'on y fait de bœuf et de poisson. L'absence du tænia s'explique par l'abstinence complète de l'usage du porc.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES DOCTRINES MICROBIENNES

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les doctrines microbiennes. La parole est à M. Peter.

M. PETER lit un discours en réponse à la lecture faite par M. Pasteur dans la précédente séance.

Le manuscrit de M. Peter n'ayant point été déposé au secrétariat, nous nous trouvons dans l'impossibilité d'en présenter aujourd'hui une analyse. Nous la renvoyons à un autre numéro, ainsi que la réplique faite séance tenante par M. Bouley.

LECTURE

Chlorure de méthylène. — **M. REGNAULT**, en son nom et au nom de M. E. Villejean, lit des recherches pharmacologiques sur le chlorure de méthylène. Il est, dit M. Regnault, un composé méthylique, le chlorure de méthyle chloré ou chlorure de méthylène, voisin du chloroforme par la constitution, qui n'a pas cessé d'être préconisé comme anesthésique par quelques chirurgiens recommandables de pays voisins. Malgré les éloges accordés en Angleterre à cet anesthésique, son emploi est resté exceptionnel, et il n'a pas pris droit de cité en France. Cependant cet agent ayant été récemment l'objet d'une appréciation favorable de la part de M. Spencer Wells, qui lui accorde la prééminence sur le chloroforme, M. Le Fort a conçu le désir d'en étudier les effets dans une ovariotomie, et, si les résultats en étaient favorables, de l'appliquer à une série de grandes opérations. C'est à la prière de son collègue que M. Regnault s'est livré à une étude sur la composition de cette substance. Il a d'abord analysé divers échantillons de chlorure de méthylène provenant de la pharmacie de l'Hôtel-Dieu, puis il a soumis à un examen semblable du méthylène qu'il a fait venir à grands frais d'Angleterre.

Il résulte de l'examen auquel il s'est livré avec l'aide de M. Villejean, que deux produits français parés du nom de chlorure de méthylène n'étaient que du chloroforme. Quant au chlorure de méthylène qu'à deux reprises il a fait venir d'Angleterre, c'était un simple mélange de chloroforme et d'esprit de bois.

Nous n'avons, dit M. Regnault en terminant, ni la curiosité ni la mission de chercher l'origine de ces erreurs et de ces substitutions fortuites ou voulues. Ce qui nous importe, c'est que ces faits servent d'enseignement sur les mesures de prudence qu'il convient de ne jamais négliger quand on étudie les propriétés physiologiques et plus encore l'action thérapeutique d'un médicament dont les caractères chimiques sont mal ou incomplètement déterminés.

— **M. CORNIL** a commencé une exposition des recherches qu'il a faites sur la bactérie du tubercule. Le temps ne lui ayant pas permis de terminer son exposition, la parole lui a été réservée pour la terminer dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1883.

Par M. le docteur Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	17	19	4	40
2e	19	20	8	47
3e	26	37	15	78
4e	43	48	17	108
5e	22	31	7	60
6e	15	35	5	55
7e	18	32	3	53
8e	7	12	1	20
9e	17	20	6	43
10e	23	40	9	72
11e	55	96	25	176
12e	18	49	8	75
13e	42	78	14	134
14e	33	66	26	125
15e	34	56	16	106
16e	12	11	3	26
17e	48	88	24	160
18e	51	81	16	148
19e	47	73	16	135
20e	58	110	36	206
	605	1,001	259	1,865

Les hommes entrent dans la proportion de 32 p. 100 ;
Les femmes — — 54 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 14 —

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites.	111	E. — Affections cérébrales, paralysies	101
Croup	55	Convulsions, éclampsie	69
Coqueluche	8	Névralgie	49
Corps étrangers de l'œsophage	1	Névroses	69
Otite	4	Épilepsie	20
Ophtalmie	2	Aliénation mentale	10
B. — Asthme	36	Alcoolisme, delirium tremens	20
Affections du cœur	62	Tétanos	2
Bronchites aiguës et chroniques	93	Hydrophobie	1
Pleuro-pneumonie	81	F. — Rhumatisme	17
Congestion pulmonaire	21	Affections éruptives	36
C. — Affections et troubles gastro-intestinaux	83	Fièvre intermittente	4
Cholérine	9	Fièvre typhoïde	89
Dysenterie	2	Hémorragies de causes internes et externes	69
Athrepsie	10	G. — Plaies, contusions	77
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	64	Fractures, luxations, entorses	39
Hernie étranglée	24	Brûlures	14
Rétention d'urine	26	Empoisonnements	15
Orchite	2	Asphyxie par le charbon	6
Chute du rectum	1	Suicide	2
D. — Métrite, métro-péritonite	46	H. — Mort à l'arrivée du médecin	47
Métrorragie	43		
Fausse couche	67		
Accouchement, délivrance	258	Total	1,865

La moyenne des visites par nuit est de 20 72/100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 21 97/100.

Visites du premier trimestre de 1882	1,978
Visites du premier trimestre de 1883	1,865
Différence en moins	113

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

124. M. JOAN. Angine phlegmoneuse. — 125. M. MOSNIER. Contribution à l'étude de quelques symptômes de la chlorose. — 126. M. MIRABEL. De la parotidite dans la fièvre typhoïde. — 127. M. SALVIAT. L'urétrotomie externe d'emblée dans la rupture traumatique de la région périnéale de l'urètre. — 128. M. PAPILLIAU. Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'œil chez les enfants. — 129. M. CHAPUIS. La fièvre typhoïde et les bains froids à Lyon. Étude générale de la méthode de Brand. — 130. M. PORQUET. Des présentations du tronc. — 131. M. GÉRENTE. Le délire chronique; étudeclinique. — 132. M. COCHET. Des injections hypodermiques.— 133. M. BARDET. Contribution à l'étude des abcès des trompes utérines. — 134. M. PILLET. Contribution à l'étude de la symphyse. — 135. M. MATHELIN. Quelques observations de pneumonie traitées par les saignées coup sur coup. — 136. M. CONIL. Étude sur l'évonymin. — 137. M. BURET. Du diagnostic de l'ectopie rénale. — 138. M. BARIL. Souvenirs d'une expédition militaire au Sénégal pendant l'épidémie de fièvre jaune de 1878 à bord du *Travailleur*. — 139. M. MARTIN. Essai sur le traitement de l'otite moyenne suppurée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — A la suite de la première épreuve orale, restent seuls candidats :

1° *Section de chirurgie.* — MM. les docteurs Baraban, Baudry, Campenon, Chandelux, Dubar, Dupaux, Duret, Étienne, Kirmisson, Lagrange, Nélaton, Piéchaud, Polasson, Röhmer, Sabatier, Schwarz et Segond.

2° *Section d'accouchements.* — MM. les docteurs Bar, Bureau, Maygrier, Poullet et Ribemont.

Lundi soir a eu lieu le tirage au sort des sujets de thèses pour les candidats des sections de chirurgie et d'accouchements. En voici le résultat :

1° *Chirurgie :* M. Duret. Des variétés rares de la hernie inguinale;

M. Nélaton. Du tubercule dans les affections chirurgicales;

M. Röhmer. Le sarcocèle syphilitique;

M. Piéchaud. Traitement du cancer du rectum;

M. Lagrange. Traitement de l'ankylose du genou;

M. Baudry. Traitement de la scoliose;

M. Polasson. Traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales;

M. Schwarz. Des différentes espèces de pied bot;

M. Étienne. Parallèle des diverses tailles vésicales;

M. Campenon. Du redressement des membres par l'ostéotomie;

M. Segond. De la cure radicale des hernies;

M. Dubar. Anatomie pathologique des ostéites;

M. Baraban. Des résultats éloignés des résections des grandes articulations;

M. Sabatier. Des méthodes antiseptiques chez les anciens et les modernes;

M. Kirmisson. Des modifications modernes de la lithotritie;

M. Dupaux. De l'intervention chirurgicale dans le cancer du tube digestif et l'occlusion du rectum;

M. Chandelux. Des synovites fongueuses, tendineuses et articulaires.

2° *Accouchements :* M. Bar. Des méthodes en obstétrique;

M. Maygrier. Des formes diverses d'épidémies puerpérales;

M. Poullet. Des diverses espèces de forceps, leurs avantages et leurs inconvénients;

M. Ribemont. De la délivrance par traction et par expression.

Les candidats pour les deux sections de chirurgie et d'accouchements subiront, dans l'ordre suivant, l'épreuve orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation :

Mercredi 25 avril, MM. Maygrier et Bar. — Jeudi 26, MM. Poullet et Piéchaud. — Vendredi 27, MM. Lagrange et Dubar. — Lundi 30, MM. Dupaux et Röhmer. — Mardi 1er mai, MM. Nélaton et Chandelux. — Mardi 2, MM. Polasson et Schwarz. — Vendredi 4, MM. Sabatier et Segond. — Lundi 7, MM. Étienne et Baudry. — Mardi 8, MM. Baraban et Campenon. — Mercredi 9, MM. Duret et Kirmisson. — Jeudi 10, M. Ribemont.

— Le concours pour la nomination à deux places d'accoucheurs du Bureau central s'est terminé lundi soir par la nomination : en première ligne, de M. le docteur Maygrier; en seconde ligne, de M. le docteur Bar.

Les questions données à ce concours ont été :

1° Question écrite : vaisseaux sanguins du rein, fonctions du rein;

2° Épreuve orale : *a.* De l'inversion utérine dans l'état puerpéral; *b.* Diagnostic et traitement des ruptures utérines;

3° Épreuve chirurgicale (opérations) : *a.* Amputation du pouce; *b.* Ligature de l'artère humérale à sa partie moyenne.

— *Concours de l'adjuvat.* — Le concours est terminé. Le classement des candidats a eu lieu dans l'ordre suivant : 1er, M. Métaxas; 2e *ex æquo*, MM. Assaky et Boiffin; 4e, M. Phocas; 5e, M. Damalix; 6e, M. Hamonic; 7e, M. Festal; 8e, M. Barbulée.

— Le concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux, s'est terminé par la nomination de M. Patein (médaille d'or de l'internat en pharmacie).

— Par décret, en date du 22 avril 1883, M. Meurs (A.-J.), médecin principal de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de

médecin principal de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

— M. le docteur Descroizilles recommencera, à l'hôpital des Enfants-Malades, ses leçons de pathologie et de clinique infantiles le vendredi 27 avril, à neuf heures, à l'amphithéâtre et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. — Il s'occupera spécialement des maladies éruptives. — Examen des malades le jeudi à la consultation.

— M. le docteur G. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis (salle Bichat), le mercredi 2 mai 1883, à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure. Les leçons habituelles des lundis (salle Henri IV) resteront consacrées aux maladies des femmes.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera une herborisation publique le dimanche 29 avril 1883, dans les environs de Chatou et du Vésinet. — Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare, à onze heures trente-cinq minutes.

Fragments d'ophtalmologie pratique, par M. le docteur S. Baudry, médecin-oculiste du Bureau de bienfaisance de Lille. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Berthier.

Les vénériens des champs et la prostitution à la campagne, par le docteur Lardier (de Rambervillers). In-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14447.

N° 49. — SAMEDI 28 AVRIL 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 28 AVRIL 1883. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Tuberculose : ses rapports avec l'inflammation. — Nouveau cas de paralysie générale spinale subaiguë terminée par la guérison. — Traitement de la méningite des enfants par l'iodure de potassium et l'huile de croton tiglium. — Thérapeutique. A propos de la suralimentation. — Société de Chirurgie. — Revue bibliographique. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tuberculose : ses rapports avec l'inflammation.

La question des rapports de l'inflammation avec la tuberculose a été pendant longtemps un sujet de débats presque permanents. N'ayant pas à en faire ici l'historique, prenons-la au point où elle en est aujourd'hui. C'est ce que nous allons essayer de faire avec l'aide de la thèse très remarquable de M. Hanot, pour le dernier concours d'agrégation.

Deux points semblent à peu près unanimement établis aujourd'hui par les travaux les plus récents : l'unité de la tuberculose, ses rapports avec le processus inflammatoire. Mais quelle est la nature et l'étendue de ces rapports? Quelle est la part de l'inflammation, soit dans la genèse, soit dans les diverses évolutions du tubercule? Autant de points qui sont en ce moment à l'étude. Il sera intéressant de constater l'état actuel de la science à l'égard de chacun d'eux.

Sauf les réserves à faire pour la doctrine parasitaire, et sans préjuger son avenir, qui, quel qu'il soit d'ailleurs, ne changerait rien aux rapports en question, voici en quels termes M. Hanot résume le chapitre important dans lequel il traite du rôle de l'inflammation dans la genèse du tubercule.

Considérant comme représentant l'inflammation l'élévation thermique qui, au point de vue clinique, en est l'indice le plus frappant, M. Hanot cite plusieurs faits qui montrent que la lésion tuberculeuse, à elle seule, se comporte cliniquement comme une inflammation. Donc le tubercule est une néoplasie inflammatoire spéciale ou plutôt de cause spécifique.

Mais cela ne veut pas dire que toute l'évolution thermique, dans la tuberculose, découle du seul tubercule. On verra plus loin le rôle important de l'inflammation péri-tuberculeuse ou prétuberculeuse et des inflammations indépendantes du tubercule chez les tuberculeux. Restons ici dans les termes de la question de la genèse tuberculeuse. C'est à M. Jaccoud que M. Hanot en emprunte la formule théorique, qui consiste à dire que, tout en mettant au premier rang de l'étiologie de la tuberculose la débilité constitutionnelle résultant d'une nutrition imparfaite, il convenait, au point de vue de son mode de production, de rapprocher le tubercule des produits inflammatoires, l'exsudat ou la formation cellulaire, quelle que soit la théorie pathogénique que l'on adopte, n'étant que l'expression finale d'un processus irritatif, ce que M. Jaccoud a appelé l'irritation phymatogène.

Quant à la cause première en vertu de laquelle l'inflammation aboutit au tubercule, elle est définie par M. Jaccoud dans l'aphorisme suivant : « La diathèse tuberculeuse est essentiellement constituée par l'insuffisance de la nutrition. »

De fait, ajoute M. Hanot, cette vue pathogénique n'est incompatible avec aucune des nouvelles conditions du problème créées par les dernières recherches de physiologie pathologique. Rien n'empêche de supposer que ce principe irritant primitif, origine de la néoplasie nodulaire, provient, dans la théorie de l'hypotrophie constitutionnelle, de l'usure organique, de processus intimes régressifs ou nécrobiotiques.

Et même, en acceptant que l'épine microscopique est absolument spécifique, il est encore plausible de supposer que le germe morbifique ne se fixera, ne se développera que sur des organismes frappés de cette hypotrophie constitutionnelle qui resterait une condition déterminante de premier ordre de la tuberculose.

L'avenir résoudra cette question.

Indépendamment de sa zone inflammatoire propre, d'origine, le tubercule est ordinairement accompagné, enveloppé d'une zone inflammatoire plus ou moins étendue, aiguë ou chronique. Ces inflammations prétuberculeuses, le plus souvent résultat de l'irritation que provoque autour de lui le tubercule, sont-elles toujours purement réactionnelles? ne sont-elles pas quelquefois, aussi, de véritables manifestations tuberculeuses ? On comprend l'intérêt de cette étude. Résumons-en les résultats :

Les inflammations prétuberculeuses envisagées dans les divers systèmes organiques et dans les principaux organes ne suscitent pas partout les mêmes réactions. A leur maximum d'intensité là où abondent les tissus conjonctif et épithélial, elles diffèrent dans les divers autres tissus, comme elles diffèrent suivant les âges et même suivant les individus. Voici les conséquences générales qui se déduisent de cette étude : Les inflammations varient de mode et d'intensité suivant les organes et les tissus ; à des lésions tuberculeuses minimes peuvent répondre des inflammations non spéci-

fiques, étendues et de nature différente ; ces inflammations pérituberculeuses jouent souvent un rôle plus important, au moins en symptomatologie, que les lésions tuberculeuses elles-mêmes.

Leur signification pronostique n'est pas moins intéressante. Tantôt ces inflammations se résolvent complètement, tantôt elles subissent la transformation fibreuse et enrayent, limitent le développement du tubercule. D'autres fois, elles suppurent, ajoutant encore au travail destructeur préalable ; ou bien la néoplasie embryonnaire est envahie au fur et à mesure qu'elle se produit par le tubercule. L'inflammation n'est pas seulement alors une lésion réactionnelle, post-tuberculeuse, elle prépare encore le terrain au tubercule.

Le poumon étant de tous les parenchymes celui où l'inflammation se produit le plus aisément, c'est aussi de tous celui où le tubercule se donne le plus carrière, — rapprochement qui dépose en faveur du rôle pathogénique primordial de l'irritation à l'endroit de la tuberculose.

L'inflammation indépendante du tubercule chez les tuberculeux ne peut jamais être dégagée entièrement de la notion pathogénique de la spécificité tuberculeuse, et alors même qu'on en peut établir la séparation, il paraît toujours légitime, en pratique, de la subordonner à cette cause générale.

On sait que quelques auteurs admettent un groupe d'inflammations sans tubercule, par conséquent autres que les inflammations pérituberculeuses, et qui seraient l'expression directe de la diathèse ; que M. Charcot, par exemple, a enseigné dans ses cours, à la Faculté, que toute masse dite pneumonie caséeuse n'est, en réalité, qu'une agglomération de tubercules. D'un autre côté, MM. Cornil et Ranvier et M. Renault admettent l'existence de pneumonies caséeuses qui ne sont pas des tubercules et qui se développent chez des tuberculeux. Pour M. Hanot, dans la presque totalité des cas, la prétendue pneumonie caséeuse n'est, comme l'enseigne M. Charcot, qu'une agglomération tuberculeuse. Il en serait de même des inflammations purulentes beaucoup plus rares et des inflammations scléreuses. Ainsi, dans la tuberculose, sauf de rares exceptions qui peuvent faire l'objet d'une réserve à cette proposition, le tubercule résumerait toute la lésion spécifique.

Une dernière question importante restait à résoudre, ou du moins à étudier : savoir si, cliniquement, l'inflammation peut précéder la tuberculose, lui préparer le terrain, favoriser ou provoquer son apparition.

Des observations réunies pour l'élucidation de cette question, il résulte que l'inflammation a le pouvoir de déterminer l'apparition du tubercule, qu'elle doit, par conséquent, activer le développement du tubercule déjà formé. S'il est vrai que le tubercule est apte à germer d'emblée, sans l'avertissement préalable d'un processus phlegmasique (exception faite, bien entendu, du processus phlegmasique constitutif du tubercule lui-même), il n'en reste pas moins établi, dit M. Hanot, que parmi les causes occasionnelles de la tuberculose, il faut placer l'inflammation.

Il fallait, à cette étude générale, une conclusion pratique qui en fût à la fois comme la justification et la synthèse. Voici celle que donne M. Hanot :

L'inflammation précède souvent et appelle le tubercule. Chez un sujet prédisposé, en puissance d'hérédité morbide ou de réceptivité acquise, toute lésion inflammatoire, accidentelle et vulgaire en elle-même, peut devenir le point de départ et la cause prochaine d'une évolution tuberculeuse. Prévenir l'inflammation phymatogène, tel est le but.

Deux méthodes sont en présence pour l'atteindre : l'une, la plus généralement mise en pratique jusqu'à présent, consistant à soustraire les individus prédisposés à toutes les influences extérieures capables de favoriser le développement du mal, à éloigner au moyen d'un confinement, sévère et de précautions minutieuses contre tout refroidissement, toute occasion de bronchites, toute aggression nocive ; l'autre, qui est la méthode de Graves devenue aujourd'hui celle de M. Jaccoud, ayant pour objet, au lieu d'éloigner les agressions nocives, de mettre les malades en état de les braver, en les aguerrissant, en les endurcissant. Entre ces deux méthodes, M. Hanot opte pour la seconde, qui paraît en voie de gagner du terrain, malgré les grandes difficultés d'exécution qu'elle nous présente.

Mais, ajoute-t-il, l'infection peut suivre une autre voie, pénétrer, par exemple, par la muqueuse intestinale, et alors la prophylaxie de l'inflammation phymatogène reprend ses droits.

Ce qui précède, concernant les phlegmasies aiguës, s'applique surtout, à plus forte raison, aux phlegmasies catarrhales prolongées et spécialement aux catarrhes du sommet. En pareil cas, c'est au traitement local, c'est-à-dire à la révulsion cutanée sous toutes les formes, qu'il faut tout d'abord avoir recours sans hésitation et dès l'apparition des premiers signes stéthoscopiques.

L'inflammation accompagne le tubercule et en étend le domaine. A part certains faits rares et presque exceptionnels de tolérance organique ou d'évolution fibreuse latente, le tubercule, même dans ses formes purement histologiques, provoque autour de lui un processus réactionnel, s'entoure d'une zone inflammatoire. Mais cette inflammation périphérique elle-même participe souvent de son origine spécifique, et alors ne tarde pas à dégénérer, à se transformer en produits tuberculeux, et ainsi de proche en proche s'étend le travail morbide. Que la phlegmasie pérituberculeuse prenne, par ses caractères de topographie et d'évolution, les noms de bronchite, de broncho-pneumonie ou même de pneumonie ; elle n'en garde pas moins ses tendances constantes vers la fonte caséeuse ou vers la sclérose secondaire. Le mode de réaction inflammatoire des tissus envahis par le germe morbide, leur degré de tolérance ou d'intolérance, doit donc entrer pour une large part et dans le pronostic de la tuberculose et dans la direction de son traitement. Et ici encore c'est aux mêmes armes qu'il faut recourir, avant tout à la révulsion.

Nouveau cas de paralysie générale spinale aiguë, terminée par la guérison.

A l'occasion des observations de paralysie générale spinale à marche rapide, terminée par la guérison, rapportées dans notre Revue de samedi 7 avril, M. le docteur Louis Véron, médecin-chef de l'ambulance de Khenchela (province de Constantine), nous transmet l'observation suivante, analogue, comme on va le voir, à celles de MM. Landouzy et Déjérine, et également digne d'intérêt puisqu'elle présente, comme celles-ci, un nouvel exemple de la forme aiguë et bénigne de la paralysie générale spinale antérieure.

« A..., quarante-cinq ans, entre à l'hôpital militaire de Philippeville le 5 décembre 1882, dans le service de M. le médecin-chef Bouchez, pour un ectropion lacrymal. L'alcoolisme constitue tous ses antécédents pathologiques. Il est opéré le 10 décembre. Quelques jours après son entrée à

l'hôpital, A... accusait des douleurs le long de la colonne vertébrale, et les rapportait à une légère poussée de rhumatisme contractée par le voisinage de la fenêtre de la salle où il est couché. Il sollicite quelques bains chauds, pensant qu'une bonne transpiration suffira pour faire disparaître cet état douloureux ; mais le surlendemain la situation s'aggrave et voici les phénomènes qu'il présente.

Du côté de la motilité, les mouvements sont lents, paresseux ; l'élévation des membres inférieurs au-dessus du lit est difficile. La pression de la main est très faible des deux côtés et surtout à gauche. Les muscles abdominaux participent à cette parésie et il lui est presque impossible, étant couché, de se mettre sur son séant. La marche est lente, se fait à petits pas, et, s'il veut courir, il est pris de vertige et fait des efforts pour ne pas tomber.

La sensibilité est intacte dans ses différents modes.

Les sphincters fonctionnent normalement.

Il accuse des douleurs à la racine de la cuisse gauche, irradiant à la partie interne du membre dans les mollets et jusqu'au talon, et remontant en haut du côté de la colonne vertébrale. Ces douleurs sont vagues, sans point précis à la pression, ni le long du trajet du sciatique, ni sur les articulations. Elles affectent un caractère erratique, allant çà et là de gauche à droite et de droite à gauche, se localisant aujourd'hui dans les membres inférieurs et demain occupant les parois de l'abdomen sous forme de douleur en ceinture.

Les troubles moteurs ne font que s'accentuer, et six jours après le début de l'affection le malade était comme perclus dans son lit et ne pouvait se retourner sur le ventre qu'en s'aidant des muscles de la nuque. Il n'y avait, en effet, rien du côté de la tête ou de la face ; les nerfs crâniens ne participaient pas au processus, et il n'y avait aucun trouble cérébro-sensoriel.

Le 20 décembre, c'est-à-dire presque au début de l'affection, M. le docteur Bouchez fait une application de sangsues sur la colonne vertébrale. Cette médication antiphlogistique est continuée par des ventouses scarifiées et des pointes de feu.

Les symptômes morbides, d'abord plus accusés à droite, semblent être passés à gauche, et des groupes musculaires, qui la veille avaient encore une certaine force, étaient pris le lendemain d'une faiblesse extrême. La paralysie devenait aussi voyageuse que la douleur. On eût dit que le processus malade, semblable à l'érysipèle, se promenait en différents points de la moelle.

Le 1er janvier, lorsque la crise aiguë sembla s'apaiser, M. Bouchez eut recours aux séances d'électricité. On constata d'abord que la réaction électrique était éteinte. Le muscle se contractait à peine sous un fort courant. Cependant le malade a conservé la sensibilité électrique, qui lui produit même une désagréable impression.

A partir de ce moment on applique l'électricité tous les deux jours et sous l'influence combinée de la médication antiphlogistique, révulsive, l'hydrothérapie et l'électrothérapie. L'amélioration se fait sentir assez rapidement ; les muscles reprennent peu à peu leur force et leurs mouvements respectifs, et le 1er février, c'est-à-dire un mois et demi après le début de l'affection, la guérison était complète. »

On le voit, comme dans le cas de myélopathie de M. Landouzy, il y a là une évolution aiguë qui s'accompagne de troubles généraux et de fièvre, qui sidère successivement tous les groupes musculaires, qui respecte toutefois l'encéphale et les nerfs qui en émanent, qui n'intéresse pas la sensibilité dans tous ses modes, qui épargne les sphincters, qui éteint la réaction électrique des muscles, qui s'accompagne d'amyotrophie assez rapide, et qui enfin, sous l'influence d'une médication appropriée, aboutit à la guérison.

C'est donc, ainsi que notre honorable correspondant en fait la juste remarque, un processus aigu qui est en somme constitué par cette triade symptomatique, algésie, atrophie et paralysie, le tout évoluant rapidement et se terminant heureusement.

Traitement de la méningite des enfants par l'iodure de potassium et l'huile de croton tiglium.

M. le docteur Vovard (de Bordeaux) fait connaître, dans un mémoire que nous avons sous les yeux, les bons résultats qu'il a obtenus de l'usage associé de l'iodure de potassium à l'intérieur et de l'usage topique de l'huile de croton tiglium dans le traitement de la méningite des enfants. Sur environ 25 à 30 cas de méningites chez des enfants qu'il aurait eu à traiter depuis quatorze ans, il aurait obtenu onze guérisons. De quelles méningites s'agit-il ? Quelle est sa manière d'administrer les deux agents médicamenteux qui lui ont donné ces succès et qui ne sont nouveaux ni l'un ni l'autre dans la thérapeutique de cette affection ? — C'est ce que nous avons tout d'abord cherché à savoir et ce que nous allons faire connaître.

Commençons par dire qu'il ne s'agit pas de la méningite tuberculeuse. La tuberculose du cerveau, dans l'état de nos connaissances actuelles, comme le dit M. Vovard, paraît bien difficile à guérir. « Toutes les fois, en effet, ajoute-t-il, que j'ai constaté des tubercules dans les poumons des enfants atteints de méningite, ces enfants sont morts. Il en a été toujours de même toutes les fois que les enfants atteints de cette affection appartenaient à une famille dans laquelle la tuberculose était héréditaire. » Mais il y a donc chez les enfants des méningites qui ne sont pas tuberculeuses, et les médecins qui les considèrent toutes comme étant de cette nature, seraient dans l'erreur ? Si nous ne craignions de rappeler ici le vieil adage : *Naturam morborum ostendunt curationes,* nous dirions : oui, et en voilà la preuve. Ce qui a pu engendrer et entretenir l'erreur commune à cet égard, c'est, d'une part, l'issue fatale du plus grand nombre des méningites, issue fatale due peut-être, dans un grand nombre de cas, à ce que l'idée même que l'on avait affaire à une affection incurable, a plus d'une fois éloigné les praticiens d'une médication active ; c'est, d'autre part, la confusion qui a dû être probablement souvent faite entre les vrais tubercules et les granulations méningiennes, effet et non cause du travail inflammatoire.

Quoi qu'il en soit, passons aux moyens de traitement que M. Vovard a mis en usage et au *modus faciendi* de sa médication.

Nous avons dit que la méthode de traitement de M. Vovard consistait dans l'usage simultané et combiné de l'iodure de potassium et de l'huile de croton tiglium. Rien de nouveau jusque-là, comme nous l'avons déjà fait remarquer ; mais ce qui est nouveau et propre à M. Vovard et, ajoutons, ce qui fait le succès de sa méthode, le voici, nous le laissons parler lui-même :

« Au début de ma carrière médicale, je prescrivais,

comme aujourd'hui, l'iodure de potassium et l'huile de croton tiglium, et cependant je perdais tous mes malades atteints de méningite. Ces insuccès tenaient au mauvais mode d'administration de ces moyens. Autrefois, après avoir fait raser la tête, je faisais appliquer sur le cuir chevelu un emplâtre de toile-Dieu recouvert d'huile de croton, et je m'en tenais là. Il se produisait bien quelques pustules, mais ces pustules séchaient vite et la suppuration ne s'établissait pas. »

Une circonstance fortuite mit M. Vovard sur la voie ; le récit d'un évènement médical ayant quelque analogie avec la situation devant laquelle il se trouvait, lui suggéra l'idée de chercher à établir et à entretenir une forte suppuration sur le cuir chevelu, au lieu de se borner à provoquer une simple éruption. Voici le plan de traitement auquel il s'arrêta : Faire raser la tête de l'enfant et répandre sur le cuir chevelu, à l'aide d'un petit pinceau, une légère couche d'huile de croton ; puis faire appliquer une calotte de toile-Dieu pour éviter l'absorption de l'huile par les draps ou par le bonnet de l'enfant ; renouveler ce pansement trois fois par jour jusqu'à ce que l'on obtienne une éruption pustuleuse très abondante et cesser alors ; faire coudre ensuite dans un petit bonnet, afin d'éviter leur déplacement, des feuilles de poirée, qu'on recouvre de pommade de sainbois ou garou et en coiffer la tête de l'enfant ; renouveler également ce nouveau pansement deux ou trois fois par jour.

Il s'établit ainsi, le plus ordinairement, une abondante suppuration, qu'il faut entretenir jusqu'à la guérison complète.

Toute l'efficacité du traitement réside dans l'abondance et la durée de la suppuration.

Voici, prise un peu au hasard, l'une des observations que rapporte notre confrère :

Un enfant de sept ans, d'une constitution débile, d'un tempérament très lymphatique, très sujet aux manifestations strumeuses, ne présentait d'ailleurs aucune trace de tubercule, était devenu très triste dans les premiers jours de février 1879, et il s'était produit chez lui du strabisme et des vomissements. Un médecin oculiste, M. S..., consulté par la famille, ayant reconnu que cet enfant était atteint de méningite, conseilla de faire appeler un autre médecin. M. Vovard vit le malade deux jours après, et, comme son confrère, reconnut une méningite.

Voici l'état dans lequel il trouva le petit malade : strabisme, photophobie, avec une légère contraction des pupilles, douleurs de tête revenant par crises et arrachant des cris, agitation très grande, pas de sommeil, grande irritabilité, fièvre continue, mais irrégulière, vomissements fréquents, constipation, changements fréquents de la coloration de la face.

M. Vovard prescrivit l'iodure de potassium et, en frictions sur le cuir chevelu, l'huile de croton tiglium, comme il a été dit plus haut.

Jusqu'au 15 février, la maladie resta stationnaire, mais ce jour-là elle s'aggrava beaucoup et il survint du coma, de la dilatation des pupilles et une paralysie du bras gauche. L'enfant était immobile dans son lit et paraissait rester étranger à ce qui se passait autour de lui.

Le 16, le cuir chevelu étant le siège d'une éruption pustuleuse très forte, M. Vovard fit cesser les applications d'huile de croton et fit appliquer les feuilles de poirée recouvertes de pommade de sainbois.

La maladie suivait sa marche progressivement croissante : la respiration était devenue irrégulière et suspirieuse, le pouls irrégulier et le ventre considérablement rétracté.

Les 17, 18, 19 et 20, le petit malade était toujours dans le même état, mais le cuir chevelu suppurait fortement. Le 21, M. Vovard crut remarquer que, sous l'influence de la lumière, la pupille se contractait un peu. Le 22, elle se contractait manifestement, et les jours suivants l'amélioration allait s'accentuant davantage. Le 24, tous les symptômes et la paralysie elle-même disparaissaient peu à peu. Enfin, le 29, l'enfant étant hors de danger, M. Vovard fit cesser la suppuration du cuir chevelu, la considérant comme étant désormais inutile.

Quelques jours après la guérison était complète.

L'enfant a été revu depuis très bien portant.

THÉRAPEUTIQUE

A propos de la suralimentation.

Par le Dr DE SERVIÈRES,
Ancien interne des hôpitaux.

Jamais autant qu'à notre époque, la vie n'a été aussi surmenée. Jamais le *struggle for life* n'a été plus âpre que de nos jours. Chacun, pressé de posséder, de jouir, brûle à outrance, et, les dépenses excessives n'étant plus couvertes par les recettes, on se trouve fatalement conduit à cet état si bien dénommé de « misère physiologique ».

Si, d'un autre côté, nous envisageons la part considérable que joue la déchéance de l'organisme sur le processus des maladies ; si, dans la plupart des cas, on a pu assimiler celles-ci à des parasites se développant, s'épanouissant sur un organisme débilité et capables, au contraire, de rétrocéder sur un organisme doué de résistance vitale, réfractaire ; si nous pensons avec Chossat que : « L'inanition dans la maladie où l'alimentation n'est pas normale est une cause de mort qui marche de front et en silence avec elle », nous serons moins étonnés de l'accueil chaleureux fait ces derniers temps aux différentes méthodes de suralimentation : alimentation forcée ou artificielle ou suralimentation simple.

Disons-le tout de suite, nous ne sommes pas des enthousiastes de l'alimentation forcée. Déjà limitée par la difficulté de faire accepter et tolérer le cathétérisme, cette méthode nous paraît devoir se restreindre encore davantage par l'étiologie de la maladie. Nous nous demandons si, en vérité, ces doses massives d'aliments, si ce gavage, comme on l'a appelé, ne produira pas souvent des effets tout opposés à ceux que l'on en attendait et si de la diète broussaisienne nous n'allons pas tomber dans l'exagération opposée.

Dans l'alimentation, l'unique point en effet que nous devions avoir en vue, ce n'est pas plus la digestion que l'ingestion, mais uniquement l'assimilation, cette fonction qui s'accomplit, non pas dans l'estomac, mais dans la plus profonde intimité de nos tissus ; et quand dans les maladies nous voyons l'état des forces digestives péricliter, notre but ne doit-il pas être, tout en nourrissant sans fatigue les organes, de chercher à réveiller leurs facultés languissantes d'assimilation ? Or, précisément, n'avons-nous pas dans les peptones un produit qui, offrant sous un volume peu encombrant, facile à fractionner, un aliment d'une haute puissance nutritive et en quelque sorte directement assimilable, n'avons-nous pas là, dis-je, l'élément le mieux indiqué pour obtenir la restauration des actes nutritifs et provoquer ce résultat ultime de la digestion que nous visons ?

Dans la peptone *phosphatée (vin de Bayard)*, préparation à laquelle, pour ma part, je donne la préférence, j'ai toujours trouvé un reconstituant aussi énergique que fidèle et dont je ne saurais trop me louer. Portée dans l'économie, non seulement cette peptone fournit aux éléments organiques son élément constitutif propre,

mais en même temps elle leur confère une activité fonctionnelle plus complète qui se traduit généralement par le réveil de la faim abolie.

Son application, très utile chez les convalescents, les phtisiques, les rachitiques, les lymphatiques, devient tout indiquée toutes les fois qu'il y a urgence de nourrir sans fatigue pour les voies digestives, dans toutes les irritations du tube digestif, l'entérite, la dysentérie chronique, l'anorexie, les vomissements incoercibles, etc.

Et si, après que cette préparation aussi eupeptique que reconstituante a provoqué le retour de l'appétit, nous lui adjoignons une alimentation convenable et modérée; nous en retirons des bénéfices aussi appréciables, pour le moins, que ceux que nous pourrait fournir un gavage, sur les avantages duquel nous sommes loin d'être édifiés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 avril 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. le Président annonce que MM. Denucé (de Bordeaux) et Bœckel (de Strasbourg) assistent à la séance.

COMMUNICATIONS

Tumeur dermoïde congénitale. — **M. Poncet** lit un rapport sur une observation de M. Brière (du Havre) relative à un cas de tumeur dermoïde congénitale. Il s'agit d'un enfant de trois jours qui portait sur la joue gauche une tumeur du volume d'une noisette. Les paupières de l'œil gauche se fermaient spasmodiquement; la tumeur envoyait sur l'œil un prolongement en forme de cordon. Le tiers interne seul de la cornée existait, il n'y avait également que le tiers de la totalité de l'iris; il n'y avait pas de pupille.

L'examen histologique de cette tumeur fait par M. Poncet a montré qu'elle présentait tous les éléments constitutifs de la peau; dans le cordon se trouvaient une artériole, une veine et un tronc nerveux. C'était, en un mot, une tumeur dermoïde congénitale. L'examen microscopique avait confirmé le diagnostic clinique.

Suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule. — **M. Beauregard** (du Havre) lit un travail sur ce sujet et présente un malade auquel il a pratiqué cette opération. Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, d'une forte constitution, qui, en voulant arrêter un cheval emporté, reçut de ce cheval un coup de pied sur le genou gauche. Il fut aisé de reconnaître l'existence d'une fracture transversale de la rotule. Ne pouvant arriver à maintenir rapprochés les deux fragments, M. Beauregard se décida à pratiquer la suture osseuse : incision longitudinale de 8 centimètres, pénétration dans l'articulation, lavage de cette articulation, passage de fils d'argent dans le fragment supérieur et au-dessous du fragment inférieur, celui-ci étant trop petit pour qu'il fût possible de le traverser d'une aiguille, affrontement exact des deux fragments, drain articulaire, pansement de Lister, appareil plâtré inamovible, glace sur le genou. Les suites de cette opération furent aussi satisfaisantes que possible, il n'y eut pas d'accidents; il y eut seulement un peu d'épanchement qui se résorba rapidement; la plaie se réunit par première intention. Quatre semaines après l'opération, l'appareil plâtré est retiré et le malade commence à marcher. Aujourd'hui, moins de deux mois après l'opération, il marche très facilement.

Cette observation montre la bénignité et l'utilité de la suture osseuse dans certains cas.

M. Beauregard a pu réunir, à côté de ce fait, 19 observations sur lesquelles il n'y a pas eu de cas de mort ni d'accidents graves. (Comm. : MM. Anger, Nicaise et Chauvel.)

Des causes de l'érosion des dents. — **M. Magitot** fait sur ce sujet la communication suivante. (Sera publié.)

Une discussion s'engage relativement au travail de M. Magitot, d'où il ressort ce fait que retient M. Magitot, à savoir que l'érosion des dents n'est pas, comme le professe M. Parrot, un signe de syphilis; mais MM. Lucas-Championnière, Després, Marc Sée et Guéniot admettent que l'éclampsie n'est pas la seule affection qui puisse amener cette érosion. Beaucoup d'autres affections graves du premier âge peuvent également la déterminer.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic et traitement des maladies du cœur (1), par M. le docteur Constantin Paul, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Nos lecteurs ont gardé le souvenir de la charmante notice sur un maître ignoré, que nous avons publiée dans notre numéro du 23 janvier dernier. Cette notice servait de préface au livre que nous allons analyser. Elle a porté bonheur à l'auteur, et nous sommes heureux de saluer dans les *Maladies du cœur* de M. C. Paul une œuvre des plus remarquables, tout à fait digne de devenir classique.

Après des considérations générales sur la topographie du cœur, M. Constantin Paul expose successivement l'examen clinique du cœur normal, le diagnostic de sa forme et de sa position, sa mensuration clinique. Il pose le diagnostic des déplacements du cœur, décrit l'exploration clinique des mouvements et des bruits du cœur, l'exploration de ses mouvements par les appareils automatiques, et termine cette première partie par l'étude des muscles et des nerfs du cœur : il montre l'influence du système nerveux sur le rythme cardiaque; il étudie avec soin les variations du pouls, les palpitations, les lipothymies, la syncope et l'anémie.

Ces préliminaires terminés, M. Constantin Paul aborde les maladies du cœur et de ses enveloppes. Toute cette partie du livre présente l'état actuel de la science. Les descriptions ne sont pas seulement d'une rigueur scientifique absolue : elles ont de plus le singulier avantage d'être écrites avec soin et la lecture en est agréable. Rien n'a été épargné pour rendre cette partie aussi claire que possible. Les illustrations ne sont pas ménagées, et cependant, tout excellente que soit cette partie du livre, nous tenons en plus grande estime la partie intitulée thérapeutique.

Cette dernière partie a été traitée avec une telle perfection que les *Maladies du cœur* de M. Constantin Paul deviendront une aide puissante pour le praticien; c'est un livre qu'il devra souvent consulter.

En résumé, le *Diagnostic et traitement des maladies du cœur* est inspiré par le sens clinique le plus juste et le plus droit. Il fait le plus grand honneur à son auteur. Il a reçu des leçons dont il avait conservé le souvenir, mais nous comprenons, après avoir lu son livre, les sentiments que M. Constantin Paul a conservé pour son vieux maître. S'il lui doit le sens clinique qui éclate à chaque page de ce livre, son culte pour la mémoire de Jean-Joseph Bouley sera compris de tous ceux qui n'ont jamais oublié leur premier guide.

Des maladies simulées dans l'armée et des moyens de les reconnaître (2), par le docteur W. Derblich, médecin d'état-major dans l'armée autrichienne.

M. le médecin aide-major Schmitt, attaché à l'École de cavalerie de Saumur et déjà connu par des travaux qui lui ont valu d'être deux fois lauréat de l'Académie de médecine, a eu l'heureuse idée de traduire pour ses camarades un traité des maladies simulées et des moyens de les reconnaître, dû à la plume d'un médecin militaire autrichien des plus distingués, le docteur W. Derblich.

La littérature médicale française possédait déjà un livre excel-

(1) 1 vol. in-8°. Prix : 15 francs. — Paris, Asselin et Cie.

(2) 1 vol. in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Asselin et Cie.

lent sur cette partie de la science. C'est celui où se trouvent reproduites les leçons que M. le médecin principal Boisseau fit en 1869 aux élèves de l'École d'application du Val-de-Grâce pendant le cours de son agrégation.

Le travail de M. Derblich, beaucoup moins complet dans son ensemble, — car, par une omission volontaire, les maladies simulées d'origine externe y sont laissées de côté, — apporte du moins un très utile complément à l'étude de la simulation de celles qui appartiennent au cadre de la pathologie interne.

Le lecteur en jugera en prenant connaissance, par exemple, dans le chapitre VIII de ce qui concerne l'anémie, l'hyperémie partielle, dans le chapitre V des signes de la simulation de l'hypertrophie du cœur, des maladies valvulaires, de la péricardite. Dans le chapitre consacré à l'épilepsie, M. Derblich recommande la recherche de l'albumine dans l'urine dont il donne la constatation comme un signe excellent de l'épilepsie réelle; il conseille l'examen de la rétine au moyen de l'ophtalmoscope qui montre les pulsations de l'artère centrale et la congestion des veines rétiniennes. On lira avec le plus vif intérêt dans l'étude de la simulation des paralysies l'exposition de la méthode employée par Burchardt (de Berlin) pour la distinction de la perte réelle ou feinte de la sensibilité. L'auteur fait aussi connaître les travaux récents de Sidlo sur l'aphonie, et leur exposition n'est pas un des passages les moins curieux du livre que M. Schmitt a entrepris de faire connaître aux médecins de l'armée française.

La haute valeur du livre de M. Derblich est rehaussée par les notes que le traducteur a insérées dans le corps de l'ouvrage. Elles dénotent chez M. Schmitt une véritable maturité d'esprit.

En somme, les médecins militaires feront une bonne acquisition pour leur bibliothèque spéciale en se procurant le livre dont il vient d'être question, qui toutefois, pour les raisons que nous avons fait connaître en commençant, ne saurait remplacer le traité de M. le médecin principal Boisseau.

L'Année scientifique et industrielle (1), par Louis Figuier.

La vingt-sixième année (1882) de l'*Année scientifique et industrielle* vient de paraître. L'éloge de ce livre n'est plus à faire. Ses nombreux et fidèles lecteurs savent qu'il représente d'une manière très fidèle le mouvement scientifique de l'année. D'une lecture facile et d'un intérêt soutenu, l'œuvre de M. Figuier se recommande d'elle-même. Il suffit de signaler son apparition.

De l'albuminurie consécutive aux excitations cutanées (2), par M. le docteur Kemhadjian Mihran.

L'excitation cutanée, quelle que soit la nature des agents, produit de l'albuminurie. L'albumine qui apparaît presque immédiatement après l'excitation, varie en quantité suivant le degré d'excitation, le pouvoir de l'agent excitant, l'étendue de la surface excitée et enfin la durée de l'excitation.

La durée de cette albuminurie est en raison directe des conditions précédentes et le plus généralement temporaires; sous l'influence d'une irritation périphérique extrême, elle est susceptible de persistance avec altération de structure du rein. L'albuminurie consécutive à l'excitation cutanée est sous la dépendance du trouble de l'innervation vaso-motrice.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des chirurgiens des hôpitaux s'est réunie mercredi 25 avril. M. Nicaise, représentant des chirurgiens des hôpitaux au Conseil de surveillance, a informé ses collègues de la manière dont avait été accueilli l'avis unanime des chirurgiens des hôpitaux et de la décision qu'il avait prise. La Société a approuvé entièrement son représentant dans ces termes : « Les chirurgiens des hôpitaux remercient leur représentant au Conseil de surveillance de sa fermeté, protestent avec lui contre le vote de la majorité du Conseil de surveillance et approuvent sa démission. » Les chirurgiens des hôpitaux ont voté cet ordre du jour à l'unanimité.

— *Concours de l'agrégation.* — La seconde épreuve orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation, a commencé mercredi soir pour les sections d'accouchement et de chirurgie; les questions traitées ont été :

Mercredi 25 avril. M. Maygrier : Des embolies dans la puerpéralité; M. Bar : Démontrer la loi d'accommodation dans la grossesse, les accouchements naturel et artificiel. — Jeudi 26. M. Poullet : Des ruptures pendant le travail de l'accouchement; M. Piéchaud : Des fractures du coude. — Vendredi 27 : M. Lagrange. Valeur clinique de l'iridectomie; M. Dubar : Le cancer de la langue.

— Les deux premières épreuves du concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central (épreuve clinique et opératoire) sont terminées. La troisième épreuve (épreuve orale) a commencé lundi; les questions données jusqu'à ce jour sont : 1° hernie inguinale étranglée; 2° diagnostic et traitement de la fraction du col du fémur.

— Aux termes du décret du 27 avril 1878, qui a remis en vigueur les dispositions de l'article 18 du décret du 23 mars 1852, l'aptitude des médecins-majors de première et de deuxième classe aux fonctions de médecin traitant dans les hôpitaux militaires est constatée par des épreuves spéciales.

Cette disposition n'est plus en rapport avec la nouvelle organisation du service de santé en campagne qui exigera, pour la constitution du service des ambulances et hôpitaux, le prélèvement d'un certain nombre de médecins pris parmi ceux affectés, en temps de paix, aux corps de troupe.

D'autre part, en vertu des prescriptions de la loi du 7 juillet 1877, les médecins des régiments sont actuellement chargés du traitement des malades de leur corps dans les hospices militaires, en sorte qu'à l'intérieur, comme aux armées, la responsabilité et les fonctions de ces médecins se trouvent considérablement accrues et deviennent identiques à celles des médecins du service hospitalier.

Dans ces conditions, il a paru peu logique de maintenir la formalité d'un concours pour l'admission, dans les hôpitaux militaires, des médecins-majors des deux classes, et le ministre de la guerre a pensé qu'il y aurait tout avantage à lui substituer un examen d'aptitude, obligatoire pour tous les médecins-majors de deuxième classe. Le programme et les conditions de cet examen seraient ultérieurement déterminés par un arrêté ministériel.

En conséquence, par décret, en date du 21 avril 1883, le décret sus-visé du 27 avril 1878, qui rétablit le concours pour l'admission des médecins-majors des corps de troupe dans les hôpitaux militaires, est rapporté et cessera d'avoir effet.

— Par arrêté ministériel en date du 24 avril 1883, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine, hygiène et thérapeutique s'ouvrira le 1er novembre 1883, à l'École de médecine de Tours.

— La Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse avait mis au concours la question : « Comment meurent les goutteux ? » Elle vient de décerner une première médaille d'or à M. le docteur Alphonse Sordes (de Tarare); et une seconde médaille d'or à M. le docteur Caradec fils, professeur à l'École de médecine de Brest.

Les deux lauréats ont, en outre, été proclamés membres correspondants de la Société.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les élèves inscrits ou qui se feront inscrire pour prendre part aux exercices opératoires (manœuvres obstétricales) qui auront lieu à l'École pratique, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, devront se trouver réunis dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, le samedi 5 mai 1883, à trois heures précises, pour être mis en

(1) Un vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.
(2) In-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ollier Henry.

séries. Immédiatement après ce classement, M. le docteur Charpentier, agrégé, commencera ses démonstrations. Le registre d'inscription, à l'École pratique, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, au Bureau du chef du matériel, jusqu'au mercredi 4 mai 1883.

— M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes le samedi 5 mai 1883, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14454.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Orchite des oreillons, orchite ourlienne. — HÔPITAL LARIBOISIÈRE. De l'angine ulcéreuse dans la fièvre typhoïde. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. Circulaire. Examen d'aptitude des médecins-majors de première classe proposés pour le grade de médecin principal. — CORRESPONDANCE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Orchite des oreillons, orchite ourlienne.

(Leçon recueillie par M. E. REVILLIOD, interne des hôpitaux.)

Vous avez vu ces jours-ci, dans la salle Saint-Jean, un homme de trente et un ans, qui présente toutes les apparences de la santé et qui est venu nous demander des soins, il y a quelques jours, pour une inflammation testiculaire très intense.

Notre première idée, à la consultation, fut de rechercher s'il ne s'agissait pas là d'une simple épididymite blennorragique ; mais nous ne pûmes nous arrêter à ce diagnostic lorsque nous eûmes constaté que non seulement il n'existait pas d'écoulement, mais que, au dire du malade, il n'en avait même jamais eu.

Quelle est donc la cause qui a engendré ce gonflement du testicule ?

Reprenons rapidement l'histoire de notre malade.

Il y a quinze jours environ, il a eu mal dans la bouche et un peu de fièvre ; à la suite de ces phénomènes il a vu apparaître, dans la région parotidienne gauche et cervicale, du même côté, un gonflement très marqué, une tuméfaction assez volumineuse, mais peu douloureuse. Au bout de huit jours environ le gonflement disparaît, mais en même temps le malade sent une douleur dans le testicule du côté gauche, douleur très vive, qui va en augmentant et qui le force à entrer à l'hôpital dès le lendemain.

Il faut vous dire ici que cet homme est appelé à porter de lourds fardeaux, des paquets de feuilles de zinc, pesant 30 à 40 kilos ; il les appuie sur le ventre, les tenant des deux mains en se recourbant en arrière, de manière à faire saillir l'abdomen et à faire porter sur lui une partie du poids de la charge.

Il s'était beaucoup fatigué de cette manière pendant qu'il avait le gonflement parotidien dont je viens de vous parler, mais il n'a pas reçu de coup sur les testicules.

Le jour de son entrée, nous constatons que la stomatite qu'il a eue quinze jours auparavant, ainsi que la tuméfaction cervicale qui lui a succédé, ont complètement disparu. Il se plaint seulement de son testicule gauche et, en effet, nous apercevons celui-ci gonflé, rouge, très douloureux au toucher. Le malade se met au lit, nous lui faisons appliquer des cataplasmes, et le soir même il y a une notable amélioration dans son état ; le gonflement et la rougeur ont en grande partie disparu. Il n'y a pas de liquide dans la tunique vaginale et l'épididyme est parfaitement indemne, — notez ce fait.

Le lendemain, les symptômes continuent à se modifier d'une façon heureuse, et enfin le troisième jour, c'est-à-dire aujourd'hui, le malade est guéri : il n'y a plus ni douleur, ni gonflement, ni rougeur.

A quelle affection du testicule aurions-nous donc affaire ? Je n'hésite pas à vous le dire, il s'agit ici de ce que l'on appelle une orchite consécutive aux oreillons, ou orchite ourlienne.

Il est vrai que les oreillons sont ordinairement bilatéraux, et que chez notre malade la tuméfaction parotidienne était limitée à un seul côté ; on peut cependant aussi voir des oreillons unilatéraux. Aujourd'hui on considère cette affection comme une espèce de fièvre, une maladie générale épidémique et contagieuse. Il y a un médecin qui a fait une théorie des oreillons, théorie que, pour ma part, je n'hésite pas à admettre, et dont on ferait peut-être plus grand cas si son auteur occupait une position plus officielle. M. Bouchut dit que les oreillons sont une conséquence d'une inflammation aphteuse de la bouche. Dans ces conditions, vous le voyez, il est très naturel d'admettre que les oreillons peuvent rester limités à un seul côté.

Maintenant, je ne pense pas que l'existence antérieure des oreillons suffise à elle seule pour expliquer le développement de cette orchite ; je l'admets certainement comme cause prédisposante au même titre que d'autres maladies, mais je cherche d'autres circonstances ayant agi comme causes déterminantes.

En effet, l'orchite ourlienne est rare. Très rare chez l'enfant dont les organes génitaux ne sont pas encore en activité (il y a beaucoup d'oreillons chez les enfants et très peu d'orchites, il n'y en a pas une pour 500 oreillons), rare aussi chez l'adulte puisque chez les soldats on note un cas d'orchite pour 200 oreillons à peu près.

Avant d'observer le fait dont il est aujourd'hui question,

j'ai vu en tout trois fois une orchite ourlienne : le premier cas, chez un enfant; les deux autres, chez des adultes. J'ai publié ces deux derniers (1). Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme de vingt et un ans, atteint de varicocèle, qui, à la suite d'un oreillon, avait eu une phlébite de sa varicocèle et une vaginalite séreuse. Dans le deuxième, c'était un cas tout semblable à notre malade actuel, homme de vingt-deux ans, orchite testiculaire ourlienne sans vaginalite ni épididymite.

Avec ces trois faits, je crois pouvoir donner une explication suffisante relative à l'étiologie de l'orchite ourlienne. Chez mes trois malades les oreillons ont été la cause prédisposante de l'orchite, mais chez tous les trois il y a eu, en outre, une circonstance qui a agi comme cause déterminante de l'inflammation testiculaire.

Chez le premier, en effet, nous trouvons une varicocèle. C'est du côté de la varicocèle qu'a eu lieu l'orchite ; ce n'est pas, certes, une cause aussi déterminante que les autres, mais c'est une condition qui a son importance, puisque c'est seulement du côté où il y avait une varicocèle qu'a eu lieu l'orchite.

Chez le deuxième, ce sont les excès de coït et de masturbation qui ont provoqué l'orchite ; enfin notre malade, je vous l'ai dit, se fatiguait à porter de lourds fardeaux, et cela dans les jours précisément qui ont précédé son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire après l'apparition de l'oreillon.

Vous le voyez, ces faits me permettent de faire intervenir le traumatisme ; mais j'invoquerai encore une autre raison : les orchites ourliennes, comme les orchites traumatiques, siègent sur le corps du testicule et non sur l'épididyme.

Au point de vue du pronostic, il faut se demander si notre malade aura une atrophie de son testicule. Cette conséquence de l'orchite ourlienne est donnée comme une règle par les auteurs qui se sont occupés de la question ; cependant les enfants qui ont eu l'orchite ont vu le plus souvent leur testicule se développer naturellement. Il n'en est pas toujours de même des adultes; chez les militaires, on a observé quelquefois une atrophie consécutive ; toutefois, à mon avis, on a exagéré la gravité pronostique de l'orchite ourlienne ; l'atrophie est moins fréquente qu'on a bien voulu le dire. Nous ferons revenir notre malade de temps à autre afin de pouvoir juger de l'état subséquent de son testicule. Le plus souvent, si l'orchite a été suivie de cette grave conséquence, il faut en incriminer le traitement d'abord, et les conseils qu'on se croit obligé de donner au malade ensuite. Les sangsues, l'onguent mercuriel, etc., tous ces moyens-là sont inutiles ou nuisibles ; le repos et les cataplasmes suffisent avec quelques lavements purgatifs, pour obtenir la guérison. Ensuite il faut recommander au malade de ne point s'abstenir du coït, mais au contraire d'en user, avec modération c'est vrai, mais enfin de faire travailler ses glandes séminales.

Vous voyez que ce malade est très intéressant à étudier et méritait d'attirer votre attention.

Il vous montre : 1° l'existence d'un oreillon unilatéral succédant à une inflammation aphteuse de la bouche absolument évidente ; 2° une orchite testiculaire franche rapidement résolutive et pour la production de laquelle, en dehors des oreillons, nous avons noté un antécédent positif indéniable, une fatigue excessive, le support de fardeaux pesants sur l'abdomen pendant l'existence de l'oreillon.

Cette leçon était sur le point d'être envoyée à l'impression lorsque, le 16 avril, nous voyons se présenter à notre consultation de la Charité un homme de vingt-quatre ans, lequel, au mois d'avril 1881, étant sous les drapeaux, a eu des oreillons doubles. Il a été malade huit jours, puis a repris son service. Quelques jours après, sans avoir eu de blennorragie, après une marche forcée, il se voit atteint d'une orchite gauche qui le tient malade encore dix jours. Ceci se passait il y a deux ans ; aujourd'hui il n'a pas trace d'atrophie de son testicule. Ici encore nous notons les oreillons comme cause prédisposante, et la fatigue d'une marche forcée comme cause déterminante. Ce fait est intéressant à rapprocher des autres.

(1) *France médicale,* 1877, p. 209. — *Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 1059.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Duguet.

De l'angine ulcéreuse dans la fièvre typhoïde.

Vers le milieu de l'été de 1880, M. Faisans, alors mon interne, et deux de ses collègues, me prièrent d'examiner un de leurs camarades, interne provisoire à l'hôpital Saint-Antoine, très souffrant depuis plusieurs jours et inspirant à ses amis de vives inquiétudes. En effet, ce jeune homme, surmené par un travail exagéré à l'approche d'un concours, avait rapidement perdu l'appétit, le sommeil et les forces ; en même temps il avait pâli et maigri notablement ; prostration, peau chaude et sèche, température voisine de 39° ; langue humide et chargée d'un enduit visqueux, soif vive, haleine fétide. On se trouvait évidemment en présence d'un état typhoïde grave ; mais l'absence de diarrhée, de douleur dans la fosse iliaque, de ballonnement et surtout de taches rosées lenticulaires, commandait une grande réserve au point de vue de la fièvre typhoïde. En examinant la gorge, je trouvai une ulcération superficielle, presque aussi étendue qu'une pièce de 50 centimes, plutôt ovalaire qu'arrondie, siégeant sur le pilier antérieur droit du palais, occupant une grande partie de sa face antérieure. Séparée de l'amygdale par le bord interne du pilier droit demeuré intact, l'ulcération remontait jusqu'au niveau de l'arc formé par le pilier antérieur et la luette. Exulcération plutôt qu'ulcération, elle paraissait taillée à l'emporte-pièce dans la partie superficielle de la muqueuse. Les bords formaient une ligne courbe régulière, servant de cadre à une surface dépouillée, d'un gris rosé, presque lisse ; sans relief apparent, ils étaient eux-mêmes entourés d'une zone large de 2 à 3 millimètres, d'un rouge assez intense, formée par la muqueuse voisine fortement congestionnée. Cette ulcération ressemblait à une aphte immense.

D'une part, il était impossible de rattacher cette lésion à la syphilis, en raison de l'ensemble de ses caractères, de son isolement, de son auréole rouge, de l'absence d'adénite concomitante, etc. D'autre part, la régularité de l'ulcération, de ses bords, de sa surface, l'absence de granulations autorisaient le rejet de toute idée d'une ulcération tuberculeuse. Nous nous trouvions donc en face d'une ulcération à caractères tout à fait insolites qui me remettait en mémoire certain cas de fièvre typhoïde dans le cours de laquelle j'avais observé une ulcération analogue ; je crus donc à l'existence d'une fièvre typhoïde à son début. Trois ou quatre jours après apparurent la diarrhée, les taches rosées lenticulaires, les râles sibilants ; la fièvre typhoïde n'était plus douteuse. On vit se dérouler tous les accidents d'une fièvre ataxo-adynamique, dans le cours de laquelle l'ulcération du voile du palais disparut sans laisser de traces, et le malade finit par guérir. Il exerce aujourd'hui la médecine en province.

Bien que mon attention fût appelée sur cette particularité, je n'ai pas rencontré de cas analogues dans la dernière épidémie.

Le 12 mars dernier, entre dans mon service un malade âgé de

vingt-huit ans, teinturier, à Paris depuis un an seulement. Le début de sa maladie remonte à une semaine : fatigue générale, céphalalgie, insomnie, inappétence, prostration. A son entrée, la peau est sèche, brûlante, son ventre ballonné, avec douleur dans la fosse iliaque droite, diarrhée, langue sèche, hébétude. Diagnostic : fièvre typhoïde, malgré l'absence de taches et de râles bronchiques. Dès le soir, M. Launois, mon interne, trouve sur le pilier antérieur droit une petite ulcération superficielle. Sur le pilier gauche existe simplement dans le point symétrique une rougeur exagérée. Les jours suivants, l'ulcération s'étend à droite et commence à se montrer à gauche. Le 15, dixième jour de la maladie, apparaissent les taches rosées lenticulaires. A ce moment, les ulcérations de la gorge sont arrivées à leur plus grand développement. Elles présentent exactement les mêmes caractères que dans l'observation précédente. Elles offrent, sous tous les rapports, entre elles, une ressemblance et une symétrie parfaites. Point de ganglions engorgés, pas de dysphagie. Le 16, au-dessus de l'ulcération droite, on voit se produire un soulèvement épithélial blanchâtre qui, le 17, se transforme en une exulcération lenticulaire. Le 19, tandis que l'ulcération du côté gauche demeure stationnaire, celles du pilier droit perdent de leur étendue. Le 21, le pilier droit a repris son aspect normal, le gauche conserve encore l'ulcération qui marche visiblement vers la guérison. Les symptômes généraux se sont aggravés, le malade meurt le dix-septième jour de sa maladie.

Le 17 du même mois, entre dans le service un Italien, journalier, âgé de vingt-cinq ans, à Paris depuis huit mois, malade depuis deux semaines, présentant tous les signes d'une fièvre typhoïde adynamique. En regardant la gorge, on voit qu'il existe sur le pilier droit du voile du palais une large exulcération ovalaire mesurant de 13 à 14 millimètres verticalement sur 9 à 10 dans le sens tranversal. Mêmes caractères physiques que dans les deux cas précédents. Le 19, elle a notablement gagné en profondeur ; les jours suivants, le fond de l'ulcération prend un aspect rosé et luisant, les bords vont s'amincissant. Le 24, en même temps que le malade entre en pleine convalescence, l'ulcération se cicatrise sans froncement de la muqueuse et sans induration.

En résumé, voilà trois observations dans lesquelles on voit des ulcérations superficielles du voile du palais se produire à une période très rapprochée du début de la fièvre typhoïde, précédant même dans deux cas l'apparition des taches rosées lenticulaires ayant une forme, un siége et une évolution identiques. Il s'agit donc là d'une manifestation toute spéciale et jusqu'ici peu décrite de la fièvre typhoïde. En effet, Louis n'en fait pas mention pendant la vie ; c'est à l'autopsie qu'il signale ces ulcérations du pharynx. Ici nous les rencontrons pendant la vie, et même à une époque rapprochée du début de la fièvre typhoïde. C'est en bas et sur les côtés du pharynx que Louis les rencontre et non sur les piliers antérieurs qui, dans nos observations, paraissent être un lieu d'élection. Les ulcérations décrites par Louis sont nombreuses, profondes, accompagnées d'ulcérations plus ou moins étendues des parties voisines; elles n'ont point ces caractères d'isolement, de simplicité, de superficialité des ulcérations que nous avons rencontrées. Il existe donc de grandes différences entre elles et celles que Louis a décrites. Les auteurs qui ont suivi Louis n'ont rien ajouté à ce qu'il a dit relativement à ces ulcérations. Il n'en est pas fait davantage mention dans les traités sur les angines.

La plupart des auteurs sont donc muets en ce qui concerne l'angine ulcéreuse de la fièvre typhoïde observée pendant la vie. M. Desnos, par la plume de M. Bouveret, son interne, est le premier qui ait donné, en 1876, une observation absolument semblable aux trois qui précèdent :

Jeune homme de vingt et un ans, à Paris depuis un an, atteint de fièvre typhoïde de moyenne intensité, à forme abdominale ; vers le onzième ou douzième jour de la maladie, apparition, sur les piliers antérieurs, de deux ulcérations symétriques, présentant toutes les deux les mêmes caractères. Ces caractères sont exactement ceux que nous avons décrits plus haut.

Cette observation n'a pas besoin de commentaires, attendu qu'elle rappelle, à s'y méprendre, le tableau des trois observations qui précèdent.

De la comparaison de ces quatre faits, je me crois donc en droit de conclure :

1° Qu'il peut exister dans la fièvre typhoïde des ulcérations superficielles ovalaires siégeant tout spécialement sur les piliers antérieurs du voile du palais, à leur face antérieure d'un seul côté ou des deux côtés à la fois ;

2° Que ces ulcérations, peu nombreuses, ressemblent à une aphte très étendue, et ne reconnaissent probablement pas pour origine une lésion folliculaire, mais simplement une altération très superficielle du derme muqueux et de l'épithélium qui le recouvre ;

3° Qu'elles peuvent se montrer de bonne heure, en même temps que les taches rosées et même plusieurs jours avant elles, ce qui, dans l'espèce, peut leur donner une valeur diagnostique considérable ;

4° Qu'elles n'ont aucune portée au point de vue du pronostic, puisqu'elles accompagnent des cas graves comme des cas bénins, puisqu'on les voit naître, évoluer et guérir alors même que le malade finit par succomber.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 avril 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Méthode mixte d'anesthésie. — M. DASTRE présente, au nom de M. Aubert (de Lyon), une note sur cette méthode qui consiste, comme on sait, à faire une injection de morphine et d'atropine avant de donner le chloroforme ou l'éther. Cette méthode a donné de très bons résultats entre les mains de M. Aubert.

M. PONCET n'en est pas partisan et a observé de mauvais résultats dans la chirurgie militaire.

L'acupuncture au Japon. — M. RÉMY présente les aiguilles à acupuncture fabriquées au Japon, où elles sont encore aujourd'hui d'un usage fréquent. Ces aiguilles sont formées d'un fil d'or ou d'argent aiguisé et portant à son extrémité mousse un petit cylindre d'argent cannelé qui permet de les faire rouler entre les doigts. Elles sont introduites dans un petit tube d'argent ou de cuivre qu'elles dépassent par leur tête. Leur application n'est nullement douloureuse.

L'acupuncture est employée, au Japon, pour guérir tous les maux.

M. BROWN-SÉQUARD déclare en avoir obtenu de très bons résultats dans le traitement des névralgies rebelles, en particulier de la sciatique.

Immunité des ouvriers travaillant dans le cuivre pendant les épidémies. — M. BURQ fait une communication sur ce sujet.

La séance est levée.

Séance du 28 avril 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Botriocéphale. — M. MÉGNIN présente un *Bothriocephalus latus* provenant de l'autopsie d'un jeune chien né et élevé à Vincennes, qui n'a jamais quitté cette localité et qui n'a par conséquent jamais mangé de salmonés du lac de Genève, de la Vistule ou des lacs de la Russie. On sait qu'on regarde encore ces poissons comme contenant seuls les germes de ce parasite, bien qu'aucune expérience ne soit venue confirmer cette hypothèse, hypothèse qui a été soutenue surtout par Bertolus.

Cette observation vient à l'appui des expériences de Knoch (de Saint-Pétersbourg), qui a réussi à provoquer directement le déve-

loppement du *Bothriocephalus latus* chez des chiens, en ajoutant à leurs aliments des œufs ou des embryons de ce cestoïde. En effet, des soldats venant de divers pays et affectés de bothriocéphale large figurent de temps en temps parmi les malades soignés à l'hôpital militaire de Vincennes, et il y en eut un entre autres, il y a trois ans, qui rendit un splendide spécimen de ce parasite, long de plusieurs mètres, lequel fut jeté au fumier. Or les eaux de pluies qui lavent ce fumier se rendent dans les petits ruisseaux qui coulent derrière l'hôpital, et ces ruisseaux contiennent, par suite, des œufs ou des embryons de bothriocéphale. Ce ne peut être qu'en buvant de l'eau de ces ruisseaux que le chien qui fait l'objet de cette observation a pu s'infecter.

Le bacilium du tubercule. — M. VIGNAL fait une communication qui a pour but de démontrer que le bacilium du tubercule résiste à la putréfaction.

Le thallium dans la syphilis. — M. RABUTEAU fait connaître les résultats obtenus, dans le service de M. Pozzi, à Lourcine, par l'emploi du thallium dans la syphilis. Ces résultats sont jusqu'ici très satisfaisants.

Anesthésie par le protoxyde d'azote. — M. PAUL BERT fait une communication sur un nouveau mode d'anesthésie par ce gaz. On sait, dit-il, les difficultés d'application de la méthode d'anesthésie par un mélange de protoxyde d'azote et d'air sous une certaine pression barométrique. Si ce procédé est passé dans la pratique hospitalière grâce à MM. Péan et Labbé, il rencontre de très grandes difficultés dans la pratique civile, à cause de la nécessité d'appareils très importants. Le protoxyde d'azote pur anesthésie, mais mène à l'asphyxie, si on le prolonge un certain temps ; mélangé à l'oxygène, il n'asphyxie plus, mais il n'anesthésie plus. Malgré cette menace d'asphyxie qu'entraîne l'emploi du protoxyde d'azote pur, on compte à peine trois ou quatre accidents sur plus d'un million d'anesthésies pratiquées par des dentistes plus ou moins expérimentés, à l'aide de ce gaz. Le protoxyde d'azote peut donc être considéré comme une substance bien peu dangereuse. C'est pourquoi M. Bert a cherché les moyens de l'employer sans le secours de la cloche. Un chirurgien américain emploie ce gaz, comme anesthésique, dans les grandes opérations, en procédant par intermittences, mais c'est là un procédé très défectueux. Au lieu de faire respirer alternativement du protoxyde d'azote pur, puis de l'air pur et ainsi de suite, M. Bert a eu l'idée de remplacer l'air pur par un mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote ou mieux par un air dans lequel l'azote est remplacé, à peu près dans les mêmes proportions, par le protoxyde d'azote. Ainsi l'animal en expérience respire pendant une minute du protoxyde pur, puis pendant cinq ou six minutes le mélange et ainsi de suite. Ce procédé, qui a besoin d'être perfectionné, a cependant jusqu'ici donné de bons résultats chez les animaux.

Cécité des mots. — M. MAGNAN communique l'observation d'un cas type de cécité des mots. Il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans, qu'il a présenté à la Société de biologie, qui ne pouvait lire des mots écrits sur le tableau. Si on lui disait d'écrire sur le tableau : « Je sais écrire », il écrivait cette phrase sans hésiter ; si on lui demandait ensuite de la relire, il ne le pouvait plus. Il y a donc deux chemins distincts pour acquérir la connaissance des signes graphiques. Ce malade, qui était devenu aphasique, s'affaiblit de plus en plus, son intelligence s'atténua de plus en plus et il finit par succomber.

A l'autopsie, on a trouvé les lésions de l'aphasie à leur siège ordinaire, au niveau de la troisième circonvolution frontale du côté gauche. La plupart des auteurs s'accordent à localiser le siège de la cécité des mots dans le voisinage du pli courbe. Or il existe, dans ce cas, une lésion très étendue qui s'étend jusqu'au pli courbe et au delà.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

CIRCULAIRE.

Examen d'aptitude des médecins-majors de 1re classe proposés pour le grade de médecin principal.

LE MINISTRE DE LA GUERRE,

A MM. les gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, les généraux commandant les corps d'armée et le corps d'occupation de Tunisie.

Paris, le 26 avril 1883.

MON CHER GÉNÉRAL,

L'institution d'un examen pour l'admission des médecins-majors dans le service hospitalier ayant été supprimée par le décret du 21 avril 1883, j'ai l'honneur de vous informer que, dès cette année et sans attendre la mise à exécution des mesures destinées à le remplacer, il pourra être établi des mémoires de proposition pour le grade de médecin principal, en faveur des médecins-majors de première classe n'ayant pas subi les épreuves prescrites par la note ministérielle du 18 mai 1877 et le décret du 27 avril 1878.

Toutefois j'ai pensé qu'il serait équitable de n'admettre à concourir pour ce grade que ceux qui, en dehors de la distinction de leurs services antérieurs, mériteraient par leurs connaissances scientifiques et professionnelles le bénéfice de propositions qui doivent rester exceptionnelles. En conséquence, après avoir pris l'avis du comité consultatif de santé, j'ai décidé que les médecins-majors de première classe attachés aux régiments ou employés dans les hôpitaux sans avoir satisfait aux examens précités, et ne figurant point encore au tableau de classement, pourront être proposés par les chefs de corps ou les médecins-chefs, pour le grade de médecin principal de deuxième classe, mais que ces propositions ne deviendront définitives qu'autant qu'ils auront subi avec succès les épreuves suivantes :

1° Examen clinique de quatre malades choisis moitié parmi ceux atteints d'affections médicales, moitié parmi ceux atteints d'affections chirurgicales ;

2° Rédaction de certificats de visite pour des cas donnés de blessures ou d'infirmités, ouvrant des droits à la retraite ou à la gratification de réforme renouvelable ou nécessitant des congés de réforme n° 1, n° 2; l'envoi en congé de convalescence ou aux eaux thermales, etc., etc. ;

3° Interrogations sur la législation et l'administration militaires :

Organisation générale. — Lois du 27 juillet 1872 sur le recrutement de l'armée ; du 24 juillet 1873, relative à l'organisation générale de l'armée ; du 13 mars 1875, relative à la constitution des cadres et des effectifs ; du 16 mars 1882, sur l'administration de l'armée.

Réquisitions. — Loi du 3 juillet et décret du 2 août 1877 sur les réquisitions militaires.

Service de santé. — Loi du 7 juillet 1877 relative à l'organisation des services hospitaliers. — Décrets du 1er août 1879 et du 3 février 1880. — Circulaires du 13 octobre 1879 et du 31 juillet 1880.

Décret du 2 mars 1878 sur le fonctionnement de la Société de secours aux blessés militaires. — Décret du 27 mai 1882. — Instructions provisoires du 7 novembre 1882 et du 26 février 1883. — Règlement du 31 août 1865.

Règlement général du 1er juillet 1874 pour les transports militaires par chemin de fer (spécialement le titre V). — Instruction du 29 septembre 1882 sur la statistique médicale de l'armée. — Convention internationale relative aux blessés. — Convention de Genève du 22 août 1864, acte additionnel du 20 octobre 1868.

Service de l'intendance. — Décret du 16 et instruction du 26 janvier 1883. — Circulaire ministérielle du 5 avril 1883.

Contrôle. — Décret du 28 octobre 1882.

Ces épreuves seront subies devant le médecin inspecteur et le directeur du service de santé du corps d'armée.

Avant de clore les opérations d'inspection dans chaque corps d'armée, le médecin inspecteur convoquera, s'il y a lieu, dans un des hôpitaux de la région, les candidats en faveur desquels il aura accepté une proposition pour le grade de médecin principal.

Le médecin inspecteur devra toujours vous informer, à l'avance, des dispositions qu'il compte prendre en vue de ces examens.

D'un autre côté, vous voudrez bien donner, en temps utile, les instructions nécessaires pour que nulle entrave ne soit apportée au départ des candidats qui auront à se rendre à cette convocation.

Les candidats obligés de se déplacer auront droit aux allocations fixées par les règlements, sous la condition de produire un certificat, délivré par le médecin inspecteur, et constatant qu'ils ont participé à l'examen.

Le Ministre de la Guerre,

THIBAUDIN.

CORRESPONDANCE

M. J. Béclard nous communique copie de la lettre suivante qu'il adresse au journal *le Progrès médical,* en réponse à un article du 28 avril 1883 :

MON CHER CONFRÈRE,

Vous vous méprenez tout à fait, permettez-moi de vous le dire, sur le caractère de mon intervention en ce qui touche à la modification proposée par M. le directeur de l'administration générale de l'assistance publique, au règlement relatif à la constitution des jurys de concours pour la nomination des médecins et des chirurgiens des hôpitaux.

Je suis de ceux qui pensent, et je suis heureux de vous le dire, que MM. Pinard et Budin, auxquels vous faites allusion dans le *Progrès médical* d'aujourd'hui, comptent au nombre des agrégés les plus distingués de la Faculté. Mais il ne s'agissait pas de défendre des hommes que j'aime et que j'estime, il s'agissait tout simplement de savoir s'il était utile, s'il était urgent de modifier un règlement de concours qui a donné et qui donne tous les jours des résultats qui ne sauraient être meilleurs.

Or cela ne me paraît ni utile ni urgent. Je le croyais il y a quelques jours; j'ai essayé de le dire. Je le crois encore aujourd'hui. Vous savez que je ne suis pas le seul à partager cette opinion.

Veuillez agréer, je vous prie, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les plus cordiaux.

J. BÉCLARD.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

140. M. BROCHARD. Considérations sur les onyxis diathésiques, et en particulier l'onyxis congénital et héréditaire, surtout au point de vue du traitement. — 141. M. DEPIERRIS. Étude sur l'embryotomie dans les présentations du tronc. — 142. M. COLLINET. Considérations sur la tuberculose des organes génito-urinaires chez l'homme. — 143. M. TROUSSEAU. De l'élongation du nerf nasal externe dans le traitement du glaucome. — 144. M. DAVID. Essai sur les altérations fonctionnelles et organiques de l'appareil de la vision survenant sous l'influence combinée de l'alcool et du tabac. — 145. M. LEMAIGRE. Étude sur une variété d'exanthème survenant dans le cours de la fièvre typhoïde. — 146. M. LEDUC. Contribution à l'étude de l'anisométropie. — 147. M. GERMONT. Contribution à l'étude des néphrites expérimentales. — 138. M. GAILLARD. De la pleurésie dans le cours de la fièvre typhoïde. — 149. M. ALLONCLE. De l'ulcère perforant du duodénum. — 150. M. PROST-MARÉCHAL. Contribution à l'étude de la pyohémie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le corps médical de Paris vient de perdre un de ses membres les plus distingués, un maître qui s'était élevé au premier rang dans l'enseignement particulier et qui, notamment dans les cours de thérapeutique trop tôt interrompus, avait marché de pair, si même il ne l'avait pas dépassé quelquefois, avec l'enseignement officiel de la Faculté. M. Martin Damourette vient de succomber à l'âge de 61 ans, à la longue maladie qui depuis plusieurs années l'avait tenu éloigné de ses chères occupations. A peine avons-nous besoin de rappeler ses titres à l'affection et aux regrets des nombreuses générations de médecins qui se sont formées à son école. Mais ce qui double les nôtres, en nous rappelant le trop petit nombre d'excellentes études expérimentales qu'il a publiées sur différents sujets de matière médicale, sur l'action physiologique du bromure de potassium, sur celle de la ciguë, sur l'ésérine et son antagonisme avec l'atropine, etc., c'est que le temps considérable qu'ont prélevé sur sa vie son enseignement oral, fait avec tant de zèle, de savoir et de conscience, et les exigences d'une nombreuse consultation ne lui aient pas permis de multiplier davantage ces publications. Ces regrets ne pourraient être atténués que par l'espérance que le fruit de tant d'études et de recherches sur la thérapeutique, objet de ses prédilections et de ses plus constantes préoccupations, ne sera pas entièrement perdu, et que quelques-uns de ses anciens élèves et collaborateurs trouveront dans leurs cahiers et dans les nombreuses notes qu'il a dû laisser, la matière d'un précieux recueil posthume.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Debove, agrégé, est chargé du cours de clinique médicale, en remplacement de M. Lasègue, décédé.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Berne, professeur de pathologie externe, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-1883, par M. Levrat, agrégé.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. de Girard, agrégé, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-1883, du cours auxiliaire de chimie médicale.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Caussanel, ancien suppléant, est rappelé à l'exercice, jusqu'au prochain concours, en qualité de suppléant des chaires de médecine.

— *École de médecine de Caen.* — M. le professeur Bourienne est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de l'École.

M. Delouey, professeur-adjoint, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Bourienne, transféré, sur sa demande, dans la chaire d'accouchements vacante par suite de l'admission à la retraite de M. Le Roy de Langevinière.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Bouty, docteur ès sciences, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, des conférences de physique, en remplacement de M. Lipmann, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Passot, un charmant poète à ses heures, vient de mourir à Lyon, à l'âge de 69 ans.

— M. le docteur Aubry est nommé médecin-adjoint au lycée de Brest, en remplacement de M. le docteur Carof, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Bonnefous, médecin-adjoint au lycée de Rodez, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le docteur Séguret, décédé.

M. le docteur Nègre est nommé médecin-adjoint au lycée de Rodez, en remplacement de M. le docteur Bonnefous.

— Une commission scientifique est instituée à l'effet de diriger les dragages qui seront exécutés cet été dans l'Atlantique par l'éclaireur d'escadre *le Talisman,* et d'étudier les fonds sous-

marins au large des côtes du Maroc, des Canaries, des îles du Cap-Vert, des Açores et dans la mer des Sargasses.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Alphonse Milne-Edwards, membre de l'Institut, président : L. Vaillant et Perrier, professeurs au Muséum ; Marion, professeur à la Faculté des sciences de Marseille ; H. Filhol, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse ; de Folin, ancien officier de marine ; Fischer, aide-naturaliste au Muséum. — MM. les docteurs Viallanes, répétiteur à l'École des Hautes-Études, et Ch. Brongniart, préparateur à l'École supérieure de pharmacie, sont adjoints à la Commission à titre auxiliaire.

— Par décision ministérielle, en date du 24 avril 1883, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

M. Vigenaud, médecin-major de première classe des hôpitaux de la division de Constantine, pour l'hôpital de Perpignan.

M. Ducelliez, médecin-major de première classe du 33e d'infanterie, détaché à l'hôpital de Kram à la Goulette (Tunisie) (admis dans le service hospitalier), pour les hôpitaux de la division d'Alger.

M. Heuyer, médecin-major de deuxième classe du 74e d'infanterie (admis dans le service hospitalier), pour les hôpitaux de la division d'Oran.

M. Duprey, médecin-major de deuxième classe du 5e bataillon de chasseurs à pied (admis dans le service hospitalier), pour les hôpitaux de la division d'Alger.

M. Franck, médecin-major de deuxième classe du 1er hussards (admis dans le service hospitalier), pour les hôpitaux de la division d'Oran.

M. Michaud, médecin-major de deuxième classe du 7e hussards (admis dans le service hospitalier), pour les hôpitaux de la division d'Oran.

M. Pons, médecin-major de deuxième classe du 3e hussards (admis dans le service hospitalier), pour l'hôpital d'Ajaccio.

M. Pierrot, médecin-major de deuxième classe du 87e d'infanterie, détaché à l'hôpital de Sfax (Tunisie) (admis dans le service hospitalier).

M. Uffoltz, médecin aide-major de première classe du 100e d'infanterie, pour les hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie.

M. Frilet, médecin aide-major de première classe des hôpitaux de la division de Constantine, pour les hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie.

M. Schœffel, médecin-major de première classe du 64e d'infanterie, pour le 101e d'infanterie.

M. Leuc, médecin-major de deuxième classe du 4e bataillon de chasseurs à pied, pour le 1er hussards.

M. Chevassu, médecin-major de deuxième classe du 44e d'infanterie, pour le 4e bataillon de chasseurs à pied.

M. Weil, médecin-major de deuxième classe du 37e d'infanterie, pour le 74e d'infanterie.

M. Magdelaine, médecin-major de deuxième classe du 65e d'infanterie, pour le 64e d'infanterie.

M. Roblot, médecin aide-major de première classe des hôpitaux de la division d'Oran, pour le 2e spahis.

M. Vilmain, médecin aide-major de première classe des hôpitaux de la division de Constantine, pour le 1er spahis.

M. Fournot, médecin aide-major de première classe du 60e d'infanterie, pour le 42e d'infanterie.

M. Arnold, médecin aide-major de première classe du 42e d'infanterie, pour le 60e d'infanterie, pour continuer à être attaché à la direction du service de santé du 7e corps d'armée.

M. Saletes, médecin aide-major de première classe du 14e d'infanterie, pour le 17e de chasseurs à cheval, pour continuer à être attaché à la direction du service de santé du 12e corps d'armée.

M. Petit, médecin aide-major de première classe du 17e dragons, pour le 2e du génie, pour continuer à être attaché à la direction du service de santé du 16e corps d'armée.

M. Louis, médecin aide-major de première classe du 15e dragons, pour le 144e d'infanterie, pour continuer à être attaché à la direction du service de santé du 18e corps d'armée.

M. Martin, médecin aide-major de première classe du 2e génie, pour le 16e dragons.

M. Baudisson, médecin aide-major de première classe des hôpitaux de la division de Constantine, pour le dépôt du 14e bataillon de chasseurs à pied.

M. Barthe, pharmacien aide-major de première classe, provisoirement à l'hôpital de Bordeaux, pour les hôpitaux de la division de Constantine.

M. Cordier, pharmacien aide-major de deuxième classe, de l'hôpital de la Rochelle, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

M. Lacomme, pharmacien aide-major de deuxième classe de l'hôpital des Colinettes à Lyon, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

M. Roncin, pharmacien aide-major de deuxième classe de l'hôpital de Belfort, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

— M. le docteur Jules Simon recommencera ses leçons de thérapeutique infantile, à l'hôpital des Enfants malades, le mercredi 2 mai, à 9 heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Il s'occupera de l'emploi des eaux minérales françaises chez les enfants.

— M. le docteur L. Martineau commencera son cours, à l'hôpital de Lourcine, le mercredi 9 mai, à neuf heures du matin, et le continuera tous les mercredis, à la même heure.

Pour assister à ce cours, messieurs les étudiants en médecine recevront une carte qui leur sera délivrée par M. le directeur de l'hôpital.

— *Muséum.* — M. le professeur Chevreul, et, en son absence, M. Cloez, aide-naturaliste, ouvrira le cours de chimie appliquée aux corps organiques, le mardi 1er mai 1883, à onze heures du matin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le cours de cette année sera consacré à l'histoire des principes immédiats contenus dans les êtres vivants, animaux et végétaux.

M. le professeur Daubrée commencera son cours de géologie le mardi 1er mars 1883, à quatre heures un quart, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie, et le continuera les samedis et les mardis suivants. Il traitera des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement de l'activité interne du globe en ce qui concerne les gîtes métallifères, l'origine des terrains stratifiés et la formation des reliefs du sol. En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, à qui est confiée la direction des excursions géologiques.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la dilatation naturelle et artificielle du col vers la fin de la grossesse, par le docteur Stéphane François. In-8° de 107 pages avec figures. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Traitement de la méningite des enfants, par le docteur Vovard (de Bordeaux). In-8° de 54 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Guérison de la rage, réponse à M. H. Bouley, de l'Institut. Mémoire présenté à l'Académie de médecine de Paris, par P.-I. Dartigues. In-8° de 61 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14466.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIERS-PARIS. Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, et d'un examen d'aptitude à l'emploi de médecin et de pharmacien stagiaires. — Séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DU MIDI. Phagédénisme syphilitique. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, et d'un examen d'aptitude à l'emploi de médecin et de pharmacien stagiaires.

Un décret du 15 juin 1880 dispose que, chaque année, un concours aura lieu, au plus tard, au mois de septembre, pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, d'après un programme arrêté par le ministre de la guerre, et que les candidats admis, dans la proportion déterminée par les besoins du service, seront répartis, à leur choix et suivant leur convenance, entre les villes ci-dessous indiquées qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil, et une faculté de médecine et une école supérieure de pharmacie ou une faculté mixte, ou une école de plein exercice de médecine et de pharmacie, savoir : Paris, Lille, Nancy, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Nantes, Rennes et Alger.

D'un autre côté, les élèves du service de santé militaire, reçus docteur en médecine ou pharmaciens de première classe, passent, avec le titre de stagiaire, à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, sous la condition expresse de satisfaire aux épreuves d'un examen d'aptitude au stage, article 8 du décret précité, et, en vertu d'une décision ministérielle du 14 novembre 1881, cet examen doit être subi, exclusivement, devant le jury chargé de procéder à l'admission des élèves du service de santé militaire.

En exécution de ces dispositions, un concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira en même temps que l'examen d'aptitude au stage :

A Paris, le 8 août 1883 ;
A Lille, le 13 du même mois ;
A Nancy, le 17 du même mois ;
A Lyon, le 21 du même mois ;
A Marseille, le 24 du même mois ;
A Montpellier, le 27 du même mois ;
A Toulouse, le 30 du même mois ;
A Bordeaux, le 3 septembre ;
A Nantes, le 6 du même mois ;
A Rennes, le 8 du même mois ;

Aux termes du décret précité, sont admis à concourir :

Pour les emplois d'élève en médecine :

1° Les étudiants ayant 8, 12 et 16 inscriptions pour le doctorat et ayant satisfait aux examens correspondant à la période de leur scolarité ;

2° Les docteurs en médecine.

Pour les emplois d'élève en pharmacie :

1° Les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès lettres ou de celui de bachelier ès sciences complet, ayant accompli au 10 novembre prochain un stage officinal de deux années ; ceux ayant 4 et 8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de première classe, et ayant subi avec succès les examens de fin d'année ou les examens semestriels ;

2° Les étudiants ayant 12 inscriptions ;

3° Les pharmaciens de première classe.

Suivant un arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique, les étudiants en pharmacie sans inscriptions sont dispensés de l'examen de validation du stage officinal, le fait même de leur nomination à l'emploi du service de santé militaire devant leur en tenir lieu.

Les candidats en médecine et en pharmacie devront concourir avec le nombre d'inscriptions qu'ils possèdent réellement, et ne pourront, pour quelque motif que ce soit, se faire inscrire dans la catégorie des étudiants de la période de scolarité inférieure à la leur.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Être né ou naturalisé Français ;

2° Avoir eu, au 1er janvier de l'année du concours : moins de vingt-deux ans (élèves en pharmacie sans inscriptions) ; moins de vingt-trois ans (élèves en médecine à 8 inscriptions et élèves en pharmacie à 4 inscriptions) ; moins de vingt-quatre ans (élèves en médecine à 12 inscriptions et élèves en pharmacie à 8 inscriptions) ; moins de vingt-cinq ans (élèves en médecine à 16 inscriptions et élèves en pharmacie à 12 inscriptions) ; moins de vingt-six ans (docteurs en médecine et pharmaciens de première classe) ;

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée ; cette aptitude, qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins, pourra être vérifiée au besoin par le jury d'examen ;

4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins, à dater de la nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats en activité de service, s'ils sont compris dans la liste d'admission, seront placés en position de congé pouvant être renouvelé aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élève du service de santé militaire. La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité pendant le cours de leurs études.

FORMALITÉS PRÉLIMINAIRES.

Les candidats à l'emploi d'élève du service de santé militaire auront à requérir leur inscription à leur choix sur une liste qui

sera ouverte à cet effet, à dater du 16 juillet prochain, dans les bureaux de MM. les Directeurs du service de santé, en résidence dans les localités indiquées d'autre part. La clôture de cette liste aura lieu, dans chaque ville, trois jours avant l'ouverture du concours dans cette localité.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer :

1° Son acte de naissance, dûment légalisé ;

2° Un certificat d'aptitude au service militaire, dans la forme ci-dessus indiquée ;

3° Un certificat délivré par le service du recrutement, indiquant sa situation au point de vue militaire ;

4° Les certificats des examens réglementaires correspondant à la période de scolarité, où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ces examens, et, s'il est candidat en pharmacie sans inscriptions, le diplôme de bachelier.

Ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves.

5° L'indication de la ville où il désire faire ses études.

Chaque candidat indiquera très exactement le domicile où il désire se voir adresser sa commission, en cas de nomination à l'emploi d'élève du service de santé militaire.

FORME ET NATURE DES ÉPREUVES.

I. — *Concours en médecine.*

Candidats à 8 inscriptions ayant satisfait aux examens de fin d'année, ou, selon le cas, aux examens de doctorat correspondant à leur année de scolarité :

1° Composition sur une question de physiologie ;

2° Interrogations sur l'anatomie descriptive et sur la physiologie.

Candidats à 12 inscriptions ayant satisfait aux examens de fin d'année, ou, selon le cas, aux examens de doctorat correspondant à leur année de scolarité :

1° Composition sur une question de pathologie générale ;

2° Interrogations sur la pathologie interne et la pathologie externe ;

3° Interrogations sur l'anatomie et la physiologie.

Candidats à 16 inscriptions :

1° Composition écrite sur une question de pathologie et de thérapeutique médicale ;

2° Interrogations sur la pathologie externe et la médecine opératoire ;

3° Interrogations sur la pathologie interne, l'hygiène et la thérapeutique.

Docteurs en médecine :

1° Une composition écrite sur une question de pathologie générale ;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions avec application à la médecine et à la chirurgie ;

3° Un examen clinique de deux malades.

II. — *Concours en pharmacie.*

Candidats sans inscriptions :

1° Réponse écrite à une question sur une opération pharmaceutique ;

2° Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex, et interrogations sur ces préparations ;

3° Détermination de 15 drogues simples appartenant à la matière médicale et de 5 médicaments composés.

Candidats à 4 inscriptions (1), ayant satisfait aux examens de première année :

1° Composition sur une question de physique ou de chimie minérale ;

2° Interrogations sur la physique, la minéralogie, la chimie minérale et les éléments de chimie organique ;

3° Interrogations sur les éléments d'histoire naturelle : géologie, zoologie et botanique (classification sans familles).

Candidats à 8 inscriptions, ayant satisfait aux examens semestriels ou à ceux de deuxième année :

1° Composition sur une question de chimie (minérale ou organique) ;

2° Interrogations sur la physique, la chimie organique et la toxicologie minérale ;

3° Interrogations sur la pharmacie galénique, la botanique (familles naturelles phanérogames) et l'histoire naturelle des médicaments.

Candidats à 12 inscriptions :

1° Composition sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;

2° Interrogations sur la physique médicale, la chimie, l'analyse chimique et la toxicologie ;

3° Interrogations sur la pharmacie chimique et galénique et sur l'histoire naturelle.

Candidats munis du diplôme de pharmacien de première classe :

1° Composition sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ;

3° Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex, et détermination de 12 substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés).

Les épreuves ci-dessus spécifiées auront lieu devant un jury unique, composé d'un médecin inspecteur qui le présidera et sera chargé de régulariser les opérations du concours, d'un médecin professeur et d'un médecin agrégé de l'École de médecine et de pharmacie militaires, et du professeur ou du professeur agrégé de chimie appliquée de ladite école, auquel sera adjoint un pharmacien du grade de pharmacien-major.

Il sera accordé trois heures pour la composition écrite. Chaque épreuve d'interrogation durera de quinze à vingt minutes. Les candidats qui auront satisfait à la composition seront seuls admis aux interrogations orales. Les compositions sont lues à huis clos par le jury. L'appréciation des candidats pour chaque épreuve est exprimée par un chiffre de 0 à 20.

Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général se fait à Paris, après que le jury d'examen a terminé ses opérations.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Les élèves du service de santé militaire seront dirigés chacun sur celle des villes ci-dessus mentionnées qu'il aura choisie pour y faire ses études. Attachés à l'hôpital militaire ou aux salles militaires de l'hospice civil, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils peuvent concourir à l'exécution du service médical et pharmaceutique, autant que le comportent les cours et travaux pratiques de la faculté ou de l'école qu'ils sont tenus de suivre. Ces élèves ne portent pas d'uniforme ; ils sont soumis à certaines règles disciplinaires ayant pour but d'exercer un contrôle fructueux sur leurs études et leur conduite, conformément aux dispositions d'un règlement arrêté par le ministre de la guerre. Il est accordé aux élèves médecins, à partir de la treizième inscription, et aux élèves pharmaciens, à partir de la neuvième inscription, pendant deux ans au minimum, une indemnité de 1,200 francs par an pour subvenir à leurs frais d'entretien, d'achats de livres et d'instruments.

Toutefois ceux d'entre eux qui auraient été boursiers au Prytanée militaire pourront obtenir, sur leur demande, et dès leur admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, une subvention mensuelle fixée à 1,200 francs par an à Paris, à 1,000 francs à Lyon et à Marseille, et à 800 francs dans les autres villes

(1) Les sujets de composition et les interrogations porteront sur les matières qui auront été traitées pendant l'année.

que celles ci-dessus désignées. Cette dernière faveur ne pourra être étendue à aucun autre élève, pour quelque motif que ce soit. Ladite subvention pourra être cumulée avec celle prévue par le décret du 15 juin 1880.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, les frais universitaires réglés conformément aux tarifs en vigueur sont versés par l'administration de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen sont à la charge de l'élève. Un second échec au même examen entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles. L'autorisation de doubler une année ne pourra être accordée que si l'élève justifie régulièrement d'avoir été empêché par la maladie de suivre les cours pendant une période de deux mois au moins de ladite année.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement du montant des frais de scolarité et d'indemnité, et à remplir, comme soldat, les obligations militaires qui pourraient être encore les siennes, sans pouvoir jamais prétendre au grade d'aide-major, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale.

Les élèves qui seront admis dans le service de santé entreront, avec le titre de médecin et de pharmacien stagiaire, à l'École de médecine et de pharmacie militaires, lorsqu'ils auront été reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, sous la condition expresse de satisfaire aux épreuves d'un examen d'aptitude au stage qui sera subi, ainsi qu'il est dit plus haut, devant le jury chargé, chaque année, de procéder à l'admission des élèves du service de santé militaire.

L'enseignement qu'ils reçoivent à ladite école est essentiellement pratique, et a surtout pour but de les initier à l'art dans l'armée, par des études complémentaires, des applications et des notions d'administration et de législation militaires.

Les stagiaires doivent être réunis à Paris à l'école du Val-de-Grâce, le 10 novembre. Ils sont rétribués à l'école sur le pied de 2,800 francs par an, à titre de subvention ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une indemnité de première mise d'équipement. Les stagiaires sortent de l'école avec le grade d'aide-major de deuxième classe, après avoir satisfait aux examens de sortie.

Les élèves qui n'auront pas satisfait à l'examen d'entrée et les stagiaires qui n'auront pas satisfait à l'épreuve de sortie, seront licenciés et tenus au remboursement du montant des frais de scolarité, d'indemnité et de subvention qui leur auront été alloués.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli la durée de leur engagement d'honneur. Ils resteront, eux aussi, soumis comme soldats aux obligations militaires qui pourraient être encore les leurs, sans pouvoir non plus prétendre jamais à un grade de leur spécialité, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale.

Il reste entendu que les dispositions de la décision présidentielle du 5 octobre 1872, en ce qui concerne l'ordre dans lequel les examens du doctorat seront subis, seront applicables à tous les élèves admis cette année qui n'auront pas opté pour le nouveau mode d'examens universitaires, déterminé par le décret du 20 juin 1878.

Paris, le 6 avril 1883.

Le Ministre de la Guerre,

THIBAUDIN.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion incidente sur les applications des doctrines microbiennes à la médecine, soulevée à l'occasion de la fièvre typhoïde entre MM. Peter et Pasteur, peut être considérée, dès à présent, comme terminée, les dernières explications rectificatives données hier par M. Pasteur sur quelques points accessoires ne touchant pas au fond même du débat. Nous en avons fait passer jusqu'à présent les principaux éléments sous les yeux de nos lecteurs, sauf toutefois le dernier discours de M. Peter qui n'avait pas été mis en temps opportun à notre disposition. Nous allons en reproduire ici en substance les principaux arguments. Ce nous sera en même temps une occasion de résumer en quelques mots cette partie épisodique de la longue discussion sur la fièvre typhoïde.

Le débat entre M. Pasteur et son contradicteur en était à ces termes : M. Pasteur avait repoussé comme inexactes la plupart des assertions avancées dans la première argumentation de M. Peter, les résultats des vaccinations faites depuis cette argumentation leur donnant, disait-il, un démenti formel. Il reprochait à son collègue la précipitation de ses jugements sur des choses qu'il ignore et qu'il paraît vouloir persister à ignorer. Il lui reprochait enfin d'avoir méconnu les progrès dont la médecine a été redevable à ses contacts avec les sciences physico-chimiques, alors que la discussion qui vient d'avoir lieu à mis à nu le peu que l'on sait sur la thérapeutique de la fièvre typhoïde.

C'est à ce dernier point de l'argumentation de M. Pasteur que M. Peter a eu à cœur de répondre d'abord dans son discours de mardi dernier. Oui, a-t-il dit, pour tout esprit impartial, il résulte en effet de cette grande discussion : que les médications systématiques de la fièvre typhoïde ont été rejetées par les médecins qui siègent dans cette Académie ; que la médication systématique par les bains froids, que la médication systématique par le sulfate de quinine ont été combattues ; que ce qui a triomphé c'est la médication traditionnelle, la médication suivant les indications, c'est-à-dire celle qui consiste à n'agir que suivant l'opportunité actuelle, à maintenir le typhoïdique dans des conditions d'hygiène favorables, à l'alimenter suivant ses aptitudes digestives, à combattre la fièvre dans ce qu'elle a d'excessif, à agir, en d'autres termes, comme on le fait pour une fièvre éruptive qui évolue régulièrement, en se réservant d'intervenir aussitôt qu'un péril surgit. Ce qui revient à dire que, si nous ne possédons pas la médication spécifique de la fièvre typhoïde, nous possédons la médication rationnelle des typhoïdiques. Eh quoi ! lorsque nous combattons une pneumonie intercurrente, une hémorragie périlleuse et prochainement mortelle, et que nous en triomphons, il ne nous serait pas permis de croire et de dire que nous avons guéri le malade !

Cette discussion, a ajouté M. Peter, n'aura pas non plus été sans résultat au point de vue des mesures prophylactique, puisqu'elle s'est terminée par la nomination d'une commission qui aura pour but de mettre l'édilité parisienne en demeure de faire disparaître les causes matérielles d'infection, qui peuvent concourir au développement des épidémies de fièvre typhoïde.

M. Peter, continuant, avoue qu'il envisage cette discussion avec une certaine satisfaction personnelle, puisqu'elle lui a donné l'occasion de combattre les médications systématiques. Il y a saisi l'occasion de combattre la chimiatrie et cette partie annexe de la chimiatrie, la doctrine des microbes, qui n'ont pas trouvé, plus l'une que l'autre, de défenseurs devant les médecins de l'Académie.

Arrivant à la partie principale du litige, M. Peter le résume dans ces trois points principaux :

Y a-t-il eu des accidents par les inoculations ? Oui ! L'im-

munité qu'elles confèrent est-elle fugitive? Oui! Sont-elles actuellement applicables à l'espèce humaine? Non!

Il y a d'ailleurs dans les inoculations de M. Pasteur une objection préalable, c'est que le virus atténué est de fabrication humaine et que, comme tel, il vaut ce que valent les soins qu'on y met. Il n'y a aucune parité à établir avec le virus-vaccin tel que l'a fourni l'organisme de la vache ou de l'homme et les virus atténués de M. Pasteur.

Sur la question d'inoculation de la rage, M. Peter maintient que M. Pasteur a commis une erreur en disant une première fois qu'elle était due à l'inoculation du virus rabique.

Quant à la question des inoculations prophylactiques du charbon, ce sont des recherches du domaine de l'histoire naturelle, il ne faut pas les introduire dans le domaine de la médecine humaine. D'ailleurs la valeur et l'exactitude de ces faits restent encore sous le coup des objections de MM. les vétérinaires Weber et Mathieu et des vétérinaires de Turin, comme les doctrines de M. Pasteur trouvent des contradictions dans les recherches de M. Béchamp sur les microzymas et les bactéries, dans celles de M. Ch. Robin sur les germes, et les expériences de M. Onimus sur la dialyse des liquides infectieux. M. Peter a terminé à peu près en ces termes : Il y a dans cette affaire trois questions absolument distinctes : M. Pasteur et ses expériences, cela regarde la science; pure les applications de ces expériences aux animaux, cela regarde les vétérinaires; les applications de ces expériences à l'homme, cela regarde les médecins. Là se trouve un double péril : péril social, l'homicide; péril intellectuel, la déraison. Je ne veux pas laisser tomber mon pays, sans qu'il y résiste, dans la folie du microbe.

C'est M. Bouley qui nous fournira l'expression même de notre appréciation de ce débat, lorsqu'il a dit, en terminant sa dernière et courte réplique à M. Peter : « Il se passe dans le monde médical ce qui se passe partout ailleurs quand une idée nouvelle est émise : elle rencontre des partisans exaltés qui peuvent dépasser la mesure, mais ce n'est pas là une raison pour ne pas accepter ces mêmes idées et ne pas en faire profiter la société. »

— Dans la dernière séance, l'Académie a entendu la suite de la savante communication de MM. Cornil et Babès sur les bacilles de la tuberculose, dont on trouvera une analyse et les conclusions dans le compte rendu, et une lecture d'un intérêt de tous les temps, mais particulièrement actuel en ce moment, de M. Billod sur les aliénés criminels.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Phagédénisme syphilitique (1).

V

La douleur devient parfois excessivement intense dans les ulcérations phagédéniques tertiaires; elle constitue alors, comme dans le chancre infectant, une complication sérieuse, qui tient probablement à ce que l'action destructive s'attaque plus particulièrement aux éléments nerveux de la partie atteinte.

Dans le phagédénisme du chancre simple et même parfois dans celui de l'accident primitif, il survient des épiphénomènes qui ont leur siège dans les tissus sains, encore indemnes, et qui ne relèvent qu'indirectement de l'action phagédénisante : tels sont les œdèmes aigus, les inflammations phlegmoneuses, les fusées purulentes interstitielles et les décollements qui en sont la suite, les lymphangites, l'érysipèle, les adénopathies, etc. Rien de pareil dans le phagédénisme tertiaire. Parmi ces complications, la seule qu'il suscite c'est l'érysipèle. J'en ai observé un grand nombre de cas dans le phagédénisme des muqueuses et de la peau, surtout dans celui qui envahit la face et le cuir chevelu. J'en ai vu aussi dans le phagédénisme des extrémités inférieures. C'est toujours une complication sérieuse, puisqu'elle peut entraîner rapidement la mort, comme le ferait une pneumonie maligne; mais, dans certaines limites et eu égard au phagédénisme lui-même, elle est généralement salutaire; elle l'est même quelquefois d'une façon très remarquable, car elle arrête brusquement l'action phagédénisante, ou la ralentit et la paralyse assez pour permettre au travail de réaction saine, jusqu'alors subjugué par elle, d'accomplir en peu de temps son œuvre de réparation. Cette influence bienfaisante est loin d'être absolue, et malheureusement elle n'est que temporaire dans le phagédénisme tertiaire, parce qu'elle ne s'attaque point à la diathèse, qui revient à la charge après avoir été momentanément mise en déroute. Il faut ajouter aussi que l'influence de l'érysipèle, loin d'être salutaire, est quelquefois nulle et même nuisible.

Dans un langage qui vous paraîtra peut-être un peu trop imagé, M. Hutchinson a exprimé une grande vérité, connue du reste avant lui, mais formulée d'une façon moins originale : « Lorsque, dit-il, la sorcière syphilis a fait appel au démon phagédénisme, elle a évoqué un pouvoir au-dessus de tout contrôle. Aucune loi de cessation spontanée ou de guérison ne sera maintenant respectée, et les spécifiques contre la maladie mère ne seront que d'un faible secours contre son enfant. Une fois suscité, le phagédénisme existe par lui-même et se répand par la contagion de son propre pus. Pour arrêter sa propagation, il est nécessaire de détruire sa sécrétion. » Peut-être l'autonomie du phagédénisme tertiaire, son indépendance à l'égard de la diathèse sont-elles moins absolues que ne le suppose M. Hutchinson. En outre, les spécifiques, et en particulier l'iodure de potassium, nous permettent quelquefois et même très souvent de nous en rendre maîtres. Il n'en est pas moins vrai que le processus sans cesse envahissant de cette redoutable manifestation, que sa durée indéfinie, son issue toujours aléatoire, ses récidives interminables, ses recrudescences inattendues, ses fluctuations, ses bizarreries, ses caprices, en font un démon, un enfant terrible, qui ne ressemble guère aux éruptions bénignes et généralisées de la première période.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mai 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

M. le docteur Boudard (de Gannat) adresse un mémoire sur l'allaitement artificiel ou Instituts nationaux pour l'élevage des nouveau-nés (Comm. d'hygiène de l'enfance); M. Cavaillon (de Carpentras) envoie une note sur un nouveau mode de traitement

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 avril 1883.

externe des pustules de la variole, consistant dans l'association de l'ouverture des boutons dès le quatrième jour, avec leur pansement avec une solution alcoolique de benzine au 400e, et d'applications, à partir du septième jour, de couches d'huile d'olive; M. le docteur Prosper Bernard (de Saint-Mandé) transmet une note sur un nouveau traitement de la pustule maligne.

Action anesthésique du méthylène. — M. L. LE FORT, à l'occasion du procès-verbal, présente quelques observations sur l'action anesthésique du méthylène dont son collègue M. Regnault a entretenu l'Académie dans la dernière séance. D'après M. Regnault, ce ne serait pas du méthylène dont il se serait servi, mais un mélange de chloroforme et d'alcool méthylique dans la proportion de 4/5e de chloroforme pour 1/5e de cette dernière substance. M. Le Fort, qui reconnaît n'avoir aucune compétence pour le côté chimique de la question, déclare qu'en ceci le laboratoire et l'hôpital, la chimie et la clinique ne sont pas d'accord. Quelle que soit la composition de l'agent dont il s'est servi et qu'il a fait venir de Londres, de la maison même qui le fournit à Spencer Wells, il y a, au point de vue du résultat pratique, une très grande différence entre les effets qu'il a obtenus de cet agent et les effets ordinaires du chloroforme.

La durée de la première période de l'anesthésie a été peut-être un peu plus longue qu'elle n'est habituellement avec le chloroforme, ce qui est probablement attribuable à ce que la quantité d'anesthésique administrée a été beaucoup moindre et qu'il y a eu de fréquentes interruptions. Mais une fois l'anesthésie produite, le sommeil a été beaucoup plus calme; il n'y a eu ni agitation, ni vomissement et le réveil s'est fait avec calme. En somme, les effets lui ont paru jusqu'à présent très satisfaisants. Toutefois, avant de se prononcer définitivement, il est d'avis qu'il faut répéter les expériences, les multiplier, les varier et faire des épreuves comparatives.

M. REGNAULT maintient la parfaite exactitude de tout ce qu'il a avancé dans sa note de mardi dernier. Il affirme que les divers échantillons qu'il a analysés ne contiennent pas trace de méthylène.

Microbie. — M. PASTEUR revient également, à l'occasion du procès-verbal, sur quelques-unes des assertions émises dans le dernier discours de M. Peter, notamment sur celles qui sont relatives à la maladie nouvelle provoquée par la salive d'un enfant mort de la rage, et à la dernière lettre des professeurs de l'École vétérinaire de Turin.

RAPPORTS

Remèdes secrets et nouveaux. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit une série de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux, dont les conclusions sont adoptées, sauf celles d'un rapport, qui, après discussion, sont renvoyées à la commission pour supplément d'examen au point de vue chirurgical.

DISCUSSION

Conjonctivite purulente rhumatismale. — M. PANAS, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Maurice Perrin, déclare que ses propres observations ne lui semblent pas confirmer les faits avancés par M. Perrin, et qu'on doit se tenir sur une grande réserve à leur égard. Tout d'abord les malades donnent rarement des renseignements exacts relativement à l'étiologie blennorragique de l'ophtalmie, première objection à opposer à la manière de voir de M. Perrin. Ce n'est pas la seule cause d'erreur, il y en a d'autres parmi lesquelles M. Panas signale en première ligne certaines affections antérieures de la conjonctive pouvant donner à une conjonctivite vulgaire une forme grave spéciale. Ces affections sont: les granulations conjonctivales, les trachomes, les maladies de la paupière, les excoriations de la cornée qui donnent souvent lieu à ces graves ulcères serpigineux de la cornée. M. Panas ajoute qu'il est, du reste, complètement d'accord avec M. Perrin sur ce point que beaucoup d'ophtalmies catarrhales simples que l'on rattache habituellement à l'action banale du froid, sont véritablement d'origine rhumatismale.

M. PERRIN rappelle avoir, dans sa première communication, mis un point d'interrogation relativement à cette variété de conjonctivite qu'il attribue au rhumatisme. Il a été plus affirmatif dans sa seconde communication parce qu'il a eu connaissance d'un nombre considérable de faits qui confirment cette manière de voir. Il ajoute qu'il s'agit de faits très bien observés.

LECTURES

Rôle des bacilles dans la tuberculose. — M. CORNIL continue la lecture, commencée dans la dernière séance, d'un travail, fait en commun avec M. Babès, sur la topographie et le rôle des bacilles dans l'anatomie pathologique de la tuberculose.

Dans leur communication de mardi dernier 24 avril, MM. Cornil et Babès ont relaté les faits de tuberculose des méninges et de la plèvre, où ils ont vu une grande quantité de bacilles de la tuberculose. Dans une autre observation de péricardite chronique tuberculeuse caractérisée par un épaississement fibreux des deux feuillets du péricarde et par des tubercules fibreux avec des cellules géantes, il n'y avait pas de bacilles, mais seulement des grains arrondis siégeant dans les cellules géantes et se colorant de la même façon que les bacilles par le procédé d'Ehrlich.

A la surface du péritoine intestinal, au niveau des ulcérations tuberculeuses de la muqueuse de l'intestin, on trouve dans les granulations tuberculeuses de nombreux bacilles ainsi que dans les voies lymphatiques de l'intestin et du mésentère.

Les ganglions lymphatiques de la racine des bronches ont montré des bacilles dans deux faits de tuberculose pulmonaire.

Dans une rate parsemée de granulations tuberculeuses très petites, au milieu de chacune desquelles se trouvaient toujours une ou deux cellules géantes, ils ont trouvé constamment un ou deux bacilles au milieu des cellules géantes.

Dans un fait de cirrhose hépatique observé chez un tuberculeux, il y avait des nodules avec des cellules géantes, mais pas de bacilles.

Dans quatre cas de tuberculose des organes urinaires, ils ont vu, dans un rein présentant de grandes masses caséeuses, des ulcérations de la muqueuse des uretères, de la vessie et de l'urètre. Il y avait peu de bacilles dans les masses caséeuses, mais un assez grand nombre à la périphérie, dans les granulations plus récentes qui siégeaient autour des tubuli. Il existait des bacilles dans les tubuli urinifères modifiés par cette inflammation tuberculeuse. Dans la vessie, les uretères et l'urètre, les bacilli existaient dans les granulations tuberculeuses.

Dans un second fait, de phtisie pulmonaire chronique, l'un des reins présentait une masse caséeuse dans laquelle les bacilles étaient rares, mais ils existaient en assez grande quantité à la périphérie dans le tissu tuberculeux de date plus récente.

Voici les conclusions par lesquelles MM. Cornil et Babès résument leurs recherches sur ce sujet.

Les quarante observations anatomiques examinées par nous au point de vue de la recherche des bactéries, peuvent se diviser en trois catégories :

1° Celle dans laquelle le nombre considérable de bacilles de la tuberculose dans tous les produits tuberculeux, granulations et infiltrations, explique la genèse des lésions d'inflammation chronique qui constituent la tuberculose.

La propagation de ces micro-organismes par les vaisseaux sanguins et lymphatiques est prouvée par leur siège à l'intérieur et autour de ces vaisseaux.

Cette catégorie de faits est absolument assimilable aux expériences d'inoculation par lesquelles M. Koch, en injectant à des centaines d'animaux différents des bactéries de la tuberculose purifiées et isolées par plusieurs cultures, a reproduit constamment la tuberculose.

2° Dans une deuxième série de faits, les bacilles caractéristiques de la tuberculose sont peu nombreux, mais il en existe constamment un ou plusieurs dans les cellules géantes, c'est-à-dire au milieu des granulations tuberculeuses. On doit croire que là aussi les bacilles ont été le point de départ de l'inflammation nodulaire.

3° Dans une troisième série d'observations relatives à la tuberculose chronique, les bacilles qui, sont presque toujours dans les cellules lymphatiques migratrices, ne se trouvent plus que dans la paroi des cavernes ou des bronches ulcérées. On n'en voit généralement point dans les parties en dégénérescence caséeuse. Cependant, au pourtour de ces masses caséeuses, on en rencontre dans la zone qui contient des granulations plus récentes.

Pour commenter les cas de ce genre où le nombre des bacilles est loin d'expliquer toutes les lésions observées à l'autopsie, on peut supposer qu'ils ont été éliminés ou détruits, mais qu'ils n'en ont pas moins laissé après eux des inflammations chroniques de nature scléreuse ou des îlots de dégénérescence caséeuse, toutes modifications de tissus qui persistent après leur disparition.

Pour comprendre cette disparition des bacilles dans les produits tuberculeux anciens, il faut tenir compte de ce fait qu'ils sont transportés par les cellules migratrices et qu'il s'est fait une élimination constante et considérable par les crachats provenant des bronches et des cavernes, par les catarrhes et par la surface des ulcérations de l'intestin et par les urines.

Les aliénés criminels. — M. **BILLOD**, correspondant de l'Académie, lit un travail ayant pour titre : *D'une lacune de la législation relativement aux aliénés dits criminels.*

L'objet de ce travail est d'appeler l'attention de l'Académie sur une lacune que le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 laisse subsister relativement aux aliénés dits criminels.

Voici à peu près en quels termes M. Billod résume le travail étendu dont il a donné lecture à l'Académie.

Tout le monde paraît être d'accord sur la nécessité de maintenir séquestrés certains aliénés dits criminels après leur guérison, lorsqu'ils présentent des chances à peu près certaines de rechute. La question seulement est de savoir où doit s'effectuer une séquestration. Est-ce dans la prison? Non, évidemment, puisque l'ordonnance de non-lieu ou la décision d'acquittement les ont exonérés de toute peine. Est-ce dans l'établissement d'aliénés? Oui, s'ils étaient encore aliénés; non, puisqu'ils ne le sont plus. C'est-à-dire puisqu'ils sont guéris. Si ce n'est ni dans l'une ni dans l'autre, où donc alors? La place de ces individus ne saurait évidemment être ailleurs que dans l'établissement d'aliénés. Mais encore faut-il, pour qu'on puisse les y retenir, que la loi le permette et elle ne le permettra que le jour où on y aura introduit une disposition qui autorise, sous le rapport de la nécessité de la séquestration, l'assimilation d'aliénés qui ne le sont plus, mais qui semblent prédestinés à le redevenir, à des aliénés qui le sont encore. Or, cette disposition, on la chercherait vainement dans le projet de loi soumis au Sénat, de même que dans la loi de 1838.

De l'ensemble de la loi projetée, il ressort une tendance à décharger le médecin de la responsabilité que la loi actuelle fait peser sur lui à propos de la sortie des aliénés dangereux, pour la reporter sur les magistrats.

Quelle que soit, dit en terminant M. Billod, la solution pour laquelle on opte, elle suppose une revision de la loi et il serait fort à désirer que la présentation faite par le gouvernement au Sénat du projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 fournît l'occasion de la revision sur le point que je viens de signaler.

Sur la proposition de M. Larrey, la question soulevée par la lecture de M. Billod sera mise à l'ordre du jour des discussions de l'Académie.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Lundi prochain aura lieu, à l'Académie des sciences, l'élection d'un membre titulaire de la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. le professeur Sédillot. Cette élection sera chaudement disputée, les candidats étant un professeur au Collège de France, deux professeurs à la Faculté de médecine de Paris, un encyclopédiste que la presse médicale salue comme son maître, et un chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

Dans la dernière séance, après une discussion des plus vives, et qui n'a pas duré moins de deux heures et demie, la section a arrêté la liste de présentation comme suit :

En première ligne, *ex æquo* : MM. les professeurs Richet et Brown-Séquard. — En deuxième ligne, *ex æquo* : M. le professeur Sappey, MM. Jules Guérin et Alphonse Guérin, membres de l'Académie de médecine.

— *Concours des chirurgiens du Bureau central.* — Les troisième et quatrième questions données pour la troisième épreuve (épreuve orale) sont : 1° Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie ; 2° Fractures des côtes.

— *Concours de l'agrégation.* — L'épreuve orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation continue pour la section de chirurgie; les questions traitées ont été :

Mardi 1er mai. M. Nélaton : Lésions consécutives aux lésions traumatiques de l'épaule; M. Chandelux : Des lésions traumatiques du poumon. — Mercredi 2 Mai. M. Dupaux : Des abcès intra-pelviens; M. Rohmer : Des abcès froids.

— M. le docteur Jules Voisin est nommé médecin en chef du dépôt de la Préfecture (service des détenus), en remplacement de M. le docteur Legrand du Saulle, nommé médecin en chef de l'Infirmerie spéciale des aliénés.

MM. les docteurs G. Ballet, Rol, Schafer et Yves sont nommés médecins-adjoints du dépôt de la Préfecture (service des détenus).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Michel (de Nancy), de M. Courtin, médecin-major de première classe, et de M. Toussaint, médecin aide-major de deuxième classe.

— Le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve, en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, à :

MM. les docteurs Vaulegeard, à Condé-sur-Noireau; Louis, à Villars-les-Dombes; Brest, à l'Esterel; Nellet, à La Haye-Pesnel; Casabianca, à Poggio-di-Naza; Viaud, à Saint-Jean-de-Monts; Dagallier, à Pont-de-Veyle; Pouget, à la Roquebrou; Ducellier, à Montmorillon, et Cellier, à Mostaganem.

— M. le docteur Larmande est nommé membre de la délégation cantonale du XVIIIe arrondissement de Paris, en remplacement de M. Gustave (Jean), décédé.

— M. le professeur Bureau fera une herborisation publique, dimanche 6 mai dans les bois de Saint-Cloud. — Rendez-vous à la gare de Saint-Cloud, à l'arrivée du train partant de Paris, gare Saint-Lazare, à 11 heures et demie.

— M. le professeur Chatin, membre de l'Institut, fera une herborisation publique, le dimanche 6 mai, dans les bois du Raincy-Montfermeil. — Le départ s'effectuera de la gare de l'Est, à onze heures et demie.

— M. le docteur F. Guiard, ancien interne lauréat (prix Civiale) des hôpitaux, ouvrira sa clinique des maladies des voies urinaires, le lundi 7 mai, à une heure, 99, boulevard Saint-Germain, près l'École de médecine. — Consultations et opérations gratuites. — Conférences cliniques les lundis, mercredis, vendredis à une heure.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14493.

34

Huile de foie de morue
BRUNE-CLAIRE
Du **Docteur DE JONGH,**
de la Fac. de méd. de la Haye,
chev. de l'ordre de Léopold de Belgique,
chev. de la Légion d'honneur.

« Le beau travail de M. le docteur de Jongh élucide une question qui a occupé un très-grand nombre d'auteurs. Le mode d'extraction de l'huile de foie de morue par les procédés indiqués et pratiqués aux îles Lofoden, en Norwège, pour la préparation de l'huile que M. le docteur de Jongh livre au commerce, nous paraît devoir être préféré à celui dont on fait usage à Terre-Neuve. Ces procédés sont, selon nous, plus rationnels et doivent fournir une huile plus efficace. »

(Signé) A. CHEVALLIER,
Offic. de la Légion d'honneur,
prof. à l'Ec. sup. de pharm. à Paris.

« Il était très-naturel que l'auteur des meilleures analyses et des plus profondes investigations qui aient été faites sur l'Huile de Foie de Morue devint lui-même le pourvoyeur de cette importante médecine. L'huile que vous m'avez donnée était de la qualité la plus supérieure considérée sous les rapports de la couleur, de la saveur et des propriétés chimiques; et je suis certain que pour l'usage médical on ne peut s'en procurer de meilleure. »

(Signé) JONATHAN PEREIRA, M. D.,
Memb. assoc. de la Soc. roy. de Londres,
prof. de mat. méd. à l'Univ. de Londres.

Se vend SEULEMENT en flacons revêtus d'une capsule portant l'estampille et la signature du Dr DE JONGH et la signature ANSAR HARFORD et Co.

Prix : 3 fr. 50, dans les principales pharmacies en France et à l'étranger.

Se défier des contrefaçons.

SEULS CONSIGNATAIRES :
ANSAR, HARFORD et Ce, 77, Strand, Londres.

123

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

70

Liqueur des Dames
A BASE D'ANÉMONINE
Retirée de l'Anémone Puls, vulgairement appelée « FLEUR DES DAMES ».
(*Off. de Dorvault*, xe édit., p. 252.)

Très efficace dans les cas d'AMÉNORRHÉE et de DYSMÉNORRHÉE.

FACILITE L'ACCOUCHEMENT

MM. les docteurs qui voudraient bien faire l'essai de cette Préparation et constater ses excellents résultats, sont priés d'écrire au préparateur, M. ENJOLRAS, pharmacien, 16, cours de Brosses, à Lyon, *qui se fera un plaisir de leur en envoyer gratis un ou deux flacons à titre d'expérimentation.*

78

Hépatites, Coliques hépatiques, Lithiase biliaire, Congestions du foie. — Traitement par le

Boldo-Verne ET L'ÉLIXIR DE BOLDO-VERNE

Expérimentés à Vichy et hôpitaux de Paris. Dépôt : Paris, 25, rue Réaumur et bonnes phies.

82

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

74

Pansement antiseptique
Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

8

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

99

Capsules Oberlin

Une des principales difficultés rencontrées dans l'administration de l'**Huile de Foie de morue,** de l'**Huile de Foie de Morue créosotée** et de l'**Huile de Ricin** est occasionnée par le goût nauséeux et désagréable de ces médicaments.

Avec les **CAPSULES OBERLIN**, les malades peuvent, grâce à l'élasticité et à la complète solubilité de ces Capsules, absorber vingt ou trente fois plus de médicaments qu'avec celles fabriquées jusqu'à ce jour.

Les **CAPSULES OBERLIN**, formées d'une enveloppe elastique, s'avalent aussi facilement que le bol alimentaire; elles ont trois dimensons (*petites, moyennes, grosses*) et contiennent :
3, 4 ou 5 gr. d'Huile de Ricin;
3, 4 ou 5 gr. d'Huile de Foie de Morue;
3, 4 ou 5 gr. d'Huile de Foie de Morue pure et 0g,10 de Créosote.

Pharmacie OBERLIN, 17, Place Cadet, Paris.
Envoi d'Echantillons à MM. les Médecins.

55

La Réveille est la plus **tonique**, la plus **reconstituante**, la plus **digestive**, la plus **agréable** à boire de toutes les *Eaux bicarbonatées ferrugineuses gazeuses.* — 24 bouteilles, 15 fr. en gare d'Issoire, caisse et emballage compris.

Régie à Sauxillanges (Puy-de-Dôme).

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez
(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance,* etc.

PARIS, phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

13

Quina-Laroche.
ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies suites de fièvres,* etc.

Paris, 22, rue Drouot. *Laroche*

122

Sirop DU DOCTEUR **Reinvillier**
Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

100

Méd. aux Exposit. Vienne 1873, Philadelphie 1876

Cachets de sulfate de quinine
LIMOUSIN, ph., Paris, 2 *bis*, r. Blanche.

Suppression de l'amertume. Solubilité complète. Contrôle de pureté. 20 cachets de 0,10 cent., l'étui 3f; 10 cachets de 0,20 cent., l'étui 3f. Envoi poste.

Touj. prép. avec le sulf. de quinine des 3 cachets.

10

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

Sirop MINÉRAL SULFUREUX **Crosnier**
goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

46

Tamar indien Grillon
FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation* et affect. qui l'accompagnent : *Hémorrhoïdes, bile, migraine, manque d'appétit, embarras gastrique*, etc., sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc.

Ph. GRILLON, 28, r. Grammont, Paris. Bte, 2 f. 50.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

7

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine
de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

99

Vin du docteur Forestier
TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

80

Darbo 86, PASSAGE CHOISEUL, PARIS.

MEDECINE, *chirurgie* (appareils en ts genres).
CAOUTCHOUC (Emploi général du).
CEINTURES, *corsets* sans baleines, pr dames.
ALLAITEMENT artificiel et tous articles pour dames en couches, les nourrices, les bébés.

117

Maladies de poitrine, GUÉRISON par les **Sirops d'Hypophosphite de Soude ou de Chaux,** du Dr CHURCHILL.

Nombreuses attestations médicales.

Prix : 4 fr. le flacon, avec instruction.
Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

12

Ergotinine de Tanret
Lauréat de l'Institut.

L'auteur prépare avec cet *alcaloïde* une solution dosée à 1 milligr. le cent. cube (dose de 3 à 10 gouttes) et un sirop à 1 milligr. la grande cuillerée (dose de 1 à 8 cuillerées à café par jour).

S'emploie dans les mêmes cas que l'ergot.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 52. — MARDI 8 MAI 1883. 56e ANNÉE. MARDI 8 MAI 1883. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU. Des polypes fibreux et de leur ablation. — Transfusion du sang. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOTEL-DIEU. — M. T. GALLARD.

Des polypes fibreux et de leur ablation.

(Leçon recueillie par M. GENDRON, interne du service.)

Je suis amené, par l'opération que vous venez de me voir pratiquer, à vous parler des polypes de l'utérus et en particulier des moyens à employer pour les extirper.

L'expression de polype utérin n'est peut-être pas très correcte. On décrit, en effet, sous ce nom, une tumeur pédiculée prenant insertion sur le col de l'utérus ou sur la paroi de la cavité utérine ; mais au point de vue de leur nature et de leur développement, on a cru devoir distinguer diverses espèces de polypes. Sous l'influence de la métrite interne il se développe fréquemment de petites productions molles, pédiculées, qu'on désigne sous le nom de *polypes muqueux*, et qui ne sont autre chose qu'une des nombreuses altérations dont la membrane interne de l'utérus peut être alors le siège. On y trouve aussi, avec les mêmes caractères de conformation, adhérant à la muqueuse, des concrétions sanguines plus ou moins volumineuses, décrites par Velpeau sous le nom de *polypes fibrineux*, et dont l'origine n'est pas encore très nettement déterminée. Quant aux *polypes cancéreux*, c'est par un abus de langage qu'on qualifie de ce nom certaines végétations proéminentes au delà du foyer du néoplasme. Les véritables polypes de l'utérus ne sont, à vrai dire, dans l'immense majorité des cas, autre chose que des *tumeurs fibreuses*. Vous pourrez les appeler à volonté des *fibromes* ou des *myomes*.

La *tumeur fibreuse* se développe habituellement dans l'épaisseur même de la paroi utérine ; tant qu'elle y reste incluse, elle est dite interstitielle, mais elle opère souvent, en s'accroissant, une sorte de migration qui la fait saillir soit vers le péritoine, soit vers la cavité utérine. Quand elle suit cette dernière direction, elle proémine sous la muqueuse dont elle se coiffe, et, s'énucléant ainsi progressivement de la paroi dans laquelle elle a pris naissance, elle finit par n'y être plus rattachée que par un pédicule plus ou moins volumineux ; elle constitue alors un *polype fibreux*. La nature de ce dernier est ordinairement révélée par la coexistence de tumeurs semblables intra-pariétales ou sous-péritonéales, facilement appréciables, et qui procèdent d'un même état pathologique.

Lorsque le fibrome est interstitiel, nous n'avons que peu de prise sur lui, et le traitement doit le plus souvent être exclusivement médical ; quand il est sous-péritonéal, il ne commande d'intervention que si, par son siège, son volume et ses rapports, il expose à de sérieux dangers et compromet l'existence ; on se trouve alors dans l'obligation d'avoir recours à l'hystérectomie, opération périlleuse, dont les risques ne sauraient être imposés à la malade sans être justifiés par la gravité même des accidents qui la menacent.

Le polype fibreux, lorsqu'il est constitué aux dépens de la paroi utérine, se trouve d'abord renfermé dans l'intérieur de la matrice ; mais il peut ne pas s'en tenir là de sa migration, et après s'être énucléé sous la muqueuse, il finit par être refoulé, par une sorte de travail d'expulsion, à travers le canal cervical, descendant ainsi jusque dans le vagin, comme cela est arrivé chez notre malade du n° 13 de ma salle Sainte-Marie.

Cette femme, âgée de quarante-quatre ans, a eu deux enfants. Elle jouissait d'une bonne santé et n'avait encore présenté aucun accident du côté de l'appareil génital, lorsqu'il y a deux ans elle commença à avoir des règles très abondantes, au point de constituer de véritables ménorragies ; durant les périodes inter-menstruelles, elle perdait beaucoup en blanc. Pendant les quatre derniers mois qui viennent de s'écouler, elle a eu des pertes de sang presque continuelles ; à la fin de décembre, lorsqu'elle se décida à entrer à l'hôpital, elle était anémiée et très affaiblie ; elle éprouvait de violentes douleurs lombaires et elle avait elle-même bien senti qu'elle portait dans l'abdomen deux tumeurs volumineuses, à la présence desquelles il fallait attribuer certains phénomènes de compression, tels que dysurie, constipation, engourdissements dans les membres inférieurs, avec un peu d'œdème des jambes. A son entrée, j'avais constaté l'existence de ces deux tumeurs abdominales, remontant jusqu'aux environs de la ligne ombilicale ; elles étaient séparées par une rainure, mobiles et adhérentes à l'utérus, et avaient donc tous les caractères des tumeurs fibreuses. Elles ne proéminaient pas dans le vagin, le col de l'utérus était seulement un peu gros.

Pour arrêter l'écoulement sanguin, je prescrivis des irrigations vaginales d'eau froide ; puis je fis pratiquer des injections sous-cutanées d'ergotine.

Sous l'influence de ces injections, ou au moins à la suite de leur administration, nous avons vu les hémorragies diminuer. Cependant les pertes sont revenues au bout de

très peu de temps et ont manifestement augmenté l'état d'anémie de la malade. Mais il s'est produit autre chose, et, si je n'attribue pas volontiers aux injections d'ergotine l'arrêt des hémorragies, je crois qu'au moins le médicament a agi pour provoquer les changements qui se sont opérés dans la disposition des tumeurs. Peu de temps après le début du traitement, nous avons vu celle qui siégeait du côté gauche diminuer progressivement de volume. Étonné de cette disposition et sollicité par le retour des hémorragies, je pratiquai de nouveau le toucher il y a quelques jours, et je trouvai alors, dans le vagin, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Elle se continuait, par un gros pédicule à travers le col, jusque dans la cavité utérine, et on retrouvait le corps de l'utérus sur le côté gauche, la tumeur de droite n'ayant subi aucune modification. Il était manifeste que la tumeur que nous avions trouvé à gauche n'était autre chose que l'utérus lui-même dilaté par un polype dont il venait de se débarrasser, en l'expulsant dans le vagin.

Cette migration d'un fibrome qui, après avoir été interstitiel, se transforme en polype et descend jusque dans le vagin, en traversant la cavité utérine, n'est pas chose rare. Il arrive même souvent qu'au moment de franchir les orifices du col, il fait à travers leur ouverture des apparitions intermittentes, signalées pour la première fois par Huguier, je crois, et fort bien décrites par deux de ses élèves, M. Bernaudeau et M. Larcher. J'en ai vu de nombreux exemples, dans l'un desquels il m'a fallu attendre près de dix-huit mois qu'un polype qui s'était ainsi montré à moi, devînt assez accessible pour pouvoir être enlevé (1). Dans certains cas on ne peut ainsi temporiser, et lorsque des hémorragies trop rebelles épuisent la malade, il faut, en quelque sorte, forcer la porte qui reste trop obstinément fermée, pour aller chercher le polype jusque dans la cavité utérine. Je pourrais vous citer plusieurs observations dans lesquelles cette pratique m'a parfaitement réussi, et où il m'a suffi de deux coups de ciseaux donnés de chaque côté du col utérin dans toute sa hauteur, pour voir immédiatement descendre dans le vagin des polypes restés jusque-là inaccessibles, et qu'il m'a été ensuite très facile d'enlever, à l'aide d'un des procédés dont il me reste à vous parler.

Avant d'avoir recours à l'un quelconque de ces procédés d'ablation, on pourrait peut-être se demander s'il ne serait pas plus sage d'attendre l'expulsion spontanée du polype, par suite de l'usure ou de la rupture de son pédicule. Ce phénomène se produit, en effet, quelquefois, mais dans des circonstances tellement rares que nous n'y devons pas compter, et ce en quoi il nous importe le plus, c'est en ce qu'il nous indique les meilleures voies à suivre pour obtenir une guérison, qui se produit ainsi parfois sous l'influence des seuls efforts de la nature.

D'après cela, nous voyons que la meilleure manière de débarrasser une femme d'un polype utérin, c'est de rompre ou de sectionner le pédicule qui tient ce polype attaché à la matrice. Pour arriver à ce résultat, les moyens que nous pouvons employer sont nombreux et variés. Chacun d'eux peut, à l'occasion, présenter des avantages notables sur tous les autres et doit être choisi lorsque se présentent les circonstances qui marquent sa prééminence. Aussi ne puis-je concevoir que des praticiens véritables viennent recommander, d'une façon exclusive, celui de ces procédés auquel ils ont le plus habituellement recours, soit que le connaissant mieux ils sont plus habiles à l'employer, soit qu'un hasard heureux les ait placés, fortuitement, en présence d'une série de cas dans lesquels il est plus particulièrement applicable.

(1) T. Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes* (2e édit.), p. 905.

Je ne fais d'exception que pour la ligature à l'aide du serre-nœud de Levret, qui doit être proscrite dans tous les cas. Elle trouvait ses indications lorsqu'on n'avait à choisir qu'entre elle et l'excision avec l'instrument tranchant, qui exposait aux hémorragies. Mais aujourd'hui que nous avons à notre disposition bien d'autres moyens plus efficaces encore d'éviter les hémorragies, nous pouvons nous dispenser d'exposer nos malades aux chances d'infection, résultant de la putréfaction dans le vagin d'un corps se sphacélant par suite de l'arrêt de la circulation que détermine dans son pédicule une constriction lente, prolongée durant plusieurs jours, avant qu'elle ne parvienne à l'ulcérer assez profondément pour qu'il se rompe. Je prescrirai donc tout à fait et cette ligature, que l'on serre un peu plus tous les jours, et la ligature élastique, par laquelle on a voulu la remplacer, parce qu'elle conduit au même résultat : la gangrène et par suite l'infection ; pour ne conserver que les divers procédés d'excision extemporanée, dont chacun trouve, comme je l'ai déjà dit, ses indications spéciales suivant les cas.

Si le pédicule est long et grêle et surtout s'il est peu vasculaire, le plus simple est de le couper avec l'instrument tranchant, ciseaux ou bistouri. On pourra toujours arrêter avec quelques gouttes de la solution de perchlorure de fer une hémorragie qui se produirait dans ces circonstances, et il serait même souvent facile de la prévenir en pratiquant la torsion ou le broiement du pédicule, préférablement à la section. Mais je dois vous prévenir que la torsion du pédicule n'est pas chose aussi simple qu'on serait tenté de se l'imaginer, et qu'il faut des manœuvres souvent longues pour arriver à rompre ainsi des pédicules dont la gracilité encourageait à essayer de ce procédé.

L'excision simple, réservée pour les pédicules longs, grêles et peu vasculaires, peut devenir dangereuse dans des conditions opposées. Elle présente, en outre, de sérieuses difficultés d'application lorsque le polype s'insère très haut dans la cavité utérine, par un pédicule large et court. C'est alors qu'il y a le plus grand avantage à pratiquer la section par écrasement, et l'instrument de Chassaignac a marqué un réel progrès dans la pratique de ces opérations souvent délicates et difficiles. Seulement cet instrument, en raison de sa configuration et de son volume, ne peut être appliqué avec succès que si le polype est inséré très bas sur le col et tout près du vagin ; alors nul ne peut lui être préféré. Mais il est absolument impossible de s'en servir si l'insertion a lieu très haut dans la cavité utérine. C'est alors que le serre-nœud de Maisonneuve, avec anse métallique, doit lui être avantageusement substitué. Le mode d'action est le même, il n'y a d'avantage que dans la plus grande flexibilité de l'anse sécatrice, qui en rend le maniement et l'application plus faciles.

Mais cette anse, plus souple et plus maniable, n'a pas la même solidité que la chaîne de Chassaignac, et il n'est pas rare de la voir se rompre au milieu d'une opération, pour peu que le pédicule soit gros et résistant. C'est ce qui m'est arrivé plusieurs fois, et, en particulier, tout dernièrement devant vous. Dans ce cas, quoique j'aie fait usage d'un câble assez gros, formé par trois fils de fer ; quoique la constriction

ait été pratiquée avec toutes précautions possibles et surtout avec la plus grande lenteur, puisqu'elle durait depuis plus d'une heure, nous avons vu l'anse se rompre et il m'a fallu achever péniblement l'opération, en me servant alternativement des ciseaux et du bistouri. C'est une éventualité à laquelle je vous recommande d'être toujours préparés, si vous ne voulez pas éprouver de trop rudes mécomptes dans la pratique, en vous exposant à laisser une opération inachevée.

Vous serez moins exposés à ce mécompte si, au lieu de l'action mécanique de la constriction, vous employez l'action caustique de l'anse métallique chauffée par un courant électrique, comme je l'ai fait chez la femme que je viens d'opérer.

Si j'avais l'exclusivisme que je viens de critiquer, je vous dirais que ce procédé est de beaucoup le meilleur, qu'il doit être employé préférablement à tous les autres, en raison de la rapidité, de la sûreté et je pourrais même dire de l'élégance avec lesquelles il donne le résultat désiré. Mais je ne suis pas si facile à enthousiasmer, et, tout en lui reconnaissant d'énormes avantages au point de vue du manuel opératoire, je me demande s'il ne présente pas certains inconvénients, inconnus ou non encore signalés jusqu'à ce jour, au point de vue des accidents consécutifs à l'opération. J'ai vu plusieurs fois des accidents graves survenir plusieurs jours après une opération ainsi pratiquée, et quoiqu'il n'y ait eu ni péritonite ni même métrite aiguë, je ne suis pas certain que ces accidents ne puissent pas être attribués à l'action de l'anse galvanique, exerçant, dans l'intérieur de la cavité utérine, un rayonnement dont l'influence caustique a pu se propager bien au delà du point directement touché par cette anse. C'est une question que je me réserve d'étudier avec tout le soin qu'elle mérite.

En attendant, et si partisan que je sois de la section par l'anse galvanique, dans les cas où la chaîne de Chassaignac et le serre-nœud de Maisonneuve ne peuvent être employés, je suis tout disposé à lui préférer, toutes les fois que l'occasion s'en présentera, la section avec la simple ficelle (mèche à fouet) qui vient d'être pratiquée devant vous, avec un remarquable succès, par M. Lucien Boyer, inventeur de ce procédé, dont la description m'entraînerait plus loin que je ne veux aller en ce moment (1).

Il me suffit de vous dire, et c'est par là que je termine, que la grande difficulté, dans tous les procédés de section du pédicule, aussi bien avec la ficelle de M. Boyer qu'avec le fil de fer de Maisonneuve ou l'anse galvanique, consiste dans l'application de l'anse, qui doit enserrer ce pédicule, en passant entre la tumeur et la paroi utérine. A ce moment de l'opération on se trouve entre deux écueils également importants à éviter : aller assez loin pour ne pas tomber au milieu de la tumeur; ne pas aller trop loin pour ne pas léser la paroi utérine.

Ce dernier inconvénient serait le plus grave de tous; il constituerait un véritable danger, et on peut toujours l'éviter si l'on a soin de laisser les choses en place au moment de l'opération, sans exercer sur la tumeur des tractions imprudentes qui pourraient déterminer une inversion de la paroi utérine et la faire comprendre, comme cela est arrivé à de très habiles chirurgiens, dans la section qui doit porter exclusivement sur le pédicule.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, numéros du 12 mars et 16 avril 1846.

TRANSFUSION DU SANG

Par M. le docteur J. Roussel.

Opération 63 (personnelle). — Le 1er janvier 1883, j'ai reçu une lettre de M. Millard demandant une transfusion pour Mme D..., atteinte d'une perte utérine se prolongeant depuis deux mois, et dont l'état est si grave, dit-il, que « la transfusion ne pourrait être retardée plus loin qu'au lendemain ».

Je vois avec lui la malade : cinquante-quatre ans, obèse, elle garde le lit sept à huit mois par an depuis plusieurs années, par suite de métrorragies symptomatiques d'un fibrome utérin.

Période ultime d'anémie, agitation dyspnéique, lypothymies, toux quinteuse très fréquente depuis quelques jours. Anoxémie profonde.

A défaut d'un homme valide, je décide la cuisinière, Annette C..., depuis un mois seulement au service de Mme D..., à fournir le sang nécessaire à l'opération. Ses veines sont étroites et peu visibles. Tout était prêt. Cependant M. Millard ajourne au lendemain l'opération de transfusion, et, avec l'assistance du docteur Hirtz, mais sans spéculum, il procède à un tamponnement vaginal.

2 janvier, 11 heures. Préparation difficile de la veine ; bras très gras et infiltré. Éclairage insuffisant, lit très bas, position à genoux très inconfortable pour opérer; trop de hâte pour ne pas laisser perdre le sang ; je place la canule dans le tissu cellulaire. Thrombus de 40 grammes, dont je suis vite averti par la résistance du ballon à la propulsion du sang. Le sang injecté inaltéré a rapidement commencé à se résorber, et il était déjà beaucoup diminué le surlendemain, sans avoir produit ni inflammation ni douleur. On recommence la transfusion au bras droit; je place deux bandes, l'une en dessous, l'autre en dessus de la saignée; le docteur Hirtz dissèque la veine devenue turgide et facile à voir; transfusion lente de 100 grammes.

1 heure. Léger frisson, sueur, chaleur; pas de douleur, pas de dyspnée.

6 heures. M. Millard « la trouve mieux qu'il n'eût osé l'espérer; pouls relevé moins fréquent, un peu de chaleur à la peau ».

Minuit. Je la trouve mieux sans souffrance, pouls bien frappé; elle boit avec plaisir du bouillon et du vin. *L'urine est normale.*

3 janvier, 8 heures matin. Pouls 102, bien frappé ; temp., 37°,2. La nuit n'a pas été mauvaise.

8 heures soir. L'agitation et la dyspnée anémique ont reparu.

4 janvier. La nuit a été moins bonne, agitation et dyspnée croissante. Ventouses sèches, injections d'éther sans effets. Mort à midi. Aucun des phénomènes morbides ne se rapportait à la transfusion, mais tous étaient les effets de l'anémie et de l'anoxémie prolongées dont une transfusion trop tardive et à dose trop faible n'a pu triompher.

Préparation de la veine. — Il arrive d'ordinaire que la veine du sujet exsangue qu'il s'agit de transfuser est tellement rétractée, qu'elle est invisible à travers la peau, et que même étant découverte, il est encore fort difficile de l'inciser en partie et d'y introduire la canule.

Cette difficulté est inhérente à toute espèce d'injection dans les veines.

Il est arrivé à plusieurs chirurgiens, et à moi-même une seule fois, de pousser la canule non pas dans la veine, mais à côté d'elle dans sa gaine cellulaire.

Si le sang a été injecté vivant et inaltéré à une dose faible (30 à 40 grammes), il se résorbe à la façon d'une ecchymose sous-cutanée. Il y a alors si peu de dangers, que la constatation de la simplicité de cette résorption a conduit plusieurs chirurgiens à proposer l'injection intra-cellulaire de sang comme succédané de la transfusion.

Il n'y a donc, au total, pas grand inconvénient à cette maladresse opératoire, puisqu'elle n'est pas nuisible à l'opéré et qu'il est tout simple de recommencer les préparatifs de la transfusion sur une autre veine.

L'introduction d'une canule dans la vessie d'un cadavre est une opération très facile ; j'ai observé que ce qui rend cette manœuvre difficile sur le vivant, est non pas réellement l'étroitesse de la veine, mais le fait que le sang du sujet se répandant dans l'incision quelquefois fort profonde de la peau épaisse, graisseuse, masque le champ opératoire, colore les tissus et cache la petite ouverture dans laquelle il faut insinuer la canule.

De plus, cette perte de sang, quelque minime qu'elle puisse être, ne laisse pas d'émotionner les assistants inquiets de voir saigner un sujet que l'on doit transfuser parce qu'il est exsangue. Le chirurgien se hâte plus qu'il ne le faudrait, et pousse la canule sans trop voir où il l'engage. Somme toute, cet accident n'est, en réalité, qu'un petit malheur facilement réparable et qui ne mérite pas des reproches amers.

Cependant, prenant pour bonne la leçon que vient de me donner ma trop grande confiance en la simplicité d'une manœuvre que j'ai accomplie cent fois et manquée une seule, j'ai cherché le moyen de ne jamais plus exposer personne à pareille mésaventure, et je l'ai trouvé.

Voici comment désormais je pratiquerai et j'enseignerai la préparation de la veine du sujet à transfuser :

1° Placer sur le bras, au milieu du biceps, un lien serré qui arrête la circulation veineuse superficielle ;

2° Envelopper la main et l'avant-bras jusqu'auprès du coude avec la bande élastique de caoutchouc dite bande ischémique d'Esmarch. Les tours de cette bande refoulent devant eux le sang contenu dans les veines de l'avant-bras. Ce sang, retenu par le lien supérieur, rend turgides toutes les veines du pli du coude, permet de les très bien distinguer et de choisir celle qui est le plus favorablement placée pour être découverte ;

3° Faire à la peau, au-dessus de la veine à ouvrir, un pli transversal, et l'inciser au bistouri ; la peau s'écarte, et la veine gonflée se voit très nettement ; son grand calibre permet facilement de soulever, avec un fin crochet, sa paroi supérieure, ainsi que de l'ouvrir au-devant du crochet par une incision oblique traçant un lambeau en forme de V, figurant le couvercle d'une boîte.

Ce lambeau forme un conducteur absolument certain de la canule dans la veine ouverte. La seule partie de sang qui puisse être répandue sera celle (de 2 à 3 grammes) qui a été enfermée dans le tronçon veineux, turgide entre les deux bandes.

Le chirurgien, ayant étanché ces quelques gouttes de sang, pourra opérer *à sec* sur le membre ischémié, et donner tout le temps nécessaire à la réelle et parfaite introduction de la canule dans la veine.

La canule qui n'est pas dans la veine, mais dans le tissu cellulaire, éprouve toujours une résistance très appréciable de la part des tissus voisins, et il faudrait la pousser fortement pour la faire progresser dans sa fausse route. On a la certitude d'une parfaite adaptation dans la veine, lorsque la canule s'enfonce librement jusqu'à son talon.

Phlébotome dilatateur. — J'ai fait construire en Russie un petit instrument resté inédit en France, et destiné à assurer l'insinuation de la canule dans la veine après que la peau a été incisée.

Il a la forme générale de cette pince à artère dont les mors croisés à ressort s'écartent lorsqu'on presse sur les branches ; mais l'un des mors de mon dilatateur est tranchant et affilé en pointe aiguë ; l'autre mors, mousse et adouci, s'applique contre le précédent, de sorte qu'à eux deux, ils forment une pointe régulière.

Lorsque la veine rendue turgide a été découverte, on la pique tout en l'incisant avec le petit outil qui pénètre dans l'intérieur. Par la pression sur les branches, on écarte les mors qui dilatent l'ouverture du vaisseau, et on glisse la canule entre les mors qui la conduisent fidèlement dans la veine.

Serre-fine pour fixer la canule. — Aujourd'hui même, toujours préoccupé des progrès de la transfusion, j'ai imaginé un petit artifice mécanique qui sera fort utile pour toutes les injections dans les veines. Les histologistes vont certainement l'adopter, car il remplace avantageusement un assistant.

Dans l'opération de transfusion directe, on ne doit pas lier la veine sur la canule ; un aide est chargé de maintenir celle-ci *in situ*, et de comprimer le vaisseau en s'opposant à l'issue rétrograde du sang. Cette assistance est souvent imparfaite, et les mains contribuent à obstruer et à cacher le champ opératoire déjà si petit.

Ma trouvaille d'aujourd'hui est une *serre-fine* de grande taille liée par un anneau au talon de la canule. Quand la canule est dans la veine, la serre-fine se rabat en avant et pince la peau, le tissu cellulaire et la veine, ou s'il le faut la veine seule, fixant ainsi la canule, la maintenant immobile en bonne position, et s'opposant à toute déperdition du sang.

La canule étant ainsi bien en place, il ne reste plus qu'à dérouler les deux bandes ischémiques et à saigner le donneur de sang.

Ventouse. — Dans la règle, le temps que peut demander la préparation de la veine n'intéresse en rien le *donneur de sang*, puisqu'on ne doit le saigner qu'après l'introduction de la canule, et qu'il peut attendre tout en portant au bras le transfuseur plein d'eau, fixé par la ventouse.

Collerette de baudruche. — Mais si l'attente se prolonge, il peut se produire des mouvements ou des chocs qui détachent la ventouse. Pour obvier à cet inconvénient possible et assurer une fixité inébranlable à la ventouse, j'ai entouré le bord de celle-ci d'une *collerette de baudruche mouillée,* qui s'étale et se plaque sur la peau, et empêche toute arrivée d'air sous les bords de la ventouse. De cette façon la ventouse ne peut se détacher, lors même que la succion diminuerait dans le ballon aspirateur.

Tous ces préliminaires accomplis, j'achève alors la transfusion par pressions successives sur le ballon moteur. Ce ballon est muni de soupapes parfaites qui empêchent tout retour en arrière du sang projeté. La capacité de ce ballon est de 12 grammes, et il est parfaitement certain, quoi qu'en ait dit un critique, que chacun des battements de ce cœur artificiel pousse au-devant de lui la dose régulière de 10 grammes de sang.

J'espère que c'est une erreur de rédaction des reporters qui fait dire au même critique : « J'ai vu opérer M. Roussel, on n'est pas arrivé à pénétrer dans la veine, et il s'est produit un thrombus. »

Dans le cas dont il s'agit, ce n'est pas moi qui ai préparé la veine, ni placé la canule à côté de la veine, ce qui a été cause du thrombus.

Saignée. — Je n'ai sans doute pas suffisamment bien expliqué la manœuvre de ma lancette, puisqu'un médecin des hôpitaux ne l'a pas comprise et m'a reproché d'avoir fait une saignée blanche, parce qu'il m'a vu frapper à deux reprises sur la tête de la lancette. Or je le fais *avec intention* à chaque opération ; je l'ai fait encore, il y a peu de jours, à Beaujon, dans une transfusion qui, comme d'ordinaire, a très simplement marché.

C'est là une des qualités de ma manière de saigner; grâce à la vis millimétrique qui peut allonger la course de la lancette, je coupe la peau seule en un premier temps, puis j'attaque la veine en un second et peut-être en un troisième temps; cela m'assure une incision toujours suffisante et jamais exagérée. Ma lancette, en forme de croissant fourchu et tranchant en dedans, ne peut inciser que la paroi supérieure de la veine, jamais la postérieure.

Cette manœuvre prudente était particulièrement indiquée dans le cas dont il s'agit, où le donneur de sang était une femme à veines fort petites et cachées. La saignée, très simple, s'est cicatrisée en vingt-quatre heures.

La transfusion du 2 janvier, quoique irrégulière et interrompue par divers incidents, n'a point été préjudiciable à la malade, qui n'a éprouvé aucun des très graves phénomènes d'asphyxie, d'engorgement, voire même d'embolie, suites fatales d'une transfusion réellement mal faite, et je conserve le droit de dire que jamais ma méthode n'a causé d'accidents réels à l'un ou à l'autre des sujets.

La malade a reçu 100 grammes de sang. Or les opérateurs employant les anciennes méthodes n'ont jamais été capables de donner une telle dose à leurs transfusés.

Ils étaient si réellement forcés de s'arrêter à 30 ou 40 grammes, qu'ils ont posé en principe que la transfusion ne doit se faire qu'à très petites doses.

J'ai donc seul le droit de penser que cette opération a peut-être été insuffisante, parce que je suis coutumier des doses de 150 à 250 grammes.

Quant au donneur de sang, qui a subi deux saignées successives au lieu d'une, elle a perdu plus de sang qu'il ne fallait, mais n'en a pas souffert et n'a pas suspendu ses travaux de cuisinière, femme de chambre et garde-malade.

D'autre part, un bon nombre d'opérateurs, et, à ma connaissance, trois médecins des hôpitaux de Paris, ont commis la même maladresse.

Dans l'un de ces cas, elle fut bien plus grave que ne le fut la mienne, puisque deux donneurs de sang ont été très sérieusement affaiblis par les pertes considérables qu'ils ont supportées, sans qu'une seule goutte de leur sang ait profité à l'opéré.

Je ne sache pas que leurs confrères les aient critiqués d'une façon passionnée et que des reporters aient trié à plaisir les mots les plus durs pour les divulguer par la presse, ce qui eût été peu conforme à la confraternité médicale.

Opération 64 (personnelle). — Cette opération a été pratiquée le 13 mars 1883 à l'hôpital Beaujon, dans le service et avec le concours de M. le docteur Léon Labbé.

Mme G..., trente-quatre ans. Vaste sarcome très vasculaire du cou. Anémie ancienne. La tumeur est enlevée par le docteur Léon Labbé ; elle pèse 3 kil. 750 gr. Très vaste plaie au fond de laquelle la parotide est dénudée sur plus de 10 centimètres. La jugulaire a été liée, nombreuses pinces hémostatiques et ligatures sur de petits vaisseaux. Pansement très épais d'ouate hémophilique, faiblesse extrême. Collapsus.

Midi. Transfusion sur la table d'opération, veine exsangue, invisible et rétractée, préparée par les deux docteurs Labbé, qui ont remarqué la difficulté de cette petite opération.

Midi et demi. Transfusion de 310 grammes du sang de Paul Lecomte, étudiant de troisième année. Cessation du collapsus, augmentation des forces, coloration de la face. Aucune douleur ni trouble ; thé au rhum ; pouls bien relevé.

1 heure. Frisson marqué et répété, un peu d'agitation, sueur abondante, grande chaleur.

2 heures. Sommeil calme, coupé de plusieurs réveils ; bouillon ; thé, eau-de-vie. Elle n'accuse de souffrance qu'à la plaie du cou.

6 heures. *Mort* après refroidissement et affaiblissement rapides qui ont commencé pendant le sommeil. La couche épaisse d'ouate hémophilique absorbante a dissimulé une hémorragie par la plaie du cou. A la levée du corps, on a constaté, devant moi, que le sang avait coulé dans le dos de la malade, traversant les vêtements et les draps, et imbibé les matelas. Un tampon d'ouate pesé par le pharmacien de l'hôpital contenait, à lui seul, 90 grammes de sang.

M. le docteur Labbé estime que, vu la gravité de la cachexie, la malade avait d'emblée peu de chances de guérison ; il a si bien constaté la pénétration du sang dans la veine et le proportionnel relèvement des forces, qu'il me disait le surlendemain combien grande eût été sa satisfaction d'avoir eu sous la main un second donneur de sang pour pousser la transfusion jusqu'à 600 grammes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 avril 1883. — Présidence de M. Millard.

COMMUNICATIONS

De l'angine ulcéreuse dans la fièvre typhoïde. — M. **Duguet** fait sur ce sujet la communication suivante. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 394.)

M. **Féréol** a vu un assez grand nombre de cas analogues à ceux que vient de communiquer M. Duguet. La fièvre typhoïde étant une maladie ulcéreuse, il n'est pas étonnant qu'elle puisse donner lieu à la production d'ulcérations sur le voile du palais ou les amygdales. Dans les cas qu'il a observés, M. Féréol a toujours vu ces ulcérations guérir.

M. **Landouzy** a également observé des faits semblables ; ce qu'il a vu est absolument identique à la description que vient de donner M. Duguet. Il lui a semblé que ces accidents s'étaient montrés plus fréquemment cette année que l'année dernière.

M. **Du Castel** a rencontré des cas analogues ; chez plusieurs de ces malades, on pouvait croire avoir affaire à des angines tuberculeuses.

M. **Rendu** fait observer qu'à côté de ces angines primitivement ulcéreuses il peut y avoir, au début de la fièvre typhoïde, des angines simples érythémateuses au premier chef, si bien même que dans quelques cas la première impression peut être celle d'érysipèle du pharynx.

M. **Duguet** répond qu'on connaît bien ces angines simples, érythémateuses du début de la fièvre typhoïde ; mais il n'en est pas de même des ulcérations dont il vient de parler, qui, pour avoir été observés par un certain nombre de collègues, n'en sont pas pour cela plus décrites dans les auteurs. En effet, M. Duguet n'a pu trouver qu'un seul cas se rapprochant des siens, celui de M. Desnos.

M. **Landouzy** ajoute que, dans certains cas, le diagnostic peut se trouver fort difficile ; il cite à l'appui de cette opinion l'exemple d'un malade présentant tous les signes d'une granulie, ayant dans la gorge des ulcérations analogues à celles dont il s'agit, et

qui a été considéré longtemps par M. Landouzy comme un type de tuberculeux atteint d'ulcérations tuberculeuses du pharynx ; or l'événement a montré qu'il s'agissait simplement de fièvre continue au début de laquelle s'était développée une angine ulcéreuse.

Pseudo-paralysie du bras chez un enfant nouveau-né, due aux altérations osseuses de la syphilis héréditaire. — **M. TROISIER** communique, avec les pièces anatomiques qui s'y rapportent, un cas intéressant de pseudo-paralysie syphilitique.

Le 16 mars dernier, la nommée C... fut reçue avec son enfant âgé de sept semaines dans le service de M. Hérard, à l'Hôtel-Dieu, alors suppléé par M. Troisier. Cet enfant toussait, avait de la diarrhée et dépérissait. Il était atteint de bronchite aussi et présentait en outre diverses manifestations de syphilis héréditaire. Il avait été opéré il y a un mois pour un bec-de-lièvre ; l'opération avait parfaitement réussi.

La mère ne présentait aucun signe actuel de syphilis. Pas de renseignements sur le père. Mais le phénomène le plus intéressant que présentait cet enfant résidait en une pseudo-paralysie occupant le membre supérieur gauche. Ce membre était complètement immobile, et, lorsqu'on le soulevait, il retombait comme une masse inerte ; cependant il restait quelques faibles mouvements volontaires des doigts et, dans l'extension et la flexion communiquées à l'avant-bras, il se produisait une contraction appréciable du biceps ; la sensibilité était conservée. Cette impotence du membre supérieur gauche s'était produite, au dire de la mère, huit jours avant son entrée à l'hôpital.

M. Troisier pria M. Parrot de venir voir ce petit malade. M. Parrot déclara avoir rarement vu un cas aussi caractérisé ; il fit observer que les membres inférieurs commençaient à se prendre à leur tour. Pour lui, l'inertie du bras gauche résultait du décollement du cartilage épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus et les altérations osseuses de la syphilis devaient exister à un degré plus ou moins avancé sur presque tous les os du squelette. L'enfant succomba le soir même.

Autopsie : L'humérus droit ne présente à son extrémité supérieure qu'une altération à peine appréciable. A gauche, il existait une mobilité anomale à l'union de l'épiphyse supérieure et de la diaphyse. Sur une section longitudinale de l'os, le cartilage se présente complètement décollé de la diaphyse ; entre les deux surfaces juxtaposées du cartilage et de la diaphyse il y avait un détritus offrant l'apparence du pus concret, mais qui n'était composé que de cellules cartilagineuses et osseuses désagrégées et de débris de fibro-cartilage. La diaphyse présente l'altération décrite par M. Parrot sous le nom d'atrophie gélatiniforme. Cette lésion a été trouvée sur presque tous les os longs. Elle se montre également en quelques points du frontal et des pariétaux. On constate à la surface des différents os une couche ostéophytique, lésion qui, pour M. Parrot, caractérise le premier degré des altérations osseuses produites par la syphilis héréditaire.

Il existait en outre des lésions viscérales qui sont regardées comme des lésions caractéristiques de la syphilis héréditaire.

Il ne s'agissait donc pas, dans ce cas, d'une paralysie véritable, mais d'une inertie, d'une impatience du bras par suite du décollement du cartilage épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus. Ces altérations ne se rencontrent que chez les enfants nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire ; il est impossible de les rattacher à quelque autre affection. Ce sont donc des lésions propres à la syphilis héréditaire.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

151. M. Morin. Essai sur le traitement local de l'acné et de la couperose. — 152. M. Gougelet. Du tremblement. — 153. M. Boursot. Contribution à l'étude des signes du pneumo-thorax. — 154. M. Mériot. De la grenouillette sublinguale. — 155. M. Ferraton. Des ruptures intra-péritonéales de la vessie. — 156. M. Jannin. Considérations sur une forme mal définie de stase papillaire aiguë. — 157. M. Pautry. Essai sur la morphœa alba. — 158. M. Mugnier. Des lésions tardives de l'intestin, consécutives au traumatisme de l'abdomen, sans trace apparenie de contusion sur les parois abdominales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a procédé, lundi 7 mai 1883, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Sédillot.

La liste de présentation portait : en première ligne, *ex æquo*, MM. Brown-Séquard et Richet ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Alphonse Guérin, Jules Guérin et Sappey.

Premier tour de scrutin, votants 57, majorité 29 : M. Richet obtient 22 voix, M. Brown-Séquard 18, M. Jules Guérin 14, M. Sappey 2, M. Charcot 1.

Deuxième tour de scrutin, votants 58, majorité 30 : M. Richet obtient 32 voix, M. Brown-Séquard 23, M. Jules Guérin 3.

M. Richet ayant obtenu la majorité est proclamé élu.

— Les questions suivantes ont été données au concours de l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements) : 3 mai, M. Nélaton, raideurs consécutives aux lésions traumatiques de l'épaule; M. Chandelux, des lésions traumatiques du poumon; 4 mai, M. Pollasson, tumeurs osseuses de la face ; M. Schwarz, le torticolis ; 7 mai, M. Sabatier, tumeurs pulsatiles de l'orbite ; M. Segond, de la carie des os.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 avril 1883, M. le docteur Jounia (Alexandre), demeurant rue de Belleville, 42, est nommé médecin du bureau de bienfaisance du 19e arrondissement de Paris.

— Des vacances existent en ce moment dans le personnel des médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine. Les docteurs en médecine peuvent être admis à ces emplois, *sans examen*. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

— Un concours pour la nomination à deux places d'internes à l'hôpital de Berck-sur-Mer sera ouvert le 11 juin 1883, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, du 10 au 25 mai inclusivement.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance, mercredi 9 mai, à huit heures du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° De l'intervention des médecins traitants dans le traitement des déformations, par M. Dally. — 2° Lithotritie et taille, par M. Mallez. — 3° Rapport sur plusieurs publications médicales espagnoles, par M. Guyet.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Debove, agrégé, commencera le cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Pitié, le mardi 15 mai 1883, à neuf heures du matin, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. — Tous les matins, à neuf heures, visite des malades.

— M. le docteur Apostoli commencera un cours sur les applications thérapeutiques de l'électricité à l'École pratique (amphithéâtre n° 3), le mercredi 16 mai prochain, à trois heures, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Gillet de Grandmont commencera un cours d'ophtalmologie à l'École pratique (amphithéâtre n° 3) le vendredi 18 mai prochain, à huit heures du soir, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. — Il traitera de l'ophtalmologie au point de vue de la pratique journalière.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Formulaire des maladies des voies urinaires, par le docteur F. Mallez. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le rôle des mères dans les maladies des enfants ou ce qu'elles doivent savoir pour demander le médecin, par le professeur P. Fonssagrives. 1 vol. in 8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des lésions non congénitales du cœur droit et de leurs effets, par le docteur Baumel. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des ruptures utérines pendant la grossesse et de leurs rapports avec l'avortement criminel, par le docteur J.-P.H.-Coutagne (de Lyon). Brochure in-8° de 54 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, G. Masson.

Rapport sur l'enseignement de l'odontologie en Angleterre, adressé à M. le ministre de l'instruction publique par le docteur V. Galippe, chef de laboratoire à la Faculté de médecine. Brochure in-8° de 71 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

Leçons sur le lavage et le gavage de l'estomac, par Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Gr. in-8° avec figures. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Étude clinique sur les eaux thermales de Brides-les-Bains (Savoie), extrait du rapport adressé à M. le Ministre du commerce, par le docteur E. Philbert, médecin-inspecteur des eaux de Brides (Savoie). In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, Asselin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14508.

N° 53. — JEUDI 10 MAI 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 10 MAI 1883. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — **1** an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — **1** an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CLINIQUE. I. Fausse couche à quatre mois et demi. — II. Rétrécissement du bassin, céphalotripsie. — III. Rétrécissement du bassin, forceps. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Hernies irréductibles étranglées; traitement par les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. — Sur la descendance syphilitique du rachitisme. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie, qui semble être entrée dans une période d'accalmie, en profite pour avancer ses travaux arriérés en vue de la prochaine séance annuelle. Elle a entendu, dans cette séance, trois grands rapports de prix, deux lus en séance publique et un lu en comité secret.

La commission du prix Godard, dont M. Moutard-Martin a été le rapporteur, n'a pas eu moins de onze mémoires à examiner. Sur ces onze ouvrages, quatre seulement lui ont paru devoir être mis en ligne pour le prix. Ils ont été savamment analysés et appréciés par M. le rapporteur.

Pour le prix Falret, un seul mémoire a été présenté. Si, comme il n'y a pas lieu d'en douter, il obtient le prix, ce ne sera certainement pas parce qu'il est seul, mais bien par sa très grande valeur réelle. Il suffira, pour que chacun en soit convaincu, de dire qu'il est de M. Max Simon, dont on connaît le haut mérite, et qui est depuis longtemps un récidiviste en fait de couronnes académiques. M. Mesnet, le rapporteur, a d'ailleurs fait ressortir toutes les qualités de ce mémoire dans un rapport lui-même excellent et qui a été lu à la perfection, ce qui n'est pas un mince mérite.

Deux courtes communications, l'une de M. Perrin et l'autre de M. Béchamp, et une lecture de M. Brongniart, ont complété la partie publique de cette séance, qui a été terminée en comité secret pour entendre un rapport de M. Empis sur le prix Itard.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. DEPAUL.

I. Fausse couche à quatre mois et demi. — II. Rétrécissement du bassin, céphalotripsie. — III. Rétrécissement du bassin, forceps.

I. Hier, dans la soirée, il est entré dans nos salles une jeune femme de 24 ans, pour une fausse couche à quatre mois et demi environ. Les fausses couches sont relativement rares ici : aussi, chaque fois qu'il s'en rencontre, ai-je soin d'appeler sur elles votre attention. Elles sont rares ici, parce que les femmes, en général, ne les regardent pas comme un accident grave. Il en est même parfois qui font une fausse couche à cette période de la grossesse, sans en parler à qui que ce soit. Le produit de la conception expulsé, pour elles tout est fini. C'est là un très grand tort : loin d'avoir cette bénignité, une fausse couche est toujours, pour nous, un accident sérieux, pouvant entraîner des conséquences fâcheuses et méritant, par suite, d'être soigné ou tout au moins d'être surveillé et suivi.

Ici le cas n'est pas grave. Notre malade, questionnée avec soin, déclare ne pas savoir comment la fausse couche est survenue. Ce qu'elle sait seulement, c'est que depuis cinq ou six semaines elle perdait du sang. Elle est allée à Beaujon pendant ce temps pour se faire soigner, elle y est restée quinze jours sans qu'on lui ait fait quoi que ce soit. Néanmoins, sous l'influence du repos, la perte a diminué. Mais au bout de peu de jours qu'elle était rentrée dans sa chambre, bien qu'elle ne se soit pas replacée et qu'elle ait eu moins de fatigues que d'habitude, le sang a reparu comme auparavant. Enfin, ces jours derniers, elle éprouvait quelques malaises dans les reins et le bas-ventre; hier les premiers symptômes se sont fait sentir, et, à trois heures du matin, la fausse couche avait lieu.

Un fait toujours intéressant est de savoir comment l'œuf a été expulsé, cette expulsion pouvant avoir lieu de différentes façons : soit en bloc, ce qui n'est pas rare dans les grossesses de quatre, cinq et six mois, et les membranes alors ne sont pas déchirées mais, restées intactes, elles contiennent encore l'œuf humain dans leur intérieur; soit séparément comme dans l'accouchement ordinaire, — les membranes s'étant rompues, le placenta est expulsé quelque temps après le fœtus. C'est ce qui est arrivé et c'est ce que l'on peut désirer de mieux, parce qu'en somme c'est un phénomène physiologique et normal. Dans les deux, trois ou quatre premiers mois, l'œuf s'ouvre et plus tard le délivre sort. Mais quelquefois il peut se passer dans la cavité intérieure quelque chose de formidable, l'air peut y pénétrer, déterminer la fermentation putride, et la putréfaction du placenta produire la septicémie avec tout son cortège d'accidents généraux souvent mortels.

Quant aux causes de la fausse couche, comme je vous l'ai dit, nous les ignorons ici, car l'œuf est très frais, le fœtus a même fait quelques petits mouvements dès sa sortie, et on a même lié le cordon, quoique l'on sût très bien qu'à quatre mois et demi il ne pouvait pas vivre. Il ne présente non plus aucune trace de maladie. Ce n'est donc point de son côté

qu'il faut chercher la cause de l'accident. Cependant, bien que le délivre soit dans les conditions normales, bien qu'il n'y ait ni lésion ni altération du placenta, la rupture des membranes nous montre que l'insertion de celui-ci n'était pas très loin du bord du segment inférieur de l'utérus. D'autre part, la fausse couche pourrait-elle s'expliquer par quelque manœuvre criminelle? Cette femme aurait-elle provoqué elle-même ou fait provoquer l'avortement par quelqu'un de ces médecins, comme on en rencontre malheureusement parfois, qui ne craignent pas de se déshonorer pour une somme de cinquante francs et d'affronter la cour d'assises. Je ne me permettrai à cet égard aucune insinuation chez notre malade, car rien ne me le prouve, et je me borne à dire que j'ignore la cause de cette fausse couche, à moins d'invoquer une insertion peut-être vicieuse du placenta.

II. Au n° 14, nous avons une femme, petite, rachitique, chez laquelle, lors d'une première grossesse, j'ai dû provoquer l'accouchement artificiel à huit mois, il y a trois ans; je dis huit mois parce qu'elle n'était pas venue plus tôt nous consulter, et que, vu la conformation de son bassin, j'aurais agi certainement deux ou trois semaines plus tôt si je l'avais pu. Ce bassin est, en effet, notablement rétréci, car son diamètre antéro-postérieur ne mesure que huit centimètres et demi sans déduction, ou sept centimètres à sept centimètres un quart, déduction faite. L'enfant a vécu quelques jours seulement.

Cette fois elle vient encore assez tardivement, à tout près de huit mois; aussi me suis-je hâté de provoquer de nouveau l'accouchement par l'application d'une première éponge préparée, puis par des douches, puis par une seconde éponge qui a déterminé une impulsion définitive. L'accouchement s'est alors mis en train, mais la dilatation complète a été longue à se produire, — de dimanche à mercredi, — et c'est hier seulement qu'elle a été transportée à la chambre d'accouchement. L'enfant était mort. J'ai dû procéder alors à la perforation du crâne et appliquer le céphalotribe. Les choses se sont passées sans aucun incident; l'extraction de la tête, seule, a présenté quelques difficultés et a exigé des tractions un peu plus fortes, mais sans aucune exagération.

Au moment de l'opération et depuis quelques heures déjà, la femme avait le ventre un peu douloureux, une sensibilité un peu exagérée de l'utérus, du côté droit, la peau était un peu chaude, le pouls à 90. Ce matin, nous avons trouvé l'abdomen un peu plus ballonné qu'hier, la douleur était à peu près la même comme intensité et comme siège dans la région utérine droite, tous phénomènes, en réalité, tenant à la longueur du travail, à des contractions utérines se répétant fréquemment pendant six et sept jours, c'est-à-dire à une sorte de surmènement de l'utérus. Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant que notre malade frise une métrite et peut-être une métro-péritonite. Néanmoins son état n'est pas très grave, mais il est très préoccupant; il l'est d'autant plus même que cette nuit elle a eu un vomissement: elle a rendu le lait qu'elle avait bu. Le pouls est à 112. La température, qui, hier soir, était à 38°, est ce matin à 37°,6. Tout cela peut encore se calmer, surtout sous l'influence d'une médication énergique qui est réellement d'une certaine valeur, c'est-à-dire les onctions mercurielles sur le ventre, le sulfate de quinine à l'intérieur en petite quantité et les plus grands soins de propreté pour éviter le séjour des liquides et des matières putrides dans la cavité utérine.

III. Le n° 34 est une femme intéressante à plusieurs égards; son bassin, rétréci, présente un diamètre antéro-postérieur de 0m,085, déductions faites. Le travail s'est déclaré dans nos salles, la rupture des membranes s'est faite à midi et, vers cinq heures du soir, la dilatation étant complète, M. Maygrier, mon chef de clinique, a fait deux applications de forceps sans résultat et m'a envoyé chercher. Je suis arrivé peu de temps après. L'état général n'était pas mauvais, la peau était un peu chaude, la femme un peu anxieuse, une partie notable de la tête de l'enfant plongeait dans le détroit supérieur. Elle m'a paru assez engagée pour appliquer à mon tour le forceps sans grandes difficultés. Après quelques tractions j'ai amené l'enfant au dehors. Malheureusement il n'a donné que quelques signes de vie, il a fait quelques petits mouvements; nous avons réuni tous nos efforts pour entretenir ce semblant de vie, soit en excitant la sensibilité par des chatouillements de la plante du pied, par quelques grattements de l'épigastre, soit en pratiquant l'insufflation pulmonaire prolongée; néanmoins il a succombé au bout de peu d'instants. Je regrette que l'autopsie n'en ait pas été faite, elle nous aurait peut-être révélé la cause de la mort.

La mère nous a donné aussi, comme la précédente malade, quelques petites inquiétudes pendant les premiers jours, — elle est accouchée le 15, — mais depuis lors son état général s'est amélioré. Du reste, le pouls n'a jamais été très fréquent, 92 à 96 pulsations. La température n'a atteint qu'un seul jour le chiffre de 40 degrés. Cette femme allait donc assez bien, lorsque ce matin elle est venue me préoccuper d'autre façon. Elle s'est plaint de n'avoir pas eu besoin d'uriner depuis hier et de se trouver toute mouillée dans son lit par un liquide qui ne tache pas et qui affecte l'odeur de l'urine. Y aurait-il eu quelque escarre formée sur la paroi vésico-vaginale par compression, et cette escarre se détachant d'elle-même dans la huitaine, comme d'habitude, laisserait-elle derrière elle une communication entre la vessie et le vagin? Cela me paraît assez probable, car l'écoulement est continuel, et je suis tenté de croire, bien que je n'aie pas encore pu l'examiner, qu'il existe au niveau du bas-fond de la vessie quelque fistule vésico-vaginale. En tout cas, ce ne saurait être une paralysie de la vessie consécutive à l'accouchement, ces paralysies se montrant, non plus au bout de sept ou huit jours, comme l'escarre, mais bien dès les premiers jours.

Telles sont les malades sur lesquelles je voulais appeler aujourd'hui l'attention de mes auditeurs.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hernies irréductibles étranglées; traitement par les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

Par M. le Dr Dupont (de Quimper).

La *Gazette des hôpitaux* a déjà publié plusieurs observations concernant l'emploi des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, pour la réduction des hernies irréductibles et étranglées. Il ne me semble pas inutile de relater ce nouveau fait: il est même bon que tous ceux de ce genre soient connus afin de bien mettre en lumière ce mode de traitement et d'enlever les doutes qui pourraient exister sur son efficacité.

Je fus appelé, le 13 mars 1883, à trois heures de l'après-midi, près de Mme M..., veuve, âgée de quarante-trois ans et mère de trois enfants.

La malade m'apprit qu'elle était atteinte, depuis six ans, d'une hernie dont elle n'avait jamais souffert et qu'elle réduisait facilement elle-même. Depuis trente heures, sous l'influence d'un effort violent, la hernie était sortie et il lui était impossible de la faire rentrer.

Je constatai, en effet, la présence d'une hernie inguinale droite du volume d'un œuf de pigeon. La tumeur était dure, tendue et très sensible au toucher. Le ventre lui-même était ballonné et le siège de souffrances extrêmement violentes.

Pas de selles, pas d'émission de gaz depuis la veille au soir; vomissements incessants et en grande partie composés de bile; pouls petit, fréquent, peau froide et visqueuse; abattement assez notable.

Je pratiquai de suite la manœuvre du taxis dans le but d'opérer la réduction de cette hernie. Après cette première tentative qui dura environ dix minutes, j'en fis une seconde sans résultat toutefois, bien que j'aie déployé une certaine force.

En présence de cet échec, je proposai à la malade de pratiquer une injection hypodermique qu'elle refusa formellement.

Afin de ne pas rester inactif, je la plaçai alors dans un bain tiède durant vingt-cinq minutes environ. Manœuvre de taxis dans le bain; au sortir, lavement purgatif; insuccès.

L'état s'aggravant et les douleurs abdominales devenant de plus en plus vives, la malade, sur mes instances, consentit à accepter l'emploi de la morphine.

J'injectai sous la peau, immédiatement au-dessus de la tumeur, 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Le premier effet constaté fut de modérer et de diminuer les vomissements. Un quart d'heure environ après, j'essayai, mais encore sans succès, la manœuvre du taxis qui, cette fois, fut moins douloureuse.

En raison de l'état de faiblesse de la malade et de l'urgence à intervenir, je pratiquai une nouvelle injection de 5 milligrammes de chlorhydrate de morphine, et peu après, pour ainsi dire, sans effort, sans difficulté, j'obtins la réduction de cette hernie.

Il est hors de doute pour moi que l'injection du sel de morphine a provoqué la réduction de cette hernie.

Les moyens employés (bain, lavement purgatif), la force déployée dans la manœuvre du taxis, étaient restés sans succès: l'état de la malade nous imposait l'obligation d'appeler un confrère pour pratiquer une opération devenue nécessaire par suite de sa gravité et de l'intensité des symptômes.

Aucun accident ne s'est manifesté depuis la réduction de cette hernie, et Mme M... a repris le cours de ses occupations après application toutefois d'un bandage approprié.

SUR LA DESCENDANCE SYPHILITIQUE DU RACHITISME

Par M. le docteur Magitot.

(Communication faite à la Société de chirurgie dans la séance du 25 avril.)

La question de la descendance syphilitique du rachitisme, si magistralement posée devant la Société par M. Parrot, semble avoir reçu déjà dans l'une des dernières séances un commencement de solution.

A la doctrine édifiée par M. Parrot, plusieurs de nos collègues, MM. Cazin, Després, Horteloup, Lucas-Championnière entre autres, ont déjà opposé des arguments d'une portée et d'une valeur considérables. Si ces objections étaient définitivement acquises à la science, il ne resterait plus, à l'actif de la théorie de M. Parrot, que les signes tirés des lésions trophiques des dents, sillons, échancrures, et qui, dans sa pensée, seraient absolument caractéristiques de syphilis héréditaire, puisqu'il les désigne sous le nom de *syphilis dentaire*.

Or je viens à mon tour essayer de démontrer que l'érosion des dents, telle que la décrivent MM. Hutchinson et Parrot, ne représente nullement un caractère de syphilis héréditaire.

Je serai bref, car je n'aurais qu'à résumer les traits principaux d'une polémique engagée déjà depuis plusieurs années entre mon savant maître et moi: d'abord au Congrès de Reims en 1880, puis au Congrès de Londres en 1881, dans la presse médicale (1), à la Société d'anthropologie, etc.

Je me bornerai, dans cette communication, à poser les trois problèmes suivants:

1° L'érosion des dents est-elle, comme l'affirme M. Parrot, signe caractéristique et indéniable de syphilis héréditaire;

2° La syphilis héréditaire imprime-t-elle, à l'appareil dentaire, des lésions reconnaissables et quel est le caractère de celles-ci;

3° Quelles sont les causes et la nature de l'érosion.

Sur la première question de la nature prétendue syphilitique de l'érosion, voici mes arguments:

1° Des sujets notoirement affectés de syphilis héréditaire n'offrent pas l'érosion caractéristique. Ici les témoignages abondent: MM. Cazin et Horteloup ont été on ne peut plus affirmatifs. M. Alfred Fournier ne l'est pas moins lorsqu'il déclare qu'il n'a jamais réussi à saisir cette relation entre la syphilis et l'érosion.

Pour ce qui nous concerne, nous avons trouvé à ajouter un argument d'un ordre plus général, une preuve ethnique: on sait, en effet, depuis les travaux d'Arnould, de Leclerc, de Rollet, que la syphilis serait endémique chez les Kabyles d'Algérie, tandis que, d'après nos observations les plus minutieuses entreprises à Fort-National, en 1881, sur les tribus le plus fréquemment atteintes de lèpre kabyle, c'est-à-dire de syphilis, l'érosion ne s'y observait pas.

Il est bien d'autres races où la syphilis est très répandue: la Chine, le Japon, le Mexique, le Pérou, etc.

A cet égard, les renseignements analogues nous manquent; mais, à défaut d'observations directes, nous pouvons consulter dans nos collections les crânes en assez grand nombre, provenant soit de races contemporaines, soit des époques plus ou moins anciennes. Ces pièces ne portent pas d'érosion.

Je sais bien qu'il existe une certaine mâchoire humaine ancienne sur laquelle M. Parrot et moi avons longtemps disserté. C'est le maxillaire inférieur d'un jeune Franc, de l'époque gallo-romaine, qui présente un double sillon d'érosions des plus caractérisés. M. Parrot n'hésite pas à y affirmer la syphilis, malgré l'intégrité absolue du tissu osseux. Mais je demande, en vérité, ce que peut prouver une telle pièce en l'absence de tout renseignement sur les maladies intercurrentes de la première enfance. C'est un objet sans aucune valeur séméiologique.

2° Des sujets affectés d'érosion dentaire prétendue caractéristique de syphilis héréditaire ont pu contracter un chancre infectant, alors que si l'érosion prouvait l'existence de la syphilis, les sujets devraient être réfractaires.

Tel est l'exemple rappelé par M. Horteloup et qui fut observé par M. Parrot et par nous-même.

3° Un grand nombre de sujets chez lesquels l'enquête la plus minutieuse n'a pu réussir à retrouver la syphilis, étaient porteurs d'érosion manifeste.

Les exemples abondent de toutes parts et nous en avons recueilli nous-même un nombre considérable, dont quarante ont été communiqués au Congrès de Londres en 1881.

4° L'érosion des dents se retrouve, avec ses caractères de netteté et de précision parfaite, chez des animaux que la syphilis n'atteint pas. Telle est la mâchoire de bœuf dont deux incisives sont frappées d'érosion; telle encore une autre pièce que vient de découvrir M. Capitan, une mâchoire de chien portant l'érosion symétrique la plus évidente.

Sur la seconde question: La syphilis héréditaire imprime-t-elle à l'appareil dentaire des lésions trophiques appréciables? je réponds: Oui, assurément, la syphilis infantile exerce sur l'évolution des dents comme sur celle de bien d'autres organes, en voie de forma-

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1880, p. 843, et 1881, p. 891, 908, 930 et 955.

tion embryonnaire, une influence considérable, mais ce n'est pas sous l'une des formes quelconques de l'érosion que cette influence se manifeste. Je dirai plus, la syphilis héréditaire me semble incapable de produire cette lésion si spéciale, cupules, sillons, échancrures, caractéristiques de l'érosion.

Considérons, par exemple, l'un des types, le sillon simple, qui est dû essentiellement à l'arrêt du développement de l'ivoire et de l'émail, tandis qu'au-dessous et au-dessus de lui les tissus ont leur structure normale. L'interruption a donc été non seulement brusque, subite, mais temporaire. Son niveau et sa hauteur représentent d'ailleurs exactement à la fois l'époque d'invasion et la durée de l'influence perturbatrice. Or, je le demande, un sujet né syphilitique qui, dès la période fœtale, suivant M. Parrot, et pendant les premières années de la vie, est, d'une façon permanente, en puissance de syphilis, peut-il présenter cette lésion de l'érosion, de caractère à la fois si brusque et de si courte durée?

Le rôle de la syphilis infantile est tout autre et nous le retrouvons d'ailleurs identique pour toutes les diathèses en général : il a été parfaitement reconnu et décrit depuis longtemps par un grand nombre d'auteurs chez les enfants attardés, scrofuleux, chez les idiots et surtout chez les rachitiques.

On y trouve les dents petites, difformes, ordinairement conoïdes, de constitution anatomique et chimique défectueuse et de plus apparaissant irrégulièrement et tardivement. Elles sont ainsi frappées, avec des anomalies d'éruption et de nombre, d'une sorte de dégradation morphologique qui peut se traduire par deux mots : *nanisme* et *amorphisme*.

J'arrive maintenant au troisième et dernier problème que je me suis posé : Quelles sont les causes et le mécanisme de l'érosion?

Au sujet du mécanisme, nous n'avons pas à y revenir : il s'agit bien ici d'un trouble ou d'un arrêt dans le développement de deux tissus, l'émail et l'ivoire, laissant des traces irréparables et indélébiles, anomalies de nutrition, *dystrophie*, si l'on veut, mais non point *atrophie*, ainsi que le voudrait M. Parrot.

En ce qui concerne les causes, ce que je viens de dire sur les conditions nécessaires à la production d'une lésion telle que l'érosion, nous conduit sur la voie où il faut en rechercher la pathogénie.

Quelles sont donc les affections de l'enfance qui présentent le plus nettement les conditions d'apparition subite et de perturbation grave de la nutrition au milieu de la période d'évolution la plus normale, phénomènes suivis à leur tour, après un temps d'arrêt, du rétablissement également brusque et complet de l'état physiologique?

Nous ne voyons, en vérité, qu'une seule classe d'affections ayant une physionomie aussi caractérisée; ce sont les affections à forme convulsive, c'est-à-dire l'*éclampsie infantile*.

Je sais bien que M. Parrot, repoussant systématiquement cette manière de voir, nous objecte qu'une attaque convulsive est incapable de produire l'érosion. Assurément, oui, si l'on considère l'attaque en elle-même : aussi n'est-ce pas elle que nous avons songé à incriminer, mais bien l'état profondément troublé du système nerveux dont la crise éclamptique n'est que la manifestation extérieure. Ne sait-on pas, d'ailleurs, que l'éclampsie infantile n'apparaît presque jamais sous forme d'attaque unique et isolée, mais en crises plus ou moins nombreuses durant, dans leur ensemble, plusieurs heures, plusieurs jours, plusieurs semaines, parfois même plusieurs mois? On ne peut en nier la gravité, alors que l'éclampsie cause si souvent la mort ou qu'elle laisse après elle les plus grands désordres : le strabisme, la surdimutité, les contractures, l'idiotie. Quoi d'étonnant qu'un tel état puisse affecter les dents dont l'évolution est contemporaine de ces périodes de crises?

Cette explication, du reste, ne saurait être mise en doute en présence des preuves de toute sorte sur lesquelles elle s'appuie : preuves historiques d'abord, car c'était une vérité banale pour les anciens auteurs, Fauchard, Jourdan, etc., que l'origine éclamptique de l'érosion, explication à laquelle se sont ralliés MM. Castanié, Quinet, Rattier et enfin Broca; preuves cliniques ensuite, car les observations sont innombrables qui établissent cette relation indubitable entre l'éclampsie et l'érosion en l'absence de toute autre intervention morbide. C'est ainsi que nous avons présenté au Congrès de Londres les quarante observations dont nous avons parlé et qui ne laissent aucun doute sur ce point de pathogénie spéciale.

Broca, cependant, n'avait point accepté d'abord cette manière de voir, et s'était rattaché à l'opinion que des affections diverses de la première enfance étaient susceptibles de causer l'érosion; mais plus tard il s'est déclaré complètement partisan de l'origine éclamptique lorsqu'il émit son hypothèse bien connue sur le but que se proposaient les chirurgiens de l'époque néolithique lorsqu'ils pratiquaient la trépanation crânienne.

On sait, en effet, que l'opération s'effectuait chez les enfants en bas âge et non chez les adultes. Plusieurs des crânes porteurs d'ouvertures étaient adultes, il est vrai, mais l'état de la réparation cicatricielle indiquait que l'opération remontait à l'enfance.

D'autre part, certains rapprochements historiques et ethniques vinrent confirmer Broca dans cette idée que la trépanation, à l'époque préhistorique, était dirigée contre les affections convulsives.

Une démonstration lui manquait encore, c'était la coexistence de la trépanation préhistorique et de l'érosion symptomatique de l'éclampsie infantile. Elle lui fut fournie de la manière la plus positive, quand nous retrouvâmes ensemble, dans les sépultures et les gisements des crânes trépanés, les dents frappées de la lésion caractéristique.

De ce qui précède, je crois pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° L'érosion des dents dans les formes décrites par MM. Hutchinson et Parrot n'est nullement caractéristique de syphilis héréditaire.

2° La syphilis héréditaire imprime aux dents des lésions spéciales, communes d'ailleurs à toutes les diathèses en général et qui se traduisent par un ou plusieurs des états suivants : *réduction numérique, retards d'éruption, nanisme, amorphisme,* mais non par *l'érosion.*

3° La cause de l'érosion dentaire réside dans certaines affections du premier âge avec troubles du système nerveux et de la nutrition générale et plus particulièrement des états à forme convulsive, l'éclampsie infantile.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mai 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Luton, professeur de clinique médicale à Reims;

2° Un autre pli cacheté adressé par M. le docteur Renou, de Saumur;

3° Une note sur le dosage de l'acide urique dans l'urine, par M. Gautrelet, pharmacien;

4° Un travail intitulé : *La loi Roussel dans le canton d'Agde*, par M. le docteur Ernest Durand (de Marseillan);

5° Un mémoire manuscrit sur la portion trachéale du nerf musculo-cutané, par M. le docteur Testut, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux.

COMMUNICATIONS

Conjonctivite purulente rhumatismale. — M. PERRIN communique une observation sur ce sujet, recueillie par M. le docteur Challan de Belval, médecin-major attaché à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

La malade qui fait le sujet de cette observation n'a jamais eu aucune affection des yeux, autre que celle qui a succédé d'une manière évidente à son rhumatisme. Les paupières sont intactes;

elles ne présentent ni épaississement, ni accolement des cils, ni larmoiement. Les granulations, du reste, sont inconnues dans le pays qu'il habite.

Bactéries. — **M. BÉCHAMP**, à l'occasion du procès-verbal, présente quelques courtes observations au sujet du dernier discours de M. Bouley sur la doctrine microbienne. Est-il vrai qu'il soit permis de conclure en physiologie comme en pathologie, de l'animal à l'homme, comme l'a avancé M. Bouley? Existe-t-il dans l'air des êtres microscopiques, des microbes que l'on soit autorisé à considérer comme principe ou cause de maladies? Tels sont les points auxquels M. Béchamp se propose de répondre en deux mots. Il n'a pas du tout l'intention d'attaquer en ce moment les doctrines de M. Pasteur et de ses collaborateurs, mais il tient à rappeler qu'il a émis avant lui et avant M. Davaine, dans ses études sur les microzymas, des opinions qui lui paraissent mieux rendre compte des faits que la théorie des microbes. Suivant lui, les bactéries ne sont pas la cause des maladies, pas plus du charbon que des autres : elles en sont des effets, mais des effets qui constituent à leur tour une sorte d'état cachectique.

Quant à ce qu'a dit M. Bouley dans sa réponse à M. Peter, savoir qu'il n'y a pas deux physiologies, M. Béchamp avoue que cette proposition l'a profondément étonné. Non, il n'est pas permis de conclure de l'identité anatomique et histologique à l'identité fonctionnelle, et M. Béchamp cite comme exemple les différences de réaction que présentent la salive de l'homme et celle du chien ou du bœuf, bien que leurs glandes salivaires soient anatomiquement constituées de la même manière. D'un autre côté, il n'est pas rare de voir des glandes, constituées différemment au point de vue anatomique, donner des produits sécrétoires semblables.

RAPPORTS

Prix Godard. — **M. MOUTARD-MARTIN**, au nom de la commission composée de MM. Hardy, Hérard et Moutard-Martin, rapporteur, lit le rapport sur le prix Godard. L'Académie a reçu treize ouvrages pour ce concours; deux sont éliminés comme traitant de questions de chirurgie. Reste onze ouvrages. Sur ces onze ouvrages, il en est quatre qui ont paru à la commission mériter plus particulièrement d'être examinés.

Voici le sujet des ouvrages remarqués par la commission :

1° Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse, par M. Leloir;

2° Un travail de MM. Feltz et Ritter dont l'objet est de rechercher expérimentalement la cause et la nature de certaines maladies, en déterminant ces maladies ou ces accidents de maladies par des moyens artificiels, et d'arriver par des expériences variées à déterminer dans un corps composé quel est l'élément morbigène ;

3° Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau, par M. Ballet ;

4° Un ouvrage de M. Borius sur les maladies du Sénégal.

M. le rapporteur analyse ces quatre ouvrages et fait ressortir les points de vue nouveaux et les appréciations cliniques ou pratiques utiles qu'ils renferment.

Les conclusions seront communiquées à l'Académie en comité secret.

Prix Falret. — **M. MESNET**, au nom d'une commission dont faisaient partie avec lui Lasègue et M. Blanche, lit le rapport sur le prix Falret. La question choisie était : *Des vertiges avec délire.* Un seul mémoire a répondu à l'appel. Ce mémoire est de M. le docteur Max Simon.

Déjà, en 1857, l'Académie a couronné un mémoire de M. le docteur Max Simon sur le vertige nerveux. C'est pour la deuxième fois que la question du vertige revient, mais sous deux aspects essentiellement différents.

Dans ce second mémoire, M. Max Simon présente la question au point de vue de la psychologie morbide du vertige.

Conformément au cadre proposé par l'Académie, l'auteur a étudié le vertige accompagné sinon de conceptions délirantes bien caractérisées, tout au moins d'influences psychiques, si légères qu'elles soient. Mais, tout en parcourant le cadre des états pathologiques dans lesquels se montre le vertige, il s'est attaché plus spécialement à l'étude du vertige épileptique.

M. le rapporteur fait remarquer que cette direction donnée au mémoire de M. Max Simon est non seulement justifiée par les travaux du fondateur de ce prix, mais plus particulièrement encore par la question elle-même qui, en associant le délire au vertige, le rattache implicitement aux formes convulsives de l'épilepsie.

C'est avec raison, ajoute-t-il que le candidat, après avoir rapidement passé en revue les vertiges des névropathes, les vertiges sympathiques des affections des voies digestives, ceux qui appartiennent aux troubles dyspeptiques de l'estomac, comme ceux qui se lient à la présence des vers intestinaux, les vertiges des goutteux, des pléthoriques, des anémiques, les vertiges qui accompagnent les maladies du cœur, le vertige laryngé, le vertige de la névropathie cérébro-cardiaque, résume à grands traits le mode d'influence et le retentissement de ces différents vertiges sur les fonctions cérébrales.

La partie de ce mémoire qui a plus particulièrement fixé l'attention de la commission est celle qui a trait à l'étude des troubles intellectuels dans l'état épileptique.

M. Mesnet fait une analyse très étendue et très élogieuse de ce travail, à l'occasion duquel il se livre à des considérations médico-psychologiques d'un grand intérêt sur la question.

Les conclusions de ce rapport seront également soumises au vote de l'Académie en comité secret.

LECTURE

Gravelle simulée. — **M. J. BRONGNIART**, médecin consultant à Contrexéville, lit un travail ayant pour titre : *Étude sur la gravelle urinaire simulée et ses rapports chez la femme avec l'hystérie.*

La conclusion de ce travail est qu'il faut toujours chez les femmes et les enfants, surtout chez les femmes nerveuses et hystériques, contrôler par un examen minutieux et par l'analyse chimique, les corps étrangers qu'elles disent avoir rendus en urinant, à la suite de douleurs néphrétiques ou vésicales, sous peine de tomber dans l'écueil signalé par Civiale et de donner ainsi une idée peu favorable à sa perspicacité.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un troisième rapport sur le prix Itard.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 30 avril 1883.

Monsieur le Président,

Les prescriptions relatives à la subordination et aux pouvoirs disciplinaires des officiers du corps de santé, ainsi que des officiers d'administration attachés aux directions ou aux hôpitaux et ambulances, n'ont été qu'incomplètement déterminées par le décret du 27 mai et l'instruction provisoire du 7 novembre 1882.

Dans l'intérêt du bon fonctionnement du service, il me paraît utile de les préciser dès maintenant d'une façon définitive sans attendre la promulgation du nouveau règlement sur le service de santé. Tel est l'objet du présent décret, établi en conformité de la loi du 16 mars 1882.

Si vous en approuvez les dispositions, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le Ministre de la guerre,

Thibaudin.

DÉCRET.

Le Président de la République française,

Vu la loi du 24 juillet 1873 sur l'organisation générale de l'armée ;

Vu la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée ;

Vu le décret du 27 mai 1882 ;

Sur le rapport du Ministre de la Guerre,

Décrète :

Article premier. — Les officiers du corps de santé militaire peuvent être punis :

En ce qui concerne la police et la discipline générales, par le général commandant le corps d'armée, par les généraux exerçant le commandement territorial, par les généraux commandant les divisions ou les brigades non endivisionnées (lorsque les officiers du corps de santé sont attachés auxdites divisions ou brigades) et par leurs chefs hiérarchiques.

Cependant le commandant du corps d'armée ou le gouverneur militaire peut seul punir le directeur du service de santé.

En ce qui concerne leur service, les médecins employés dans les hôpitaux militaires ou dans les salles militaires des hospices civils ne peuvent être punis que par les officiers généraux ou les commandants d'armes, sous les ordres desquels ils sont directement placés, et par leurs chefs hiérarchiques.

Art. 2. — Les punitions à infliger aux officiers du corps de santé sont les mêmes que celles à infliger aux officiers de l'armée.

Vis-à-vis des membres de leur hiérarchie, les officiers du corps de santé ont les mêmes droits de punition que les officiers dont ils ont la correspondance de grade.

Toutefois les arrêts de rigueur et la prison ne peuvent être infligés que par les directeurs du service de santé, et dans la limite de trente jours.

Le commandant du corps d'armée ou le gouverneur militaire peut seul infliger la prison ou la détention dans un fort pendant soixante jours.

Art. 3. — Le directeur du service de santé est investi, à l'égard de tout le personnel attaché au service des hôpitaux et ambulances, des pouvoirs disciplinaires attribués aux généraux de brigade ou aux colonels, suivant qu'il a le grade de médecin inspecteur ou de médecin principal de première classe.

Art. 4. — Le médecin-chef, lorsqu'il a le grade d'officier supérieur, a, sur tout le personnel affecté à l'hôpital, sur les sous-officiers et soldats qui y sont en traitement ou en service, les droits disciplinaires d'un chef de corps.

Lorsque le médecin-chef n'a pas le grade d'officier supérieur, il a les droits attribués par le règlement sur le service intérieur des corps de troupe à l'officier-chef de détachement du grade correspondant au sien.

Les médecins en sous-ordre n'ont le droit de punition que dans leur hiérarchie propre et sur les infirmiers attachés à l'hôpital.

Le pharmacien le plus élevé en grade a, sur les pharmaciens et les infirmiers attachés à l'hôpital, les droits disciplinaires du grade correspondant au sien. Les autres pharmaciens n'ont le droit de punition que dans leur propre hiérarchie et sur les infirmiers attachés à l'hôpital.

Pour la nature et la durée des punitions à infliger aux infirmiers, les médecins et pharmaciens ont les mêmes droits que ceux accordés par le règlement sur le service intérieur des corps de troupe aux officiers avec lesquels ils ont la correspondance de grade.

Art. 5. — L'officier d'administration comptable a, sur les officiers et les adjudants élèves d'administration placés sous ses ordres et sur les infirmiers attachés à l'hôpital, les droits disciplinaires d'un commandant de compagnie.

Les autres officiers d'administration n'ont le droit de punition que dans leur propre hiérarchie et sur les adjudants élèves et les infirmiers attachés à l'hôpital ; ils l'exercent dans les limites attribuées aux lieutenants par le règlement sur le service intérieur des corps de troupe.

Art. 6. — Les plaintes formées par les membres de la hiérarchie militaire contre les officiers du corps de santé ou les officiers d'administration attachés à un hôpital sont adressées, par la voie hiérarchique, au général sous les ordres duquel est placé l'officier du corps de santé ou l'officier d'administration objet de la plainte.

Cet officier général apprécie et inflige, s'il y a lieu, une punition à qui de droit.

Il en est de même pour les plaintes que les officiers du corps de santé ou les officiers d'administration auraient à formuler soit contre les membres de la hiérarchie militaire, soit contre des membres d'un corps ayant une hiérarchie propre, autres que ceux qui sont placés directement sous leurs ordres.

S'il s'agit d'un directeur du service de santé, le gouverneur militaire ou le commandant du corps d'armée prononce.

Art. 7. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 30 avril 1883.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le Ministre de la guerre,

Thibaudin.

CIRCULAIRE.

Inspection en 1883 des médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale.

LE MINISTRE DE LA GUERRE

A MM. les gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, les généraux commandant les corps d'armée.

Paris, le 30 avril 1883.

Mon cher Général,

Aux termes de l'article 5 du décret du 27 mai 1882, relatif aux attributions nouvelles et au mode de fonctionnement du service de santé militaire, le directeur du service de santé de chaque corps d'armée peut être chargé, par le commandant, de l'inspection de tous les médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, domiciliés dans la région.

Il vous appartient donc de donner des ordres pour que MM. les directeurs du service de santé procèdent, immédiatement, à cette inspection, au point de vue de l'aptitude militaire et professionnelle des intéressés, qui seront convoqués, à jour fixe, au lieu où ils doivent être inspectés, et qui se présenteront dans la tenue du jour.

Les rapports particuliers, ainsi que les mémoires de proposition, concernant ces médecins et ces pharmaciens, seront établis par MM. les directeurs du service de santé et remis, par eux, aux médecins-inspecteurs, lors du passage de ces derniers aux chefs-lieux de région.

Le Ministre de la guerre,

Thibaudin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite de la troisième épreuve, — épreuve orale, — pour la nomination à deux places de chirurgiens du Bureau central, MM. les candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique, ont seuls été reconnus admissibles : MM. Campenon, Jalaguier, Jullien, Le Bec, Marchant, Prengrueber, Quenu et Segond.

La dernière question donnée pour cette épreuve a été : Signes, diagnostic et indications thérapeutiques des calculs vésicaux.

La première épreuve définitive a commencé samedi soir ; le sujet de la question écrite a été : 1° La muqueuse pituitaire ; 2° Les polypes naso-pharyngiens.

— La Chambre des députés compte un médecin de plus. M. le

docteur Jules Carret vient d'être élu député de la première circonscription de l'arrondissement de Chambéry.

— *École de médecine de Reims.* — M. Moret, suppléant d'anatomie et de physiologie, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1882-1883, du cours de physiologie, en remplacement de M. Décès, professeur de physiologie, transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale vacante à ladite école par l'admission à la retraite de M. Galliet.

— *École de médecine de Tours.* — M. Grandin, suppléant de chimie et histoire naturelle, est nommé professeur de médecine et de toxicologie, en remplacement de M. Brame, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 mai 1883, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de clinique et pathologie internes s'ouvrira, le 9 novembre 1883, à l'École de médecine de Poitiers.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 mai 1883, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine, d'hygiène et thérapeutique s'ouvrira, le 19 novembre 1883, à l'École de médecine de Tours.

— Un concours pour une place de médecin du Bureau central des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le 3 août 1883, à trois heures et demie. — Le registre d'inscription sera clos le 18 juillet. — Pour tous renseignements, s'adresser à la direction des hospices de Rouen, Enclave de l'hospice général.

— Pour répondre aux préoccupations du moment, la Société française d'hygiène reprendra, à partir du 16 mai, ses séances de vaccinations et de revaccinations gratuites (vaccin jennérien et vaccin de génisse). — Ces séances auront lieu tous les mardis, de midi à une heure, à l'hôtel de la Société d'encouragement, 44, rue de Rennes. — Un tour de faveur sera accordé à ceux qui se présenteront au nom de notre journal.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera ses leçons de clinique thérapeutique le jeudi 17 mai, à neuf heures et demie, à l'amphithéâtre de cet hôpital, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. — Les leçons auront pour objet le traitement des maladies générales.

— M. le professeur Chatin, membre de l'Institut, fera une herborisation publique, le dimanche 13 mai, dans la forêt de Saint-Germain. — Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare, à onze heures trente-cinq minutes.

— *Errata.* — Page 410, 1re colonne, ligne 9 : lire *disparition* au lieu de disposition. — Page 410, 2e colonne, ligne 19 : lire *proscrirai* au lieu de prescrirai.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14513.

N° 54. — SAMEDI 12 MAI 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 12 MAI 1883. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Troubles fonctionnels du pneumogastrique. — Cas de cécité verbale. — Cas de tabes anomal. — Société de Chirurgie. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Troubles fonctionnels du pneumogastrique.

Si M. Maurice Letulle s'était cru obligé de remplir intégralement le programme impliqué dans la question qui lui est échue dans le concours d'agrégation, c'était la pathologie presque tout entière qu'il eût eu à passer en revue. Même restreinte aux proportions dans lesquelles il s'est enfermé, c'est-à-dire à un rapide exposé du plus grand nombre des manifestations morbides qui relèvent du nerf de la dixième paire, le sujet était déjà assez vaste pour qu'à notre tour nous nous trouvions dans la nécessité d'en restreindre encore le champ dans l'analyse que nous nous proposons d'en faire ici. Nous laisserons, par exemple, de côté toute la partie physiologique qui occupe déjà à elle seule presque la moitié de la thèse, pour nous en tenir uniquement au point de vue qui intéresse plus particulièrement les lecteurs de la Revue clinique : le point de vue pathologique.

Il y avait un premier point à établir, et qui était la plus importante déduction à tirer des considérations physiologiques sur les fonctions du nerf vague, c'est qu'on pouvait affirmer à priori qu'il devait y avoir peu de maladies retentissant sur les appareils circulatoire, respiratoire ou digestif, desservis par ce nerf, qui ne dussent s'accompagner, à un moment donné, d'une manifestation morbide quelconque due à ses souffrances. Cet à priori devait être dépassé encore, dans ses prévisions, par tout ce que révèle l'observation à cet égard. Elle nous montre, par exemple, le département respiratoire du vague diversement affecté, troublé, lésé même, non seulement dans les maladies des voies respiratoires, mais encore dans les affections de tout autre appareil voisin ou éloigné; les maladies générales retentissant aussi, de leur côté, sur ce même département respiratoire, et les symptômes propres à la souffrance de cette portion du nerf apparaissant et s'établissant avec une intensité variable; quelquefois même, les phénomènes respiratoires prédominant dans le syndrome morbide au point d'absorber à leur profit l'ensemble symptomatique.

Aussi M. Letulle considère-t-il comme prudent de n'aborder l'histoire de la pathologie du vague que dominé par cette idée de l'importance de la dissociation des phénomènes, dissociation qui, pour être un peu artificielle dans un grand nombre de maladies, n'en demeure pas moins réelle dans beaucoup de circonstances et utile au plus haut degré pour la description.

C'est, en effet, d'après cette donnée qu'il étudie successivement, dans autant de chapitres, le rôle du pneumogastrique dans la pathologie des voies respiratoires, dans celle de l'appareil circulatoire et de l'appareil digestif, enfin dans les maladies générales.

C'est ainsi qu'il nous montre le pneumogastrique touché par les lésions les plus variées réagissant selon les circonstances, soit en manifestant bruyamment par des souffrances profondes le désordre de ses fonctions, soit en donnant lieu à des troubles moteurs, respiratoires ou circulatoires, soit enfin en produisant un trouble de la nutrition générale de l'organisme, le diabète.

De l'énumération seule de ces phénomènes morbides si variés et de la grande diversité des troubles fonctionnels du nerf vague qu'ils révèlent, il ressort ce fait que le pneumogastrique, lésé, même dans une région circonscrite de l'un de ses départements anatomiques, ne traduit pas d'une manière constante, par des symptômes toujours identiques, l'expression de sa souffrance. Aussi le siège anatomique de ces altérations matérielles n'a-t-il fréquemment qu'une valeur toute secondaire au point de vue des symptômes qui en sont la conséquence. C'est là une remarque que M. Letulle met en relief, cette notion d'anatomie pathologique générale étant indispensable pour la compréhension des troubles fonctionnels du nerf vague.

Le nerf de la dixième paire, dont la distribution anatomique seule suffirait pour prouver le rôle capital qui lui est dévolu dans la physiologie générale de l'organisme, diffère absolument, même en pathologie, des autres nerfs de l'appareil cérébro-spinal. De cette condition physiologique, nécessaire pour l'harmonie des fonctions vitales, que la respiration, la circulation générale et les fonctions digestives fussent sous la dépendance d'un tronc nerveux unique, il résulte en pathologie une variété et une complexité symptomatique, qui ne laisse pas que de créer souvent d'assez grandes difficultés dans le diagnostic des manifestations morbides même les plus simples.

C'est grâce à ces notions de pathologie générale que l'on comprend non seulement les dissemblances symptomatiques qu'une même altération matérielle du nerf peut faire naître, mais encore les différents phénomènes qu'elle peut occasionner chez le même individu.

Nous allons reproduire ici, d'après M. Letulle, quelques-uns des points de la pathologie générale du pneumogastrique, qui intéressent surtout le praticien, ceux qui sont relatifs à la symptomatologie.

La symptomatologie des troubles fonctionnels du pneumogastrique embrasse la presque totalité des troubles moteurs de la respiration, de la circulation cardiaque et même de l'estomac. Elle comprend aussi les différents troubles sensitifs de ces régions. Tantôt c'est l'ensemble symptomatique de l'angine de poitrine qui se déroule avec ses formes aiguës atténuées ou même frustes. Tantôt on assiste à des troubles digestifs complexes, longtemps obscurs, dont la nature ne se dessine nettement que du jour où des phénomènes à distance se produisent (gastralgie, œsophagisme, dilatation de l'estomac); tantôt, enfin, c'est l'asthme franc ou bien c'est une dyspnée paroxystique dont l'origine demande à être recherchée et dont la nature peut être décelée par l'apparition soudaine de la glycosurie, du diabète, d'une polyurie nerveuse, etc.

C'est dans l'hystérie, — cette maladie protéiforme par excellence, où l'on voit apparaître d'un moment à l'autre, ou, au contraire, persister indéfiniment, ici l'aphonie, la toux éructante, là les palpitations, la cardialgie et même l'angine de poitrine, là les vomissements accompagnant la dyspepsie flatulente avec gastralgie, cédant à leur tour devant des accès de dyspnée paroxystique simulant l'asthme, — que l'on peut le plus aisément suivre, pas à pas, les diverses manifestations morbides du pneumogastrique.

M. Letulle répète ce qui a été dit avec raison, que dans la pathologie du pneumogastrique, c'est moins le symptôme dominant qu'il faut étudier que l'ensemble syndromique. L'asthme, l'angine de poitrine, la gastralgie qui coïncident fréquemment chez certains individus, voilà autant d'ensembles syndromiques qui relèvent d'une même cause. Le diabète peut s'y rattacher dans nombre de circonstances. Ce qui justifie, aux yeux de M. Letulle, l'admission en nosologie d'une névrose du nerf vague, dont la symptomatologie souvent protéiforme risque de passer trop fréquemment inaperçue.

Enfin, généralisant davantage encore, on dirait, ajoute M. Letulle, que le nerf vague, ce petit sympathique des auteurs anciens, qui tient en effet le milieu entre le système des nerfs de la vie de relation et le système nerveux de la vie végétative, réagit, lorsqu'il vient à être lésé, d'une façon toute spéciale, propre à lui-même. Il affecte, d'une part, la vitalité de trois viscères des plus importants au fonctionnement de l'organisme, et, d'autre part, il retentit douloureusement sur une foule d'appareils, d'organes, de tissus dont il est chargé d'assurer la nutrition et l'activité physiologique. Il fait remarquer, en outre, qu'en dehors de ce territoire déjà si étendu, le pneumogastrique lésé empiète encore sur les départements voisins, soit les filets nerveux cérébro-spinaux ou sympathiques avec lesquels il est lié par des anastomoses, soit les noyaux centraux rapprochés. Dans ces irradiations morbides si fréquentes, si diverses, on ne doit voir qu'un phénomène absolument analogue à ce qui se produit dans la sphère des autres nerfs sensitifs cérébro-spinaux.

On est ainsi amené à comprendre certains complexus symptomatiques dont l'étiologie réelle nous a longtemps échappé : tels, par exemple, que le goitre exophtalmique, avec ses manifestations tenant à la fois du sympathique et du nerf de la dixième paire, qui peut dès lors être considéré comme une névrose paralytique du pneumogastrique, irradiant secondairement sur les centres vaso-moteurs du bulbe ; l'angine de poitrine essentielle, dont les irradiations douloureuses qui se disséminent sur les plexus cérébro-spinaux voisins, sembleraient rentrer également sous cette loi.

M. Letulle termine ce savant résumé de la pathologie générale du pneumogastrique, en signalant deux dangers à éviter en face de cette complexité de phénomènes, de cette variété syndromique : d'une part, le danger de méconnaître le rôle du vague dans un état pathologique donné ; d'autre part, celui qu'on pourrait encourir en faisant intervenir exagérément ou à faux son influence pathogénique. L'état actuel de nos connaissances, s'il permet, jusqu'à un certain point, dit-il, d'indiquer combien l'intervention du pneumogastrique est fréquente dans les combinaisons morbides étudiées dans ce travail, nous condamne souvent, en clinique, à une incertitude qu'il serait prématuré de trop limiter.

Cas de cécité verbale.

Depuis que MM. Kusmaul, en Allemagne, et Magnan, en France, ont appelé l'attention sur ce singulier phénomène qui accompagne ou suit les désordres de la parole de l'aphasie, auquel on a donné le nom de cécité ou de surdité des mots, les observateurs n'ont pas laissé échapper les rares occasions de l'étudier. M. Magnan en a rapporté plusieurs cas très intéressants dans diverses communications à la Société de biologie (voir notamment le compte-rendu de la séance du 24 janvier 1880, dans le n° du 12 février de la *Gazette des hôpitaux*). Depuis, en 1881, Mme Nadine Skwortzoff en a fait le sujet d'une thèse très remarquable dans laquelle, à côté des faits connus jusqu'à ce moment, ceux de M. Broadben, de M. Maurice Valentin et de M. Déjerine, elle a rapporté une observation qu'elle a recueillie elle-même à Sainte-Anne, dans le service de M. Magnan.

On sait que le malade atteint de cécité verbale présente ce phénomène curieux que, tout en ayant conservé son intelligence et la faculté d'exprimer ses idées par écrit, ainsi que l'état parfait de la vision, il est incapable de lire aussi bien l'imprimé que l'écriture, fût-ce l'écriture qu'il vient de tracer lui-même. Voici, en quelques mots, l'observation de Mme Skwortzoff, qui offre un exemple très frappant de ce phénomène.

Dans cette observation, il s'agissait d'une femme qui, dix ans après avoir contracté la syphilis, fut prise tout à coup, étant à son travail, de perte complète de la parole et peu de temps après d'une hémiplégie droite. Après quatre semaines de séjour à l'hôpital, la paralysie avait diminué et la malade commençait à prononcer quelques mots. Cinq mois après, étant entrée à Sainte-Anne, elle présentait encore un reste d'hémiplégie des membres droits, une hémiplégie faciale inférieure gauche et des troubles de la parole. Elle indiquait l'usage des objets qu'on lui montrait, mais sans pouvoir les nommer. Sans avoir oublié le nom des lettres, elle ne peut rien lire. Ne sachant plus ni lire ni reconnaître une lettre, elle peut pourtant écrire. Elle copie les mots qu'on lui met sous les yeux, mais lentement, difficilement, comme un dessin, et sans savoir quelles lettres elle copie. Chez cette malade, on a réveillé, suivant le conseil de M. Magnan, le nom des lettres par l'intermédiaire des impressions tactiles. Ainsi cette femme, qui ne connaissait plus les lettres à la vue, a appris à les distinguer par le toucher au moyen de mots composés de lettres en relief.

Voici un fait plus récent, qu'il m'a été donné de voir :

Un jour, dans mes tournées hospitalières quotidiennes, ayant jeté mon dévolu sur la Salpêtrière, je trouvai M. Charcot dans son laboratoire, entouré de son chef de clinique et de quelques-uns de ses assistants habituels, assis en face d'un homme à qui il donnait littéralement une leçon de lecture. Je ne tardai pas à être mis au courant de ce dont il s'agissait. C'était bien effectivement les fonctions d'instituteur primaire qu'il remplissait en ce moment vis-à-vis de son malade, dont voici en quelques mots l'histoire, que nous devons à l'obligeance de M. Ballet.

P..., trente-cinq ans, commerçant, d'une excellente santé jusqu'au mois d'octobre 1882. A cette époque, il va en chasse avec un de ses amis. Un accident arrive : P... tue par mégarde le chien de son ami. De là vive émotion et grand chagrin. On va déjeuner et on déjeune sans entrain, puis on se remet en chasse. C'est alors que P... est pris tout à coup d'une attaque d'apoplexie. La connaissance revient bientôt et on s'aperçoit alors que le malade est hémiplégique à droite et aphasique. Il ne peut parler.

Après quatre ou cinq jours l'hémiplégie s'était dissipée et assez rapidement aussi revint la faculté de parler. Mais déjà cinq ou six jours après son accident le malade remarqua, pour la première fois, qu'il lui était impossible de lire, bien qu'il pût écrire.

Cette impossibilité de la lecture est le phénomène qui a persisté depuis, et à propos duquel P... s'est décidé à venir à Paris.

Les phénomènes constatés chez ce malade lors de son arrivée à la Salpêtrière étaient les suivants :

1° Intégrité complète de la faculté de comprendre le langage parlé (donc pas de surdité verbale).

2° Intégrité complète de l'écriture et de la parole (donc pas d'aphasie motrice, pas d'agraphie).

3° Ce qui frappe, c'est l'impossibilité presque absolue de lire. Le malade écrit, mais il ne peut relire ce qu'il vient d'écrire : il n'arrive à lire ou plutôt à épeler qu'avec une très grande difficulté et en recourant à l'artifice suivant. En même temps que le malade s'efforce de lire, on remarque qu'il trace les lettres avec l'extrémité de l'index droit sur la table. Il n'arrive à les reconnaître que grâce à ce procédé, en mettant en somme en jeu la mémoire motrice.

Le malade est hémiopique gauche.

Pendant les deux mois de séjour du malade à l'hôpital les phénomènes se sont amendés. Le malade a en partie réappris à lire grâce à une éducation soutenue et à des exercices répétés chaque jour (c'est à l'un de ces exercices auquel j'assistais). — D'autre part, l'hémiopie a diminué beaucoup.

Cas de tabes anomal.

On sait combien les anomalies sont fréquentes dans cette affection à laquelle Duchenne (de Boulogne) avait imposé le nom d'ataxie locomotrice progressive, auquel on a généralement substitué aujourd'hui le nom de tabes dorsal, à cause même de l'absence fréquente de ce même phénomène de l'ataxie du mouvement qui en avait été considéré comme un des caractères essentiels. Mais le tabes présente encore de bien autres anomalies. Exemple le fait suivant, dont M. Charcot a entretenu son auditoire dans l'une de ses dernières conférences.

Un homme de quarante-six ans, mécanicien de chemin de fer, ayant pour tout antécédent morbide un chancre induré contracté à l'âge de vingt-deux ans, suivi de roséole et de plaques muqueuses de la bouche, pour lequel il a subi un traitement de vingt-deux jours à l'hôpital du Midi, est affecté aujourd'hui d'un tabes dont le début remonte à environ une dizaine d'années. Il y a, en effet, à peu près ce temps que cet homme a été d'abord frappé d'une paralysie du moteur oculaire commun, qui fut traitée par une composition mercurielle, dans la pensée que cet accident se rattachait à la syphilis. C'était en réalité, ainsi que les évènements ultérieurs ne l'ont que trop bien démontré, le prodrome ou la première étape du tabès. Après deux mois de traitement, la paralysie oculaire a cessé et le malade est resté trois ou quatre ans sans rien éprouver de particulier, si ce n'est une constipation habituelle. C'est seulement au bout de ce long intervalle de temps qu'il a commencé à accuser des douleurs abdominales, avec la sensation d'une ceinture de plomb qui pesait sur ses hanches et une douleur contusive intense dans le côté droit, sorte de douleur térébrante dont l'impression, très rapide, revenait toutes les dix minutes environ. Plus tard ces douleurs ont été remplacées par une zone d'anesthésie. Rien dans les membres.

Enfin, il y a quinze mois, à la suite d'une longue constipation opiniâtre, il s'est manifesté des phénomènes nouveaux du côté de la vessie, tantôt une incontinence d'urine, d'autres fois, au contraire, une extrême difficulté de la miction, qui ne pouvait se faire qu'après de longs efforts, sans que le cathétérisme révélât rien d'anomal : phénomène appartenant à l'ataxie locomotrice et qui a été observé plusieurs fois et signalé notamment par MM. Fournier, Guyon, Reliquet.

Actuellement le malade éprouve, entre autres phénomènes singuliers, une sensation douloureuse dans les deux derniers doigts des deux mains, laquelle remonte tout le long du rebord cubital jusqu'au coude. Ce phénomène a déjà été observé par M. Charcot, il y a une quinzaine d'années, chez un malade qui n'avait pas alors d'autres symptômes et qui est devenu depuis un tabétique complet. Il présente, en outre, ce phénomène non moins bizarre que M. Charcot a également eu l'occasion de constater avec Duchenne (de Boulogne), et que cet éminent observateur a appelé le masque anesthésique, indiquant que le tabes n'est pas seulement une affection de la moelle et du bulbe, mais que le cerveau y a aussi sa part. Enfin on constate encore chez lui un léger degré d'hémiplégie et un peu d'embarras de la parole, avec déviation de la langue à droite, etc.

En résumé, cet homme est un tabétique, non ataxique ; il marche régulièrement, et on constate chez lui l'absence des réflexes tendineux. Il présente toutefois, mais à un très léger degré, le signe de Romberg ; c'est-à-dire que lorsqu'il est dans l'obscurité, il a un peu d'hésitation dans la marche. Enfin l'examen ophtalmoscopique a fait reconnaître chez lui l'atrophie de la papille et il a des inégalités pupillaires et un léger degré d'achromatopsie.

Nous ne nous arrêterons un instant que sur un seul point de l'histoire de ce malade, qui se rapporte à une question actuellement débattue, savoir le rapport qui existe entre la syphilis et le tabes. Dans ce cas-ci la relation est manifeste, mais quelle est la part d'influence réelle à attribuer à la syphilis sur le développement de l'affection actuelle ? Pour M. Charcot, l'influence est réelle, mais elle est indirecte ; la syphilis n'est qu'une cause occasionnelle de la manifestation d'un tabes existant déjà en puissance ; de même qu'un traumatisme peut donner lieu à la manifestation d'accès gout-

teux, qu'il serait d'ailleurs impuissant à produire, ou à des contractures hystériques chez une personne hystérique. De ce qu'un homme atteint d'ataxie locomotrice a eu antérieurement la syphilis, ce n'est pas une raison pour qualifier son ataxie de syphilitique; elle ne diffère en rien symptomatiquement, ni dans sa marche de l'ataxie commune, et enfin le traitement antisyphilitique n'a aucune action sur la marche de l'affection, ce qui est peut-être l'argument le plus décisif contre la théorie qui consisterait à faire procéder le tabes directement de la syphilis. Telle est, sur cette question, la manière de voir de M. Charcot. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mai 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Influence du traumatisme sur les diathèses. — **M. Berger**, à l'occasion de la discussion soulevée par M. Verneuil sur l'influence du traumatisme chez les individus atteints de lésions organiques ou de dyscrasies, fait observer que cette discussion semble s'être écartée de son point de départ et qu'elle doit être ramenée à la question de savoir si, étant donné un malade atteint d'une affection organique ou d'une diathèse, un traumatisme vient hâter la marche de l'affection organique ou augmenter la dyscrasie d'une manière appréciable à l'examen clinique. Réduite à ces termes, la proposition de M. Verneuil semble à peu près incontestable.

Prenant pour exemple la tuberculose, M. Berger cite plusieurs observations dans lesquelles une tuberculose latente et endormie, pour ainsi dire, a été réveillée par une opération ayant pour but de débarrasser le malade d'une tuberculose locale. Dans quatre cas de ce genre, M. Berger déclare avoir observé des résultats défavorables. Il s'agissait de malades atteints de tuberculose pulmonaire à marche lente, et qui portaient en même temps des tumeurs blanches du genou ou du pied. L'amputation ayant été pratiquée, les suites en furent d'abord aussi satisfaisantes que possible; les malades semblaient revenir à la santé et l'intervention chirurgicale paraissait avoir eu les meilleurs effets quand tout à coup, au bout de quelques semaines, des accidents de tuberculose aiguë se développaient du côté du poumon, et les malades succombaient rapidement à l'aggravation des phénomènes pulmonaires.

M. Berger, en présence de ces faits, n'hésite pas à attribuer ces effets à l'amputation. Elle a eu, selon lui, une influence fatale sur la tuberculose pulmonaire. Il croit devoir en conclure que, chez les tuberculeux avérés, il faut se garder de recourir à l'amputation lorsqu'ils sont en même temps atteints de tumeur blanche.

En est-il de même pour les cancéreux? La question est plus difficile à résoudre. Toutefois il est hors de doute que l'ablation d'une tumeur cancéreuse périphérique active, dans certains cas, l'évolution de cancers viscéraux ou profondément situés. Velpeau, sir James Pagett, citent des observations de cancers du testicule opérés et bientôt suivis de généralisation du côté du foie ou des poumons. M. Berger a vu un cas semblable et, selon lui, chaque fois qu'il existe une diathèse quelconque, celle-ci subit une poussée par le fait d'une opération pratiquée loin du siège de la maladie. Quant aux malades qui, sans avoir de diathèses, sont atteints d'affections rénales ou d'une glycosurie plus ou moins avancée, comment se comporte à leur égard le traumatisme? M. Berger a vu, de même que M. Verneuil, une véritable aggravation de l'état rénal chez les albuminuriques sous l'influence d'une opération; mais cette aggravation, dans les cas qu'il a observés, a été peu sensible et passagère.

Chez les diabétiques et chez les malades atteints d'affections chroniques du foie, le traumatisme entraîne souvent les plus fâcheuses conséquences. M. Berger cite de nouveau l'observation qu'il a déjà communiquée et qui a été rappelée par MM. Verneuil et Després dans le cours de la discussion.

En présence des cas de ce genre et des exemples rapportés par les auteurs, M. Berger pense qu'il est du devoir des chirurgiens d'apporter une grande réserve dans le pronostic et une grande prudence dans l'intervention chez les malades dont un examen attentif aura fait reconnaître par avance soit une diathèse, soit une affection organique interne.

M. G. Richelot a récemment opéré un malade qui rentre dans la catégorie de ceux qui ont servi de base à la discussion. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, à la fois diabétique, goutteux, paludique et alcoolique, qui, de plus, était atteint d'un épithélioma de la joue. Malgré ces conditions peu favorables, le malade étant doué d'une robuste constitution et ayant réclamé formellement l'opération, M. Richelot, après un traitement de quelques semaines, se décida à pratiquer cette opération. Les suites furent des plus simples, la réunion de la plaie se fit comme chez un sujet sain et le malade fut promptement rétabli.

M. Richelot, à l'occasion de ce fait, pense qu'il faut voir, comme M. Després, dans l'âge avancé de la diathèse, et non dans la diathèse elle-même, les indications ou les contre-indications opératoires. Il fait remarquer, en outre, que dans bien des cas, malgré l'existence de la diathèse, l'intervention chirurgicale s'impose; tel est le cas de la hernie étranglée chez un diabétique, par exemple.

En terminant, M. Richelot fait observer à M. Verneuil que si ses recherches sur cette importante question ont été acueillies avec courtoisie mais en silence, c'est parce que, contrairement aux autres chefs d'école, M. Verneuil n'a pas voulu émettre de doctrine absolue, a été lui-même au-devant des objections qui pouvaient lui être faites et a fait lui-même toutes les réserves que pouvaient soulever ses travaux. Mais il n'en est pas moins vrai que les propositions qu'il a émises se gravent de jour en jour davantage et peuvent, dès aujourd'hui, être mises au rang des grandes vérités chirurgicales.

RAPPORT

Fractures de la clavicule. — **M. Chauvel** lit un rapport sur un travail de M. Richon, relatif à un mode d'application de la tarlatane plâtrée permettant d'éviter les consolidations vicieuses dans les fractures de la clavicule.

L'auteur rapporte plusieurs observations dans lesquelles cette application lui a donné de bons résultats.

M. Després proteste contre les assertions de M. Richon et déclare qu'aucun appareil ne peut empêcher les consolidations vicieuses des fractures de la clavicule.

La séance est levée.

Séance du 9 mai 1883. — Présidence de M. Guéniot.

M. le Président annonce que M. Denucé (de Bordeaux) assiste à la séance.

M. Larger, à l'occasion du procès-verbal, fait connaître une écharpe nouvelle dont l'emploi s'applique aussi bien aux fractures de la clavicule qu'à toutes les lésions du membre supérieur. Les inconvénients de l'écharpe de J.-L. Petit, dit-il, sont de deux sortes : 1° la pression créée sur la nuque qui devient rapidement pénible pour le malade; 2° la laxité de la base de l'écharpe faisant le tour du thorax et y fixant le bras d'une manière insuffisante. D'autre part, si dans les écharpes de Mayor, de Gosselin, d'Adolphe Richard, la pression, au lieu de porter sur la nuque, est avantageusement répartie sur les deux épaules, cependant ces appareils ne suppriment que ce seul inconvénient, et la laxité de la base de l'écharpe persiste toujours, quoique à des degrés de moins en moins prononcés. C'est donc dans le but de répondre à ce desideratum que M. Larger a imaginé sa nouvelle écharpe dont les premières applications ont eu lieu à Metz, en 1870, et dont il a obtenu d'excellents résultats.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INFLUENCE DU TRAUMATISME SUR LES ÉTATS PATHOLOGIQUES ANTÉRIEURS.

M. VERNEUIL donne lecture de la première partie de sa réponse à M. Trélat, relativement à l'observation de M. Redard rapportée dans la séance du 15 février dernier. Il s'agissait d'un cas d'amputation chez un albuminurique. Dans les premiers jours qui suivirent immmédiatement l'opération, la quantité d'albumine existant dans les urines avait augmenté; mais, depuis le 27 octobre, elle était retombée à 3 grammes au lieu de 5, et tout alla bien jusqu'au commencement de décembre. A cette époque survinrent des vomissements, de la diarrhée, l'albumine reparut; au mois de janvier les accidents se calment de nouveau, pour reparaître plus tard; enfin au mois d'avril on constate un œdème généralisé, une diarrhée opiniâtre, une oligurie prononcée; enfin, depuis hier, cet homme est dans le coma urémique et dans quelques jours il aura succombé par les reins.

M. Verneuil a donc eu raison de dire que, dans le cas présent comme dans un certain nombre d'autres, si d'une part le traumatisme chirurgical, l'opération pratiquée, avait une influence salutaire sur l'un des états pathologiques du malade, d'autre part il avait aggravé au contraire un état pathologique antérieur.

M. Verneuil cite à l'appui de la thèse qu'il a développée il y a deux mois et demi un grand nombre d'observations, et tout d'abord celle qui fut communiquée par M. Richardière à la session d'Alger de l'Association française pour l'avancement des sciences. Il rappelle ainsi l'influence du traumatisme soit accidentel, soit chirurgical sur les diathèses tuberculeuse, rhumatismale, cancéreuse, etc., et rapporte un très grand nombre d'observations empruntées soit à sa pratique personnelle, soit à celle de ses confrères français ou étrangers. Il multiplie également les exemples de méningites tuberculeuses, de lésions pulmonaires, de cardiopathies latentes, décelées tout à coup par des accidents formidables et rapidement mortels sous l'influence du traumatisme.

Hystérectomie. — **M. TERRILLON** fait une communication sur une opération d'hystérectomie qu'il a pratiquée l'année dernière à la Salpêtrière, et dans laquelle il a traité le pédicule par le procédé de Schrœder. Il s'agissait d'une femme de quarante-quatre ans, dont la tumeur utérine, mobile, trilobée, très volumineuse, remontait à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et s'étendait jusque dans le ligament large du côté gauche. Les suites de l'opération furent bénignes, sans fièvre ni aucun accident, et la cicatrisation marcha rapidement.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Encyclopédie internationale de chirurgie (1), publiée sous la direction du docteur John Ashburst.

Une introduction placée par M. le professeur Gosselin en tête de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie* nous fait connaître le but que se proposent les éditeurs.

Cet ouvrage, nous dit le savant professeur, est né d'une difficulté qu'il a pu constater dès ses débuts dans la carrière, et qu'il a vue s'accentuer de plus en plus, celle qu'ont les plus grands travailleurs de terminer eux-mêmes un ouvrage de chirurgie complet. Les publications se sont, en effet, tellement multipliées, qu'un auteur ne peut, à lui seul, rassembler tous les documents, français et étrangers, relatifs à chacun des sujets dont il veut présenter l'exposé à ses lecteurs.

Sans doute la France a pu longtemps, sans faire beaucoup d'emprunts à l'étranger, voir naître d'importants ouvrages qui ont imprimé une vigoureuse impulsion à cette partie de la science. Sans remonter jusqu'à A. Paré, il suffira de rappeler les écrits de Jean-Louis Petit, de Desault, de Pelletan, de Boyer, de Richerand, de Dupuytren, de Sanson, de Bérard, de Velpeau, de Nélaton, ainsi que les grandes discussions chirurgicales de notre Académie de médecine et de la Société de chirurgie de Paris.

Sans doute aussi les chirurgiens de notre époque et la jeunesse dont ils préparent l'avenir s'efforcent de perpétuer les traditions de nos grands maîtres et de les perfectionner par des travaux et des progrès incessants. Mais, plus que jamais, la science est devenue cosmopolite : dans le nouveau, comme dans l'ancien monde, se réalisent des progrès dont nous sommes obligés de tenir compte. La facilité, si grandement accrue depuis une vingtaine d'années, des relations internationales, le nombre considérable des recueils périodiques qui se publient à l'étranger, notamment en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, nous apportent à chaque instant des idées et des pratiques nouvelles et imposent à nos chirurgiens l'obligation de se tenir au courant de ces innovations et de les utiliser dans les œuvres qu'ils produisent. La même nécessité existe pour les auteurs de toutes les nations, et voilà pourquoi il est presque impossible à l'heure actuelle de mener à bonne fin un traité complet de chirurgie.

Les chirurgiens américains ont compris cette difficulté, et c'est en vue de la surmonter qu'ils se sont réunis en grand nombre pour publier l'encyclopédie internationale de chirurgie, sous la direction et la savante impulsion de M. le docteur John Ashburst, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Pensylvanie, auquel des félicitations sont dues pour la conception et la mise en train de cette œuvre considérable.

Deux livraisons ont déjà paru. L'énumération des mémoires contenus dans ces deux fascicules donnera une idée des services que l'*Encyclopédie* est appelée à rendre.

I. *Pathologie chirurgicale générale.*

I. — Troubles de la nutrition : pathologie de l'inflammation, par S. Stricker, professeur de pathologie générale et expérimentale à l'Université de Vienne. — Traduit par MM. les docteurs Ch. Schwartz et Lannois. — La traduction a été revue par l'auteur, qui a fait quelques additions pour l'édition française.

II. — Inflammation, par M. William H. Van Buren, M. D., L L. D., professeur de pathologie et de clinique chirurgicale au Collège médical de l'hôpital de Bellevue, New-York. — Traduit par le docteur Maurice Lannois.

III. — États généraux et traumatisme, par A. Verneuil, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

IV. — Scrofule et tubercule, par Henry Trentham Butlin, F. R. C. S., assistant chirurgien et démonstrateur de chirurgie à Saint-Bartholomew's hospital, London. — Traduit par le docteur Ad. Colson.

V. — Rachitisme, par S. Lewis Smith, M. D., professeur des cliniques de maladies d'enfants à Bellevue hospital, Medical College, New-York. — Traduit par le docteur Quénu.

VI. — Scorbut, par Philip S. Wales, M. D., chirurgien général de la marine des États-Unis. — Traduit par le docteur Ad. Colson.

VII. — Shock et embolie graisseuse, par C. W. Mansell-Moulin, Fellow du Pembroke College à Oxford, chirurgien du London hospital, London. — Traduit par le docteur Paul Rodet.

VIII. — Delirium traumatique et delirium tremens, par William Hunt, chirurgien en chef de Pennsylvania hospital, Philadelphie. — Traduit par le docteur Paul Rodet.

II. *Maladies chirurgicales infectieuses ou virulentes.*

IX. Érysipèle, par Alfred Stillé, M. D., L L. D., professeur de médecine théorique et pratique et de clinique médicale à l'Université de Pensylvanie, à Philadelphie. — Traduit par le docteur Poinsot (de Bordeaux), chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

X. — De la pyohémie et des états qui s'en rapprochent, par

(1) 6 vol. grand in-8° de chacun 800 pages à deux colonnes avec environ 2,000 figures. Chaque volume se composera de 5 fascicules de 160 pages chacun. Prix de chaque fascicule : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Francis Delafield, professeur adjoint de pathologie et de médecine pratique au Collège des médecins et des chirurgiens, service médical du collège de Colombie, New-York. — Traduit par le docteur Paul Rodet.

Tel est le relevé des mémoires compris dans les deux premiers fascicules. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des nouveaux mémoires publiés, aussitôt que nous les aurons reçus.

Traité de zoologie (1), par C. Claus, professeur de zoologie et d'anatomie comparée à l'Université de Vienne. Traduction française par M. le professeur G. Moquin-Tandon.

Lorsque, le 22 mai 1877, nous présentions à nos lecteurs le *Traité de zoologie* de Claus, nous saluions cette œuvre, en lui assurant un vrai succès parmi nous. Ce succès, dont une partie revient si justement à son savant traducteur, M. le professeur G. Moquin-Tandon, a été si franc, que nous sommes heureux de présenter aujourd'hui au public médical la deuxième édition française.

Cette nouvelle édition se recommande par une amélioration considérable. L'éditeur a écouté les désirs qui lui avaient été exprimés, et l'illustration est digne de l'œuvre de M. Claus. Il est inutile d'insister sur l'importance des planches dans un livre d'histoire naturelle. Aussi sommes-nous assuré que cette nouvelle édition sera encore plus rapidement que la première dans les mains de notre jeunesse studieuse.

Trois fascicules sont déjà publiés. Le premier et la moitié du second traitent de la zoologie générale.

Dans la zoologie générale, M. Claus étudie successivement les corps organisés et les corps inorganiques, les animaux et les plantes, l'organisation et le développement des animaux en général. Après un coup d'œil historique, l'auteur explique la signification et la valeur de la classification zoologique. Le savant professeur de Vienne termine cette première partie en ne dissimulant pas les lacunes de la doctrine évolutionniste.

Nous avons donné, en 1877, la classification de M. Claus : nous ne la reproduirons pas. Les fascicules 1 et 2 du traité de zoologie donnent la description des trois premiers embranchements, avec tous leurs développements, protozoa, cœlentera, echinodermata. Les fascicules 3 et 4 sont entièrement consacrés à l'étude des vers. Ses dernières pages nous entr'ouvrent le cinquième embranchement : celui des arthropodes ou articulés.

Traité de botanique (2), par M. Ph. Van Tieghem, membre de l'Institut.

Avec le sixième fascicule, que nous présentons à nos lecteurs, se termine l'étude de la structure secondaire de la tige. La physiologie interne de la tige étudiée à son tour, l'auteur aborde la morphologie et la physiologie internes de la fleur.

Le troisième livre est consacré au développement. M. Van Tieghem nous avait fait connaître la plante à l'état adulte, dans sa forme et dans sa structure, dans ses relations extérieures et dans ses fonctions internes. Il nous faut maintenant, considérant tour à tour, suivant les nécessités du sujet, la forme, la structure et les fonctions, parcourir la série des phases que traverse le corps, depuis l'œuf, qui est son point de départ, jusqu'à l'état adulte, et depuis l'état adulte jusqu'à la mort ; en un mot, étudier le développement de la plante. Puis, comparant les unes aux autres à un même état, à l'état adulte par exemple, toutes les plantes qui procèdent l'une de l'autre dans une suite de générations aussi longue que possible, l'auteur cherchera à en estimer les variations et à nous faire par là une idée du développement de la race dans le temps et dans l'espace.

(1) 1 vol. grand in-8° d'environ 1,500 pages avec de nombreuses gravures dans le texte. Prix : 32 francs. — Paris, F. Savy.

(2) Un vol. grand in-8° d'environ 1,450 pages avec 800 gravures dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, F. Savy.

Pour étudier le développement de la plante, depuis l'œuf jusqu'à l'état adulte, c'est-à-dire jusqu'après la formation des œufs nouveaux, il est nécessaire de considérer séparément chacun des quatre embranchements du règne végétal : phanérogames, cryptogames vasculaires, muscinées et thallophytes ; ce qui fait l'objet des quatre chapitres suivants. Enfin, pour chacun de ces groupes, l'auteur traite deux questions : 1° la formation de l'œuf sur la plante adulte ; 2° le développement de l'œuf en une nouvelle plante adulte.

L'étude du développement de la race termine la première partie de l'ouvrage.

Les quelques pages que comprend encore ce sixième fascicule nous donne l'introduction de la botanique spéciale, que nous étudierons dans les fascicules suivants.

Le *Traité de botanique* de M. Van Tieghem marche, comme on le voit, rapidement vers sa fin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — A l'occasion de la Pentecôte, la Faculté sera fermée lundi prochain 14 mai 1883.

— Les questions suivantes ont été données au concours de l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements) : 8 mai, M. Barabon : Des conditions de la réunion immédiate des plaies ; M. Campenon : Lésions traumatiques du larynx ; — 9 mai, M. Kirmisson : Hématocèle péri-utérine ; M. Duret : Les plaies du genou ; — 10 mai, M. Ribemont : Des grossesses gémellaires et de leurs accidents.

— M. le docteur H. Thulié vient d'adresser la lettre suivante au président du Conseil municipal de Paris :

« Monsieur le président, le scrutin du dimanche 6 mai a démontré que j'ai perdu la confiance d'une partie importante de mes électeurs du quartier de la Muette.

« Je manquerais à mon devoir si je restais dans une assemblée où je ne représenterais plus la totalité de ceux qui m'ont élu. Je vous envoie donc, avec un profond regret, ma démission de membre du Conseil municipal de Paris.

« Veuillez, Monsieur le président, la faire parvenir à qui de droit et agréer mes salutations très empressées.

« Dr H. Thulié. »

— Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique de France, le Ministre du Commerce vient de décerner aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1880, les récompenses honorifiques suivantes :

Médailles d'or. — M. le docteur Micé, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, membre du conseil central de cette ville, pour son rapport sur le traitement des matières fécales en vases clos.

M. le docteur Thouvenet, membre du conseil central de Limoges, pour son rapport relatif à la neutralisation des cadavres d'animaux charbonneux.

Médailles d'argent. — M. Antheaume, pharmacien, secrétaire du conseil de Provins, pour son rapport sur la sucrerie de Provins.

M. le docteur Ardouin, médecin de première classe de la marine, pour sa relation de l'épidémie de suette à l'île d'Oléron (conseil central de La Rochelle).

M. le docteur Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille, pour son rapport au conseil central sur la création de maisons mortuaires à Lille.

M. le docteur Dieu, membre du conseil de Dunkerque, pour ses études statistiques sur la mortalité des enfants.

M. Frélier, vétérinaire à Lille, pour ses études sur la régénération du vaccin (conseil central de Lille).

M. Herbelin, pharmacien, pour son activité comme secrétaire du conseil central de Nantes.

M. Lejourdan, ingénieur, membre du conseil central de Marseille, pour divers rapports intéressants au conseil.

M. le docteur Raymondaud, vice-secrétaire du conseil central de Limoges, pour ses études sur l'incinération des cadavres d'animaux charbonneux.

M. le docteur Villard, secrétaire du conseil central de Guéret, pour son mémoire sur l'émigration des ouvriers creusois.

Médailles de bronze. — M. le docteur Cassan, membre du conseil central d'Albi, pour son rapport sur une épidémie d'intoxication saturnine.

M. Coste, pharmacien, membre du conseil central de Carcassonne, pour son mémoire relatif à l'assainissement de l'étang et des rizières de Marseillette, à Capendu.

M. Dhuicque, pharmacien, membre du conseil central de Beauvais, pour divers rapports intéressants sur des questions d'hygiène.

M. Lefebvre de la Fargue, chimiste à Chantilly, secrétaire du conseil de l'arrondissement de Senlis, pour son rapport sur le triage des chiffons.

— M. G. de Mortillet, professeur d'anthropologie préhistorique, avec le concours de M. d'Ault-Dumesnil, fera, le lundi de la Pentecôte, 14 mai, une excursion à Abbeville.

Visite des sablières de Molin-Quignon et Menchecourt, du musée Boucher de Perthes, et des collections d'Ault-Dumesnil et Dimpre.

Rendez-vous à la gare du Nord à 7 heures 20 minutes du matin Rentrée à Paris à onze heures du soir.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14517.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Charité. Goitre exophtalmique. — Hôpital du Midi. Phagédénisme syphilitique. — Société de Biologie. Thèses. — Instruments et Appareils. — Les accoucheurs des hôpitaux. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Goitre exophtalmique.

Le goitre exophtalmique ou maladie de Basedow, comme on l'appelle encore, est une affection dont la marche est le plus habituellement chronique, durant deux, trois, quatre, cinq, dix ans et quinze ans même. Cependant, dans quelques cas, assez rares du reste, elle affecte une évolution un peu aiguë, fait qui n'a pas été signalé dans les auteurs.

C'est ainsi que l'année dernière j'ai vu cette maladie, dans ma clientèle de la ville, évoluer dans l'espace de six mois.

Il s'agissait d'une femme de quarante-cinq ans, arrivée à l'âge de la ménopause et qui jusque-là avait toujours été bien portante. Les règles commencèrent à retarder dans leur apparition, puis à s'arrêter. En même temps la malade devenait inquiète, se laissait envahir par des idées tristes et se plaignait de tout. Puis le pouls augmenta en fréquence, la peau devint plus chaude ; on constatait l'existence de phénomènes fébriles continus sur lesquels venaient s'enter des accès rémittents dont le sulfate de quinine ne parvenait pas à triompher. Le diagnostic jusque-là était resté quelque peu incertain, car il existait un peu de souffle au cœur, tenant à une insuffisance mitrale légère. Je cherchais en vain la cause de ces accidents, lorsque je m'aperçus certain jour d'une augmentation de volume du corps thyroïde en même temps que les globes oculaires étaient plus saillants que d'habitude. Dès lors je n'eus plus d'hésitation dans le diagnostic. Cette femme resta ainsi pendant trois mois avec une fièvre persistante, présentant des paroxysmes de temps en temps ; puis survinrent des troubles digestifs, des vomissements ; puis des étouffements assez intenses ; les jambes s'œdématièrent comme dans le cas d'affection du cœur, sans que cependant le souffle cardiaque ait augmenté d'intensité et quelques mois plus tard la malade succombait. C'est là, pour moi, un cas unique, en raison même de sa rapidité ; je n'en trouve aucun exemple dans les auteurs.

Le goitre exophtalmique ne se termine pas toujours par la mort ; la terminaison en peut être favorable et la guérison se produire ; les ouvrages qui traitent de cette affection en rapportent un certain nombre de cas ; moi-même j'en ai vu aussi plusieurs complètement guéris au bout de deux ou trois ans. Les yeux, diminués de volume, étaient rentrés dans les orbites, le cou n'était plus que très peu tuméfié, les bruits du cœur s'étaient effacés et les malades étaient guéris, ne conservant que quelques traces des deux phénomènes caractéristiques de goitre exophtalmique : le volume du corps thyroïde et une légère saillie du globe oculaire.

Chez la malade de ma clientèle, âgée de quarante-cinq ans, dont je vous parlais tout à l'heure, le goitre s'est développé aussi à l'époque de la ménopause, se compliquant, à un moment donné, de lypémanie, d'aliénation mentale. Néanmoins cette femme a guéri d'abord de son goitre, puis un peu plus tard de sa mélancolie, et a pu quitter la maison de santé dans laquelle elle était allée se faire soigner. Aujourd'hui elle vit comme tout le monde.

Il est quelquefois aussi un état physiologique qui coïncide avec la guérison, je veux parler de la grossesse. Le fait paraîtra peut-être bizarre, néanmoins il est parfaitement vrai ; on en cite de nombreux cas. D'où l'on a parfois conseillé aux femmes, atteintes de goitre exophtalmique, comme un moyen de guérison, de devenir enceinte.

Si la guérison de cette maladie est possible, cependant elle n'en est pas la terminaison la plus fréquente, et la mort arrive le plus souvent soit à la suite de quelque maladie intercurrente, dont le goitre exophtalmique augmente la gravité en diminuant la force de résistance des malades, soit par le fait même du goitre. Dans ce dernier cas, le malage s'affaiblit progressivement, dépérit de jour en jour, tombe dans ce que l'on a appelé la cachexie exophtalmique terminale, et meurt sans qu'il soit survenu aucune autre maladie. D'autres fois, — et cela est encore assez fréquent, — le malade succombe au développement d'une affection cardiaque. Enfin il peut y avoir mort subite sous l'influence de la compression du nerf laryngé supérieur par la tumeur thyroïdienne déterminant des accès de suffocation et une asphyxie contre laquelle il n'y a d'autre remède immédiat que la trachéotomie.

Le diagnostic du goitre exophtalmique est généralement très facile, grâce à ses caractères principaux : 1° l'exophtalmie qui donne à la figure un aspect si singulier ; 2° le gonflement du corps thyroïde ; 3° la fréquence du pouls ; 4° le changement de caractère des malades. Cependant la maladie est quelquefois assez fruste dans ses manifestations pour laisser quelques doutes au début, mais bientôt ces doutes

eux-mêmes disparaîtront devant le développement des phénomènes caractéristiques que nous venons d'indiquer.

Je n'ai que peu de choses à dire du pronostic, si ce n'est que c'est le plus souvent une maladie grave, en tous cas pénible par la déformation du visage qu'elle entraîne avec elle. Comme étiologie, le goitre exophtalmique a ceci de particulier qu'il atteint presque exclusivement la femme. Dans une statistique dressée par Vithusen, médecin danois, qui a peut-être le mieux décrit cette affection, et comportant cinquante cas, nous trouvons, en effet, quarante-deux femmes et huit hommes seulement. D'autres auteurs ont fait la même remarque et, de plus, ont insisté sur ce fait que lorsqu'elle atteignait le sexe masculin, il s'agissait presque toujours de jeunes gens de l'âge de dix-huit à vingt-quatre ans. Moi-même je n'en ai jusqu'à présent observé que deux cas chez des hommes.

Quant à l'âge, la maladie de Basedow survient le plus généralement chez la femme entre vingt-cinq et trente-cinq ans, bien que l'on en ait constaté quelques cas un peu plus tôt, soit vers treize ou quatorze ans, ou un peu plus tard, à quarante-cinq ans et même à cinquante.

Parmi les causes principales, il semble que le chagrin, les émotions tristes doivent figurer en première ligne. Chez la malade que nous avons actuellement dans nos salles, le point de départ a été également un violent chagrin. A côté de cela nous devons citer aussi, comme causes, des fatigues excessives, une mauvaise nutrition, etc., en un mot toute cause débilitante, ainsi qu'un dérangement dans les fonctions menstruelles. Bouillaud a invoqué aussi la chloro-anémie parmi les causes du goitre exophtalmique ; il a même dit que ce goitre n'était qu'un des symptômes de la chloro-anémie, mais cela n'est pas exact : la chloro-anémie accompagne le plus souvent le goitre exophtalmique, mais elle n'en est pas la cause ; il en est de cela comme de l'hystérie qui n'est non plus la cause de la chloro-anémie, comme d'aucuns l'avaient prétendu. Mais quelle est la nature du goitre exophtalmique ? Là-dessus nous ne savons encore que peu de chose ; tout ce que nous pouvons dire, c'est que, à l'exemple de l'hystérie et de l'épilepsie, elle doit être rangée parmi les névroses.

Quant au traitement, il est assez difficile, car il donne peu de résultats ; ici les médicaments les meilleurs sont ceux qui agissent sur le système nerveux et sur le cœur ; ainsi la teinture de digitale, dont notre malade prend quinze gouttes, a donné quelques guérisons. L'aconit, la belladone, le datura stramonium, sont bons également. On a recommandé aussi le sulfate de quinine contre les battements du cœur ; dans ces derniers temps, on a préconisé un nouveau traitement, la duboisine, en injections sous-cutanées, à la dose d'un demi-milligramme ; je puis, néanmoins, citer un cas où celle-ci n'a eu d'autre effet que de produire des accès convulsifs d'hystérie, sans amener aucune amélioration. Je signalerai surtout, pour leur action éminemment favorable, les toniques, le vin de quinquina, la gentiane, le fer, surtout chez les jeunes filles qui n'ont pas leurs règles. Mais, de tous les moyens thérapeutiques, l'hydrothérapie est certainement la plus efficace, jointe à ces toniques, jointe aussi à une bonne hygiène et à une bonne nourriture, surtout chez les femmes nerveuses et jeunes encore : douches froides en pluie, puis douches en jet sur les différentes parties du corps.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Phagédénisme syphilitique (1).

VI

J'ai étudié, à propos des symptômes, ses différentes modalités ulcéreuses. Étudions maintenant ses allures, sa marche, sa durée, ses terminaisons, etc. Le phagédénisme primitif est quelquefois aigu et inflammatoire, c'est-à-dire qu'il est susceptible de susciter autour de lui une réaction locale plus ou moins vive. Il n'en est pas ainsi du phagédénisme tertiaire, qui évolue presque toujours sourdement et à froid. Il semble qu'avant de les attaquer il ait sidéré les tissus qu'il va envahir et réduit à néant leur réaction vitale. Je vous disais plus haut qu'il éclatait quelquefois brusquement, cela n'implique point qu'il soit alors aigu et inflammatoire ; si ses ravages sont rapides, presque instantanés, c'est qu'il avait miné préalablement les parties qu'il va détruire, en les inondant d'une néoplasie surabondante, qui tout à coup régresse, se liquéfie et entraîne, dans sa débâcle, peau, tissu conjonctif, muqueuses, muscles, etc. On voit fréquemment ce processus désastreux se produire à l'isthme du gosier, dans le nez, dans le pharynx, sur les organes génitaux, etc. Sur la peau où l'évolution se fait au grand jour, on est moins exposé à de pareilles surprises ; néanmoins il faut toujours compter avec elles en fait de phagédénisme tertiaire. Si, dans ses formes les moins sévères et les plus superficielles, il reste froid et lent, s'il suit une marche systématiquement régulière et susceptible par conséquent d'être prévue et calculée jusqu'à un certain point, il lui arrive aussi parfois de se livrer à des écarts fantasques, que rien n'explique et ne justifie. Ainsi, par exemple, il s'arrête subitement, se limite, prend un bon aspect et laisse entrevoir une guérison prochaine ; puis tout à coup, après cette pause rassurante, le voilà qui se ranime et recommence avec plus d'ardeur son œuvre destructive. Alors même qu'il se répare et se cicatrise complètement, ne comptez pas trop en être quitte avec lui. S'il s'agissait d'un phagédénisme chancrelleux, vous pourriez affirmer que tout danger a disparu avec la dernière goutte de pus virulent ; mais, avec le phagédénisme tertiaire, il ne faut s'attendre à rien de définitif, car il lui arrive fréquemment de ressusciter alors qu'on le croyait mort, de revenir à la charge sur le théâtre même de son action première et de s'emparer de nouveau des points d'où l'avait délogé la cicatrisation. Si ce n'est pas là qu'il se développe, ce sera à côté, plus loin et même très loin de là, comme pour bien démontrer que ce n'est pas seulement telle ou telle région, mais tout l'organisme qui est son tributaire. Il y a, du reste, à cet égard, de grandes variétés ; chez certains individus le phagédénisme tertiaire est fixe et casanier ; il se confine en un point, ne le quitte pas ou y revient toujours ; chez d'autres, il est d'humeur voyageuse et se transporte d'un point à un autre : c'est un phagédénisme *nomade,* qui ne rampe point comme le serpigineux, et qui ne laisse des traces cicatricielles que là où il a planté sa tente pour un temps plus ou moins long.

La durée du phagédénisme syphilitique n'a rien de fixe, sauf cependant celle du phagédénisme primitif, qui est limitée et ne persiste pas au delà de deux ou trois mois. Le phagédénisme qui survient pendant la période virulente de la maladie est moins chronique que celui du phagédénisme

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 et 5 mai 1883.

vraiment tertiaire et constitutionnel ; celui-ci se prolonge au delà de plusieurs semestres et même de plusieurs années si on ne le traite pas.

Ce qui contribue à le rendre interminable, c'est qu'il est extrêmement sujet aux récidives, et que la durée d'une première attaque s'allonge de la durée des attaques qui la suivent sans discontinuité ou après des intermittences plus ou moins longues.

Quant à la terminaison, elle est favorable dans la majorité des cas. Les ulcérations phagédéniques, prises à temps et convenablement traitées, guérissent en général. Il y en a même qui se réparent avec une rapidité merveilleuse sous l'action des spécifiques ; ce sont principalement celles de la période primitive et celles de la période secondaire. D'autres cèdent difficilement et sont même tout à fait réfractaires ; il y en a fort peu qui montrent une tendance décidée à la guérison spontanée. Le phagédénisme tenant au terrain organique doit présenter nécessairement de grandes différences suivant les individus. Chez ceux dont la disposition est toujours active, invariable et ne se modifie ni avec le temps ni avec les circonstances, le phagédénisme peut présenter une chronicité indéfinie. Il se termine quelquefois par la mort lorsqu'il produit des délabrements trop considérables dans les cavités pharyngo-laryngées. Il ne cause jamais d'infection purulente ; quand il est très étendu, il peut faire périr par l'épuisement général qu'entraîne une suppuration prolongée. Je vous en ai cité un cas. Le danger du phagédénisme qui survient dans les syphilides malignes précoces, dépend moins de la profondeur que de l'étendue des pertes de substance. C'est généralement le contraire dans la syphilis tertiaire.

Quel est le processus organo-pathologique du phagédénisme ? L'histologie de ses ulcérations ne diffère pas de celles des ulcérations ecthymateuses, tuberculeuses ou gommeuses. Jusqu'ici, on n'a découvert aucun élément microscopique particulier auquel on pût imputer la nature si obstinément destructive de la lésion. Il est probable que ce processus organo-pathologique ressemble à beaucoup d'autres qui n'ont rien de spécifique. Je vous répète ici que ce n'est pas la structure intime des lésions qui peut nous édifier sur leurs caractères cliniques, sur leur évolution, sur leurs tendances, etc., en un mot, sur toutes les circonstances qui les constituent à l'état d'espèce. Ce qu'on trouve dans telle ou telle lésion, quand on l'étudie au microscope avec de forts grossissements, appartient à des phénomènes d'ordre commun et de pathologie générale, qui s'appliquent à un grand nombre d'états morbides différents. Donnez à un micrographe un lambeau d'ulcération phagédénique : il sera incapable, je crois, de vous dire si cette ulcération était atteinte de ce processus et, à plus forte raison, si elle était syphilitique ou chancrelleuse. — Quoi qu'il en soit, l'histologie fournit quelques notions qui nous permettent, jusqu'à un certain point, d'expliquer le mécanisme matériel du phagédénisme dans ce qu'il a de plus élémentaire, j'allais dire de plus grossier. Sa première étape est constituée par l'accumulation sur un point d'une plus ou moins grande quantité de cellules embryonnaires : c'est une sorte d'inondation qui noie les parties saines. Mais ce fait présente-t-il, dans le phagédénisme qu'il prépare et dont il est l'avant-coureur, quelque chose de caractéristique ? Non. L'invasion des cellules embryonnaires est un phénomène comparable à la fièvre. Il est aussi vague, aussi banal et aussi fréquent qu'elle. C'est sur ce fond commun à tant de processus organiques que s'élaboreront ultérieurement les processus originaux. Eh bien, dans le phagédénisme, qu'y a-t-il au delà de cette première étape ? En vérité, bien peu de chose. La source des cellules est intarissable ; elle les verse incessamment et à flots ; leur vie n'en devient que plus éphémère. Au fur et à mesure de leur production, elles régressent et sont éliminées après avoir dissocié, brisé, étouffé et détruit les parties saines. C'est donc par leur nombre, la rapidité de leur régression, que les molécules deviennent désorganisatrices et impriment à l'ensemble du processus son caractère de malignité. Elles y aboutissent aussi d'une autre façon. Rappelez-vous qu'elles s'accumulent avec une sorte de prédilection autour des vaisseaux ; qu'elles les compriment et gênent, par conséquent, la circulation ; que, d'un autre côté, la paroi interne de ces vaisseaux s'altère, etc., et que toutes ces conditions réunies créent autour du foyer ulcéreux une ischémie, qui ne doit pas peu contribuer à l'agrandir incessamment. Cette ischémie joue, sans aucun doute, un rôle important dans le mécanisme du processus phagédénique. Que par le fait d'oblitérations vasculaires, suites de thrombose et d'endartérite capillaire, cette ischémie devienne complète sur un point ou sur un autre, qu'en résultera-t-il ? Une gangrène véritable, une escarrification par lambeaux ou par plaques, etc. Pouvons-nous aller au delà dans l'analyse du processus ? Je n'en vois pas la possibilité. Et, en somme, qu'avons-nous constaté ? Presque rien. Les agents de la destruction moléculaire n'offrent rien de spécial ; ce sont des instruments vulgaires qui agissent sous nos yeux d'une certaine façon et qui arrivent, par des procédés très simples, à produire des effets extraordinaires et éminemment spécifiques. C'est la force qui les met en œuvre qu'il faudrait voir, l'impulsion mystérieuse à laquelle ils obéissent aveuglément ; car il n'est pas probable que ce soit en eux seuls que réside l'initiative ; tout au plus sont-ils des collaborateurs. Où donc réside cette force dirigeante qui produit des effets si étranges et si dissemblables, qui creuse ici des fossés ulcéreux circulaires d'une régularité géométrique, là des tranchées serpentines ou bien des excavations profondes, déchiquetées, sans aucune configuration systématique ? Nous l'ignorons, et nous sommes en plein dans l'inconnu, car il n'existe aucune notion de physiologie expérimentale qui soit de nature à nous donner une idée, même approximative, de cette force. Réside-t-elle dans les nerfs ou dans les vaisseaux ? Quelle est la nature du conflit qui se produit entre eux ? A ce dernier confin de la vie moléculaire, en deçà duquel s'arrêtent nos investigations, au delà duquel notre pensée s'égare en s'enfonçant dans une obscurité de plus en plus épaisse, aucune hypothèse, si ingénieuse qu'elle fût, ne pourrait aujourd'hui dissiper ces ténèbres. Contentons-nous d'en constater l'impénétrabilité et n'allons pas au delà.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 mai 1883. — Présidence de M. Dumontpallier.

COMMUNICATIONS

De la matière colorante des os de l'orphie. — M. DUBOIS. On consomme en ce moment à Paris, en assez grande quantité, un poisson de la famille des exocétides, l'orphie vulgaire (Belone vulgaris), dont les os inspirent encore des craintes à certaines personnes.

Dans son ouvrage sur les poissons de France, M. le docteur

Émile Moreau s'exprime ainsi au sujet de l'orphie vulgaire et de l'orphie anguille : « La chair de ces deux poissons, bien qu'elle soit bonne, est assez peu recherchée ; cela tient probablement à la coloration verte des os qui inspire de la répugnance à beaucoup de personnes. » Suivant Littré et Robin, la chair de l'orphie commune est vénéneuse à certaines époques. Sur nos côtes, on mange ce poisson en abondance et sans la moindre crainte de danger ; je ne pense pas que la chair de l'orphie ait jamais déterminé le moindre accident chez les personnes qui en font usage, à moins qu'elle n'ait subi un commencement de décomposition.

L'orphie est peut-être le seul poisson de nos côtes dont les os possèdent cette belle couleur vert émeraude qui inspire encore à beaucoup de personnes une défiance non justifiée. Nous avons pu faire absorber à des animaux, sous différentes formes, des quantités assez notables de cette substance sans déterminer d'accidents, bien que cette matière verte soit soluble dans le suc gastrique ; son inaltérabilité par la coction, la putréfaction et une température élevée, ainsi que son insolubilité dans les dissolvants ordinaires des substances colorantes organiques, prouvent son origine minérale. L'analyse qualitative n'y décèle aucune trace de cuivre ou d'arsenic et, à part des sels alcalins et alcalino-terreux, on n'y rencontre que des métaux du quatrième groupe.

Le fer y existe en assez forte proportion et c'est sans doute à sa combinaison avec l'acide phosphorique que l'on doit attribuer la coloration verte des os de ce poisson ; il existe en effet du phosphate de fer tribasique qui possède cette belle couleur vert émeraude. Hoppe Seyler dit que le phosphate de fer ne se rencontre pas dans les os, si ce n'est pourtant dans la substance des dents de quelques poissons fossiles. La matière colorante verte de l'orphie paraît être aussi localisée surtout dans les parties du squelette qui sont également d'origine dermique.

PRÉSENTATION

Ténias. — M. MÉGNIN présente les résultats de l'autopsie d'un jeune chien d'appartement, âgé de quatre mois et mort à la suite d'attaques épileptiformes qui le tourmentaient depuis un mois. Il avait dans les intestins trois grands *tænia serrata* de 50 à 80 centimètres de long, qui avaient au moins deux mois d'âge et une douzaine de jeunes ténias de quelques millimètres seulement de longueur. Il est certain que les grands ténias ont été contractés au chenil où le jeune animal a été élevé soit par contact avec d'autres chiens, soit par une alimentation contenant des germes de ténias ; quant aux jeunes ténias de quelques millimètres de long, qui n'avaient par conséquent que quelques jours d'existence, il est impossible d'expliquer leur présence autrement que par une reproduction directe au moyen d'œufs fournis par les grands ténias et éclos dans les intestins ; car, pendant le dernier mois de la vie du jeune sujet, M. Mégnin a veillé à ce que l'alimentation fût d'une pureté parfaite, et il n'y a eu ingestion ni de cysticerque ni de cœnure, que l'on regarde encore à tort comme les seuls germes pouvant fournir des ténias adultes.

C'est donc un exemple de reproduction directe de ténias sans l'intervention d'une migration larvaire quelconque.

Une preuve que, chez l'homme lui-même, les cucurbitains ou proglottis de ténias, détachés du strobile, peuvent séjourner longtemps dans l'intestin, s'y promener, s'y vider de leurs œufs et même y végéter et acquérir des dimensions extraordinaires, est fournie par des cucurbitains que présente M. Mégnin et qui ont été rendus par un garçon de café. Ces cucurbitains ont de 35 à 40 millimètres de long sur 5 de large et ne contiennent plus que de rares œufs épars dans la trame.

Ainsi s'explique, par l'éclosion dans l'intestin des œufs de ténias ainsi pondus, le développement de la ladrerie chez l'homme et chez le chien et peut-être aussi la persistance de ténias pendant plusieurs années chez certaines personnes chez lesquelles il y aurait reproduction sur place.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

159. M. Daniel. Des abcès glandulaires du sein chez les nouvelles accouchées. — 160. M. Noguès. Essai sur le convallaria maïalis. — 161. M. Monnier. Étude sur une variété de luxation du métatarse (luxation en dehors des métatarsiens). — 162. M. Mangeot. Contribution à l'étude des ruptures variqueuses vulvaires pendant la grossesse.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Photophore électrique frontal (fig. 1).

Dans notre numéro du 19 avril dernier, page 356, nous avons donné la description de ce nouvel instrument, imaginé par M. le

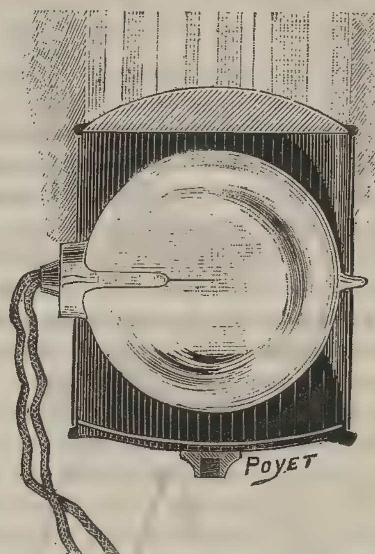


Fig. 1 (planche I).

docteur Hélot, chirurgien en chef des hôpitaux de Rouen, et exécuté par M. G. Trouvé.

Nous donnons aujourd'hui deux planches qui font encore mieux saisir l'application de cet appareil.



Fig. 2 (planche II).

La planche I représente la lampe à incandescence.

La planche II représente le photophore fixé sur le front de l'observateur.

Nouveau type de cautère Paquelin (fig. 3).

Cet instrument est spécialement destiné aux opérations délicates de la chirurgie ignée, à la cautérisation des paupières et du globe de l'œil, à la cautérisation ponctuée, à la destruction des nævi, etc.

1° La partie cautérisante de ce nouveau type de cautère est effilée en forme d'aiguille très fine et permet ainsi à l'opérateur de limiter à son gré l'action de l'instrument.



Fig. 3.

2° Cette partie a très peu de hauteur : il n'y a pas de chaleur au manche qui la supporte ; celui-ci est de très petite dimension. De telle sorte que le chirurgien peut prendre un point d'appui pour opérer, tenir l'appareil très près de son extrémité incandescente, s'en servir comme d'un crayon et le diriger avec plus grande sûreté.

3° L'incandescence du cautère est uniforme et soutenue ; cela donne la liberté, une fois la main en position, de la maintenir, pendant toute la durée de l'opération, au niveau de la partie sur laquelle on doit agir, sans être obligé de la déplacer un seul instant et partant de pratiquer la cautérisation pour ainsi dire en un seul temps.

4° Ce cautère ne produit pas de rayonnement de chaleur.

Les différentes conditions sus-énoncées assurent : la légèreté et la sûreté d'action de l'opérateur, la rapidité d'exécution et la protection des parties saines.

Tracteur de la commissure des lèvres pendant la chloroformisation.

L'instrument (fig. 4) que nous reproduisons ci-contre a été imaginé par M. Collin pour faciliter la respiration par la bouche pendant l'anesthésie et obvier aux inconvénients dont n'est pas exempte la traction de la langue par des érignes. Il consiste, comme on peut le voir, en une sorte de crochet mousse et lisse à l'aide duquel on exerce une traction sur l'une des commissures des lèvres.

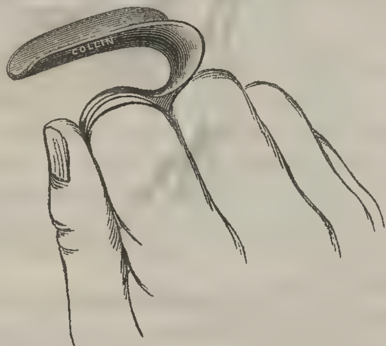


Fig. 4.

LES ACCOUCHEURS DES HOPITAUX.

Nous recevons de MM. les accoucheurs des hôpitaux la communication suivante :

La librairie Germer Baillière vient de publier un factum *anonyme* intitulé : *les Concours des hôpitaux en* 1883.

Ce factum anonyme, quelques articles que l'on a fait publier dans les journaux politiques, le *Figaro*, le *XIXe Siècle* du 1er mai, renferment des erreurs et des insinuations calomnieuses contre les accoucheurs des hôpitaux.

Voici la vérité :

Dans un premier rapport (1878) fait au nom d'une commission composée de MM. Trélat, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker ; Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité ; Guéniot, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Assistés ; Millard, médecin de l'hôpital Beaujon ; Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière ; M. Siredey, rapporteur, déclare « que les accoucheurs seront assimilés aux médecins et aux chirurgiens des hôpitaux et jouiront des mêmes prérogatives que tous les chefs de service. C'est à cette proposition que la commission s'est unanimement ralliée ».

Dans un second rapport (1881), M. Siredey dit encore que « la commission s'est préoccupée avant tout d'assurer chez les candidats des garanties de savoir analogues à celles que fournissent les médecins et les chirurgiens. En outre, elle a cherché à établir une harmonie aussi grande que possible entre les épreuves des accoucheurs et celles des chirurgiens : elle en a adopté le même nombre et les a divisées comme pour les concours de tous les chefs de service, en deux séries ».

Un arrêté de M. le Sénateur, préfet de la Seine, en date du 26 décembre 1881, dit : « Il est créé pour les services d'accouchement dans les hôpitaux et pour les services d'accouchement chez les sages-femmes agréées, un ordre nouveau de praticiens qui prendront le titre d'accoucheurs des hôpitaux. »

Enfin, M. le directeur général de l'Assistance publique, avec l'approbation du Conseil de surveillance, a déclaré que les accoucheurs, « nommés au concours, se trouvent dans les conditions prescrites par l'article 6 de la loi du 10 janvier 1849, et prendront rang dans le personnel médical des établissements hospitaliers, à la suite des médecins et des chirurgiens.

Si les accoucheurs n'avaient pas dû avoir dans les hôpitaux cette situation qui en fait les collègues des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, ils déclarent qu'aucun d'eux n'aurait pris part au concours. Ils aiment à croire que, dans des conditions analogues, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux auraient cru de leur dignité d'agir ainsi.

Depuis le mois de novembre dernier, les accoucheurs, au nombre de quatre, ont été chargés par l'Administration d'organiser les services qui leur étaient confiés, de faire les accouchements laborieux dans tous les hôpitaux (sauf trois), de surveiller les accouchements chez les sages-femmes agréées qui sont dispersées dans tout Paris et d'y pratiquer les opérations nécessaires. Ils n'ont pas reculé devant cette lourde tâche, ils y ont sacrifié bien des journées et bien des nuits.

Ils continueront à consacrer leur temps à soigner les femmes et les enfants que l'Administration de l'Assistance publique leur confie ; ils ne le perdront pas à réfuter des insinuations calomnieuses et anonymes. Ils ont mieux à faire, on le voit.

P. Budin, ancien interne en médecine et en chirurgie, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur de la Charité. — Ch. Porak, ancien interne en médecine et en chirurgie, ancien chef de clinique adjoint à la Faculté, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis. — A. Pinard, ancien interne en médecine et en chirurgie, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur à l'hôpital Lariboisière. — A. Ribemont, ancien interne en médecine et en chirurgie, ancien chef de clinique de la Faculté, accoucheur à l'hôpital Tenon.

Nous recevons, d'autre part, de M. le docteur Nicaise, chirurgien des hôpitaux de Paris, la rectification suivante :

Dans une note imprimée, les accoucheurs des hôpitaux affectent inutilement de considérer comme anonyme la brochure que j'ai publiée sous le titre : *les Concours des hôpitaux en* 1883, tandis qu'il est nettement indiqué qu'elle est formée exclusivement de documents qui se rapportent à la question de l'introduction des accoucheurs dans les jurys, et pour la plus grande partie de mon rapport au Conseil de surveillance.

Quant à l'expression d'insinuation calomnieuse de la note des accoucheurs, il n'y a pas à y répondre, car elle ne peut s'appliquer à aucun passage de la brochure.

La note déplace encore le débat.

Il ne s'agit pas d'une question de prérogatives ou de grade, mais d'une question de compétence.

C'est là le seul point en discussion.

Les accoucheurs, très compétents en accouchement, ne le sont ni en médecine ni en chirurgie.

NICAISE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La huitième commission du Conseil municipal de Paris a été saisie d'une pétition d'habitants de la rue d'Assas, qui se plaignent des inconvénients résultant du voisinage de la salle d'accouchements de la clinique située dans cette rue. Ils demandent que cette salle soit déplacée de manière que les cris ne s'entendent plus des maisons voisines.

Comme la suppression de la salle d'accouchements entraînerait la suppression de la clinique, la commission (M. Bourneville, rapporteur) ne peut adopter une telle solution. Elle propose seulement de renvoyer la pétition à l'administration, pour qu'elle prenne les mesures nécessaires pour atténuer les inconvénients signalés. — Adopté.

— Par décret, en date du 8 mai 1883, ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire, et ont reçu les affectations ci-après, les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de première classe. — (Choix.) M. Morache, médecin principal de deuxième classe, à l'hôpital de Bordeaux, en remplacement de M. Alix, retraité. — Est maintenu audit hôpital.

(Choix.) M. Libermann, médecin principal de deuxième classe, secrétaire-adjoint du comité consultatif de santé, en remplacement de M. Allaire, retraité. — Est maintenu provisoirement dans ses fonctions actuelles.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) . Coste, médecin-major de première classe à la gendarmerie de la Seine, en remplacement de M. Morache, promu. — Est affecté aux salles militaires de l'hospice civil de Montauban, emploi créé.

(Choix.) M. Bazille, médecin-major de première classe au dépôt de recrutement de la Seine et à la prison militaire du Cherche-Midi, en remplacement de M. Libermann, promu. — Est affecté aux salles militaires de l'hospice civil d'Arras.

Au grade de médecin-major de première classe. — (Ancienneté.) M. Journée, médecin-major de deuxième classe au bataillon du 46e d'infanterie détaché en Tunisie, en remplacement de M. Courtin, décédé. — Est affecté aux hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie.

(Choix.) M. Grandjean, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Decroix, retraité. — Est maintenu auxdits hôpitaux.

(Ancienneté.) M. Montané, médecin-major de deuxième classe au 63e d'infanterie, en remplacement de M. Coste, promu. — Est affecté au 143e d'infanterie.

(Choix.) M. Benoît, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, en remplacement de M. Bazille, promu. — Est affecté à l'hôpital de Nancy.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — Premier tour (ancienneté). M. Bouchoir, médecin aide-major de première classe pour ordre aux hôpitaux de la division de Constantine, détaché à l'hôpital de Sousse (Tunisie), en remplacement de M. Journée, promu. — Est maintenu aux hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie.

Deuxième tour (ancienneté). M. Delaye, médecin aide-major de première classe au 27e d'infanterie, en remplacement de M. Grandjean, promu. — Est maintenu provisoirement audit corps.

(Choix.) M. Veillon, médecin aide-major de première classe, provisoirement à l'hôpital de Marseille, en remplacement de M. Montané, promu. — Est affecté au 63e d'infanterie.

Premier tour (ancienneté). M. Cristau, médecin aide-major de première classe au régiment de sapeurs-pompiers de Paris, en remplacement de M. Benoît, promu. — Est affecté au 12e d'infanterie.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — (Ancienneté.) M. Perron, pharmacien-major de deuxième classe à l'hôpital de Bordeaux, en remplacement de M. Roqueplo, mis en non-activité à titre d'infirmités temporaires.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — Premier tour (ancienneté). M. Vieil, pharmacien aide-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Perron, promu. — Est maintenu auxdits hôpitaux.

— Par décision ministérielle, en date du 8 mai 1883, M. Gayda, médecin-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Alger, a été désigné pour l'hôpital de Belle-Ile-en-Mer. (Emploi créé.)

— Par décision ministérielle, en date du 11 mai 1883, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

M. Mathis, médecin principal de première classe pour ordre aux hôpitaux de la division de Constantine, attaché à l'hôpital du Kram, à la Goulette (Tunisie), pour les fonctions de directeur du service du 17e corps de santé d'armée.

M. Poncet, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital Saint-Martin, pour les hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie.

M. Chassagne, médecin-major de première classe à l'hôpital de Nancy, pour le dépôt du recrutement de la Seine et la prison militaire du Cherche-Midi.

M. Jeanmaire, médecin-major de première classe à l'hôpital de Gabès (Tunisie), pour la gendarmerie de la Seine.

M. Roussy, médecin aide-major de deuxième classe à l'hôpital du Gros-Caillou, pour l'hôpital de Marseille.

M. Chevassu, médecin-major de deuxième classe au 44e d'infanterie, désigné pour le 4e bataillon de chasseurs à pied, pour être maintenu au 44e d'infanterie.

M. Magdelaine, médecin-major de deuxième classe au 65e d'infanterie, désigné pour le 64e d'infanterie, pour être maintenu au 65e de l'arme.

M. Antoine, médecin-major de deuxième classe au dépôt du 141e d'infanterie, pour le 7e hussards.

M. Ucciani, médecin-major de deuxième classe au 67e d'infanterie, pour le dépôt du 141e de l'arme.

M. Granjux, médecin-major de deuxième classe au 119e d'infanterie, pour le 5e bataillon de chasseurs à pied.

M. Burlureaux, médecin-major de deuxième classe au 80e d'infanterie, pour le régiment des sapeurs-pompiers de Paris (provisoirement).

M. Tarrieux, médecin aide-major de première classe au 13e chasseurs à cheval, pour le 119e d'infanterie.

M. Ribollet, pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Alger, pour l'hôpital de la Charité, à Lyon.

M. Couton, pharmacien aide-major de première classe à la légion de la garde républicaine, pour les hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie.

— Par arrêté préfectoral en date du 24 avril 1883 (effet du 1er mars), M. le docteur Godefroy (J.-F.), chirurgien aide-major en retraite, est nommé maître-surveillant à l'école municipale d'apprentis du boulevard de la Villette.

— *Hôtel-Dieu de Nantes.* — Une plaque de marbre blanc va être placée prochainement, en souvenir de M. Merlet, externe des hôpitaux, décédé le mois dernier, victime du dévouement professionnel. En voici le texte, d'après la *Gazette médicale de Nantes :*

« A la mémoire d'Henry-Baptiste Merlet, externe des hospices, mort d'érysipèle qu'il contracta dans le service des malades, le 2 mars 1883. »

— Nous apprenons la mort d'un de nos honorables confrères arrivé au terme d'une longue carrière dignement remplie, M. le docteur Lehelloco, âgé de quatre-vingt-douze ans, et qui était probablement le doyen d'âge des médecins de Paris. M. Lehelloco, praticien très estimé, était docteur de 1818 ; il avait été médecin consultant du roi Louis-Philippe et le médecin ordinaire du prince Jérôme-Napoléon et de toute sa famille. Il était officier de la Légion d'honneur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Tassy, de Paris ; Imbert, de Castellane ; Franche, de Charly, et Duriez, d'Auxi-le-Château.

— Un intérêt d'actualité tout spécial avait attiré, lundi soir, une foule considérable à la conférence donnée par la Société des Études coloniales et maritimes, sous la présidence de l'amiral Thomasset.

Le second de M. Jean Dupuis, M. Ernest Millot, parlait sur le Tonkin. Il a raconté, en témoin oculaire, l'expédition du brave et malheureux lieutenant Garnier, les voyages faits en compagnie de M. Dupuis à travers ces régions qui offrent tant de ressources au commerce, à l'industrie et à l'agriculture. Par l'indomptable énergie qu'avaient déployée ces hommes de cœur et l'influence qu'ils avaient su acquérir sur les populations indigènes, le Tonkin, en 1873, était réellement acquis à la France. Une faute impardonnable l'a fait abandonner. Mais, s'il faut regretter le temps perdu, elle sera du moins bientôt réparée, et réparée avec éclat, comme l'a fait observer l'amiral Thomasset, puisque l'exécution est confiée à nos matelots et à nos soldats d'infanterie de marine.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

L'inhalation et la pulvérisation à Cauterets, par M. le docteur Achille BOUYER, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-inspecteur des eaux de Cauterets. In-12. — Prix : 1 franc. — Pau et Cauterets, G. Cazaux.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14526.

N° 56. — JEUDI 17 MAI 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 17 MAI 1883. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50.**	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. **».**	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Traitement des tumeurs érectiles chez l'enfant. — Pseudo-paralysie syphilitique chez une petite fille. — MÉDECINE LÉGALE. Docimasie hydrostatique. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Courte séance, terminée par un comité secret. Ce qui en a fait l'intérêt principal a été une communication de M. Bourdon sur un nouvel exemple d'atrophie du cerveau consécutive à l'amputation d'un membre. On n'a sans doute pas oublié l'intéressant mémoire sur les centres moteurs des membres dans lequel M. Bourdon a démontré, en se fondant sur plusieurs observations, que l'amputation d'un membre amène, par suite du défaut d'activité fonctionnelle, une atrophie de la partie supérieure de la zone motrice de l'écorce cérébrale. C'est un fait de ce genre qu'il a eu récemment l'occasion de constater et qui vient confirmer la loi formulée dans ce mémoire, qui a fait le sujet de cette communication. On trouvera en outre, dans cette observation, un fait complètement nouveau : c'est l'apparition de la paralysie de la jambe du côté auquel appartenait le bras amputé.

Le comité secret a été consacré à la discussion des titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, à laquelle il devra être pourvu mardi prochain. La section a classé les candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Lunier ; 2° M. Vallin ; 3° M. Ollivier ; 4° M. Motet ; 5° M. Legrand du Saulle ; 6° M. Mauriac. L'Académie a adjoint à cette liste le nom de M. Napias.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. DE SAINT-GERMAIN.

Traitement des tumeurs érectiles chez l'enfant.

Nous venons d'avoir sous les yeux trois cas de tumeurs érectiles complètement identiques comme nature et comme forme, c'est-à-dire des tumeurs érectiles cutanées. Je dis cutanées, car il faut savoir que la véritable division de ces tumeurs ne doit pas être en tumeurs érectiles artérielles et tumeurs érectiles veineuses, mais bien en tumeurs cutanées et tumeurs sous-cutanées.

Chez aucun de nos petits malades les tumeurs n'avaient l'aspect de simples taches, mais c'étaient de véritables saillies gaufrées. Chez deux d'entre eux elles siégeaient à la partie moyenne du front; chez le troisième elle était placée sur l'épaule droite.

Sans entrer dans plus de détails sur ces tumeurs, j'aborde immédiatement le chapitre du traitement et le mode opératoire auquel j'ai recours. Les tumeurs érectiles, en effet, ne sont pas de celles que l'on puisse laisser tranquilles, car si on les abandonne à elles-mêmes, elles continuent à se développer plus ou moins considérablement et quelquefois elles arrivent à prendre un accroissement énorme, au point même, dans certains cas, de se décupler. De là une véritable difformité d'autant plus désagréable que le siège occupé par la tumeur est plus apparent.

Mais à cet inconvénient ne se borne pas seulement l'évolution des tumeurs érectiles, et on les voit quelquefois, au bout d'un certain temps, s'ulcérer et donner lieu, par suite, à des hémorragies plus ou moins intenses, parfois même extrêmement graves.

Pour ces divers motifs, il est nécessaire d'intervenir de bonne heure chirurgicalement par des moyens appropriés. Voyons donc quels sont ces moyens et leur valeur au point de vue des résultats.

On a proposé de vacciner la tumeur ; je n'en suis nullement partisan, car, pour que l'opération soit couronnée de succès, il ne suffit pas d'avoir de bon vaccin, et les piqûres peuvent entraîner une hémorragie dangereuse et nécessiter la pose de plusieurs fils à travers la tumeur. De plus, vous savez que la vaccination ordinaire sur les bras donne quelquefois lieu à des cicatrices des plus disgracieuses; or ce qui se passera dans une région saine de la peau peut très bien survenir au niveau des tumeurs érectiles et les trois piqûres vaccinatrices, que vous aurez pratiquées, laisser, à la place de la tumeur guérie, une cicatrice en trèfle d'autant plus désagréable que les tumeurs érectiles siègent le plus souvent sur la face.

Que faire alors ? Revenir à l'un des deux procédés dont je vais maintenant vous parler.

Le premier, que j'ai expérimenté ici peu de temps après mon arrivée dans cet hôpital, est la cautérisation ignée faite avec le thermo-cautère. La méthode donne de bons résultats, mais elle a le défaut d'exiger beaucoup trop de précautions pour éviter l'hémorragie et encore n'y parvient-on pas toujours, car le thermo-cautère chauffé au rouge vif est éminemment hémorragique. Au rouge sombre, il n'offre plus le même danger, mais il a l'inconvénient de pouvoir s'éteindre avec la plus grande facilité. En tous cas, lorsque, malgré ces défauts que je crois devoir vous signaler, on veut y avoir

recours, il faut savoir que l'opération comporte deux temps : le premier qui consiste à griller seulement la joue, le second à ponctionner la tumeur comme pour la cuire lentement.

On a proposé aussi de remplacer le thermo-cautère par la pâte de Vienne. Le moyen donne aussi des succès, mais il présente également de graves inconvénients, car si la tumeur est très vasculaire, si la peau est très fine, à peine la pâte caustique est-elle appliquée qu'une hémorragie s'ensuit et le sang qui s'écoule le long de la joue empruntant à la pâte de Vienne une partie de ses propriétés caustiques déterminera une escarre plus ou moins étendue le long de la joue.

Pour moi, j'ai recours depuis longtemps déjà à un moyen mixte qui me semble préférable et dont la base est la liqueur de Piazza, qui a la propriété de coaguler le sang sans déterminer aucune escarrification. On l'introduit dans la tumeur par le procédé de l'injection. Lorsque l'on charge la petite seringue à injection, il faut avoir grand soin de graduer le nombre de gouttes que l'on veut faire pénétrer dans la tumeur. Cela est d'une haute importance, car si l'aiguille est bien enfoncée parallèlement à la peau et sans dépasser les limites de la tumeur, cela va bien, tandis que si le liquide dépasse ces limites, et fuse plus ou moins loin dans les tissus voisins, il donnera lieu dans l'avenir à des cicatrices fort désagréables.

Les deux conditions importantes de cette petite opération sont donc d'abord de bien graduer la quantité de liquide à injecter, ensuite de bien placer son aiguille dans la tumeur. Dès l'injection pratiquée, la tumeur devient dure et change de couleur, par suite d'abord de la coagulation du sang, puis d'un certain degré d'inflammation, c'est-à-dire de la production de lymphe plastique et de la formation de tractus fibreux cicatriciels qui enserrent les vaisseaux et empêchent leur nutrition.

Quelquefois l'on n'obtient qu'un demi-succès, c'est-à-dire que la tumeur est bien enrayée dans son développement, dans son évolution, mais il persiste encore un certain nombre de taches rouges. C'est alors que le traitement mixte trouvera son application en ce sens que l'opération, commencée dans une première séance par l'injection de la liqueur de Piazza, sera complétée plus tard par la pâte de Vienne, qui, dans ces conditions, donnera de très bons résultats et n'offrira plus les dangers que l'on est en droit de redouter si l'on débute par elle. J'ai vu ainsi des tumeurs considérables ne guérir complètement que dans l'espace de plusieurs mois. J'ai vu aussi quelquefois des tumeurs érectiles sous-cutanées guéries en tant que tumeurs par la méthode que je recommande et remplacées par une sorte d'excavation, de trou, dû à l'effort escarrotique de la liqueur de Piazza. Bien que le fait soit rare, il est bon de le prévoir et d'en prévenir les parents. En tous cas, l'escarre ainsi produite guérira comme une escarre ordinaire.

PSEUDO-PARALYSIE SYPHILITIQUE

CHEZ UNE PETITE FILLE DE DEUX MOIS ET DEMI.

Par M. le Dr Millard, médecin de l'hôpital Beaujon.

Le 17 mars 1875, j'étais consulté pour une petite fille de deux mois et demi, qu'on amenait de province à cause d'une paralysie du bras gauche survenue depuis peu de jours et sans cause appréciable. L'enfant était sans fièvre, avait assez bonne mine, n'avait pas eu de convulsions et ne présentait sur le corps aucune éruption. Elle était allaitée par sa mère et s'était bien développée jusqu'alors. Le bras gauche pendait inerte le long du corps, et on ne voyait au niveau de l'articulation scapulo-humérale aucune trace de traumatisme ni d'inflammation. Toutefois, un fait gênait l'examen et l'interprétation des accidents ; c'est que l'enfant jetait des cris dès qu'on voulait explorer le membre et la jointure, et il était difficile de démêler si elle était seulement timorée ou si elle souffrait réellement.

Le père m'avouait confidentiellement qu'il avait contracté la syphilis en novembre 1871 ; il avait suivi un traitement très sérieux pendant dix-huit mois sous la direction du docteur Ricord et de notre regretté collègue le professeur Lasègue. Il se croyait complètement guéri. Tel était également l'avis des deux médecins éminents que je viens de citer, ainsi que celui de son médecin de la campagne. Ce n'est que sur leurs conseils et avec leur autorisation qu'il s'était décidé à se marier en avril 1874, deux ans et demi après le début des premiers accidents.

Sa fille était née neuf mois après le mariage, jour pour jour, en janvier 1875, et il était très tourmenté de la pensée qu'il avait pu lui transmettre un germe funeste dont cette paralysie serait l'expression. Je crus pouvoir le rassurer en me fondant sur l'absence totale des signes extérieurs et habituels de la syphilis infantile. Je ne croyais pas alors à la possibilité des lésions osseuses comme seules manifestations de la vérole héréditaire. Dans les quatre cas rapportés par M. Parrot dans son célèbre mémoire de 1871, on avait toujours noté la coïncidence de syphilides cutanées ou muqueuses, et c'est seulement plus tard qu'il devait apporter de nouveaux faits démontrant que cette coïncidence n'est pas nécessaire.

Dans ces conditions, en l'absence de tout traumatisme et de toute trace apparente de diathèse, incertain que j'étais si l'enfant souffrait réellement, et malgré la rareté de cette affection dans un âge aussi tendre, je conclus, non sans hésitation, à une paralysie spinale infantile et crus devoir faire appel à la haute expérience de mon savant maître M. le docteur Roger. Il partagea mon embarras, examina l'enfant avec un soin des plus minutieux, et malgré les antécédents du père sur lesquels j'appelais toute son attention, il admit avec moi une paralysie spinale infantile. Toutefois ce diagnostic ne nous satisfaisait qu'imparfaitement. Nous prescrivîmes des vésicatoires promenés autour de l'épaule et l'application ultérieure de l'électricité. Je me reproche aujourd'hui de n'avoir pas employé d'emblée ce dernier moyen (l'application des courants induits), au moins comme élément de diagnostic. On sait, en effet, que dans la paralysie spinale infantile vraie, la contractilité électro-faradique est entièrement abolie pour tous les muscles paralysés, tandis qu'elle est conservée dans la pseudo-paralysie spécifique. Cette exploration aurait donc pu déjà suffire à nous mettre en garde contre l'erreur que nous étions en train de commettre. Heureusement, celle-ci ne fut pas de longue durée.

L'enfant repartit en province avec une consultation détaillée dans laquelle je signalais les points qui nous avaient embarrassés.

Dix jours après, le 27 mars, le médecin de la famille, observateur sensé et sagace, comme on va le voir, m'écrivait : « Deux petits vésicatoires ont déjà été posés et n'ont produit encore aucune amélioration; cela n'a rien qui doive surprendre. L'unique objet de ma lettre est de vous parler de certains faits qui peut-être vous éclaireront sur la nature de la maladie. L'épaule *droite, depuis quatre jours*, se *paralyse comme l'autre*. Je suis *certain* que l'enfant souffre quand on touche l'épaule gauche et surtout quand on imprime au bras des mouvements d'élévation. Il semble aussi que les muscles cervicaux perdent de leur énergie. La petite fille rejette souvent vivement sa tête en arrière, comme s'il fallait des efforts pour la soutenir... Point de tuméfaction des jointures, point d'atrophie des membres atteints. Les membres inférieurs sont intacts et l'état général bon. Pas de fièvre... »

Il ajoutait les renseignements importants qui suivent :

« Le père vous a dit qu'il avait eu une affection spécifique et que sa femme, à la suite de signes non équivoques, avait suivi un traitement *ad hoc* jusque dans les derniers mois de sa grossesse.

Aujourd'hui je constate chez elle une angine qui paraît caractéristique et un développement des ganglions cervicaux, qui font que je prescris aussitôt l'iodure de potassium... Supposez-vous qu'il puisse y avoir des rapports entre la paralysie de l'enfant et la maladie des parents? »

A coup sûr il y en avait et il n'était plus permis de les méconnaître. Cette lettre fut pour moi un trait de lumière. Elle me remit en mémoire, pour ainsi dire instantanément, non seulement les belles recherches de M. Parrot sur les lésions osseuses de la syphilis héréditaire chez les enfants, mais aussi des pièces anatomo-pathologiques absolument démonstratives qui m'avaient été apportées récemment par M. Cuffer, alors mon interne, et qui provenaient d'un enfant envoyé à l'hospice des Enfants-Assistés, sans signe apparent de syphilis, après avoir passé par notre service à Lariboisière. (Ces pièces avaient fait l'objet d'une communication de M. Parrot à la Société anatomique, le 26 février 1875. *Bulletin de la Société anatomique*, 1875, p. 156.)

Comment n'avais-je pas établi plus tôt le rapprochement entre tous ces faits et celui de notre petite malade de province! J'étais désolé et n'avais plus qu'une idée, regagner si possible le temps perdu. Aussi j'envoyai sur-le-champ à mon confrère un télégramme pour conseiller l'administration sans retard du sirop de Gibert (une cuillerée à café par jour en deux fois) et des bains de sublimé (50 centigrammes).

J'étais sûr, à l'avance, de l'approbation de M. Roger; et, en effet, quand je lui communiquai les nouveaux et précieux renseignements que j'avais reçus, il n'hésita pas à réformer ainsi que moi notre premier diagnostic et à adopter celui de pseudo-paralysie syphilitique à marche progressive. Il voulut bien aussi approuver le traitement tel que je l'avais indiqué. Commencé dès le 29 mars, ce traitement donna presque immédiatement des résultats décisifs. Au bout de neuf jours, le 7 avril, mon confrère m'écrivait :

« Il y a certainement de l'amélioration. L'état général, jadis à peu près bon, est plus satisfaisant; la mère et la nourrice le constatent comme moi. L'enfant est plus forte, plus gaie, elle rit même, ce qu'elle ne faisait pas il y a huit à dix jours. Elle se tient mieux; ses bras, qui étaient pâles et mous, sont beaucoup plus fermes, plus colorés; on y voit plus de circulation, plus de vie. Le bras gauche, le premier paralysé, est toujours inerte, mais on saisit dans l'épaule droite de petits mouvements de latéralité; pourtant l'élévation n'est pas possible encore. Ajoutez à cela que les mouvements en tous sens que j'imprime à l'épaule et la pression sur la tête humérale ne provoquent plus aucune douleur, et vous jugerez probablement qu'il y a une notable amélioration et que le traitement confirme votre diagnostic. D'ailleurs il est survenu un symptôme qui me paraît bien significatif : c'est un paquet de ganglions engorgés à la région cervicale supérieure de chaque côté. Quand on remue la petite fille, elle crie comme si elle éprouvait une douleur dans la région dorsale ou plutôt lombaire, mais je ne puis préciser le lieu. La pression sur les apophyses épineuses, sur les hanches, les mouvements des membres inférieurs ne provoquent pas de douleurs...

..... La mère nourrit toujours son enfant. Outre l'iodure de potassium, j'ai prescrit les pilules de proto-iodure (5 centigrammes par jour). Mais le lait diminue; il est insuffisant et je crains de voir les seins se tarir tout à fait. Dans ce cas, l'enfant serait soumis à l'allaitement artificiel..... »

Deux semaines plus tard, *le 21 avril*, vingt-quatre jours seulement après le début du traitement, le résultat est magnifique, ainsi qu'en témoigne notre confrère dans la lettre suivante :

« Il est impossible, aujourd'hui, de méconnaître la nature de la maladie de notre petite malade. Le traitement spécifique a été rigoureusement suivi et *le succès est complet*. Le bras droit, le dernier pris, gesticule en tous sens comme un télégraphe. Le bras gauche, le premier et le plus fortement atteint, exécutait la semaine dernière des mouvements de plus en plus accentués dans le sens latéral. Maintenant les mouvements d'élévation sont très prononcés et le progrès est tous les jours considérable.

La tête se soutient très bien et tourne de tous côtés : aucune douleur. L'enfant est gaie et son état général bon. On a déjà donné douze bains de sublimé en vingt-quatre jours; j'ai l'intention d'en donner encore dix. Mais je vous adresse la grande question : Quand faudra-t-il cesser le traitement? »

Je conseillai de le continuer très longtemps, d'abord sans interruption jusqu'à la fin de mai, puis, après deux mois de repos, de le reprendre pendant un mois, et ensuite d'y revenir deux fois par an au moins, au printemps et à l'automne, chaque fois pendant six semaines. Ces conseils furent scrupuleusement suivis jusqu'à l'âge de six ans.

Ils étaient bien nécessaires, car ils n'ont pas empêché l'enfant de présenter très souvent pendant les deux premières années des accidents secondaires (plaques muqueuses) à la bouche, surtout à la langue et aux lèvres. — Chaque fois le sirop de Gibert en avait promptement raison. Jusqu'à l'âge de deux ans, la dose par jour fut de une cuillerée à café; de deux ans à quatre ans elle fut doublée et enfin triplée de quatre à six ans. Cette dose de trois cuillerées à café par jour ne fut jamais dépassée. J'ajoute que l'enfant n'a jamais suivi d'autre traitement spécifique. Elle n'a plus repris de bains de sublimé; mais dans les deux dernières années qui ont précédé sa complète guérison, on lui a fait prendre un nombre assez considérable de bains sulfureux qui ont paru lui faire le plus grand bien. Elle a aujourd'hui huit ans et demi; elle se porte parfaitement; elle est fraîche, vigoureuse et très intelligente. Voici deux ans et demi qu'elle n'a plus eu le moindre accident et qu'elle ne suit plus aucun remède. A l'exception de la rougeole, elle n'a jamais eu d'autre maladie.

Cette observation ne serait pas complète si je n'ajoutais quelques mots relatifs aux parents. Tous deux, bien entendu, ont été soumis, en même temps que leur petite fille, à un traitement spécifique et il est à noter que le père affirme n'avoir jamais remarqué sur lui, depuis son mariage, la moindre trace de syphilis, malgré les accidents incontestables signalés chez la mère.

Deux autres enfants sont nés depuis cette époque; l'un âgé aujourd'hui de cinq ans, l'autre de douze mois seulement.

Ils sont, l'un et l'autre, très bien portants, très forts, et n'ont jamais eu le moindre accident. La mère jouit actuellement, comme son mari, d'une santé admirable.

Ce fait intéressant, et dont on me pardonnera, j'espère, l'exposition un peu longue, prêterait assurément à beaucoup de considérations au point de vue de la syphilis en général. Je me bornerai à indiquer les points suivants :

1° La transmission de la syphilis à la mère et à l'enfant dès la première fécondation, malgré le traitement très long et très complet suivi par le père et bien que ce dernier n'ait jamais plus présenté depuis le mariage aucune trace de la maladie.

2° L'insidiosité et l'apparition rapide de la pseudo-paralysie chez l'enfant qui avait les apparences de la santé et n'offrait également aucun des signes extérieurs de la syphilis héréditaire.

3° L'erreur de diagnostic qui en est résultée et qui certainement aurait pu être évitée.

4° La nécessité d'un traitement très long, de plusieurs années, pour les parents, comme pour les enfants contaminés.

5° L'efficacité du sirop de Gibert que j'avais choisi parce qu'il réunit les heureux effets des mercuriaux et de l'iodure de potassium.

6° Enfin la tolérance parfaite avec laquelle il fut constamment toléré par la petite malade, à doses assez élevées, pendant six ans.

La guérison doit être attribuée aussi en grande partie à la

vigueur de l'enfant, aux soins éclairés et persévérants qu'elle a reçus presque immédiatement, et à l'ensemble des conditions excellentes dans lesquelles elle se trouvait placée dans une confortable habitation, en pleine campagne. Mais l'honneur de cette belle cure qui a non seulement sauvé la vie de la petite malade, mais assuré la santé de toute une famille, revient tout entier à mon éminent ami M. le professeur Parrot; c'est grâce à ses travaux que le diagnostic a pu être redressé à temps. Ce fait est donc des plus instructifs et des plus encourageants et me paraît apporter, au point de vue clinique et thérapeutique, une confirmation éclatante des remarquables découvertes par lesquelles le savant médecin des Enfants-Assistés a enrichi et éclairé l'histoire de la syphilis osseuse héréditaire.

MÉDECINE LÉGALE

Docimasie hydrostatique.

Par M. le docteur A. Mothe (de Monfort-du-Gers).

Les gaz développés par un commencement de putréfaction peuvent-ils faire surnager les poumons, comme le ferait l'air introduit dans les cellulles pulmonaires par l'acte de la respiration? Est-ce là une objection sérieuse, un écueil de la docimasie hydrostatique? Non, au point de vue scientifique; oui, au tribunal en face de l'avocat et du jury. C'est ce dernier côté de la question que je demande la permission d'envisager brièvement. Dans une présomption d'infanticide, le point capital est de savoir si l'enfant a eu vie ou non; si l'enfant est né mort, l'accusation tombe d'elle-même.

Or la respiration est presque le seul signe qui caractérise la vie; en l'absence de ce signe, il est presque impossible de prouver que l'enfant ait vécu.

C'est dans la docimasie pulmonaire que gît le problème. Elle sert de base à la décision judiciaire, son omission enlèverait toute autorité au rapport des experts.

Chez l'enfant qui n'a pas respiré, le tissu pulmonaire est plus dense que l'eau et il se précipite au fond de ce liquide.

Mais si l'air a été introduit dans les vésicules de ce tissu par l'acte respiratoire, le poumon est plus léger que l'eau et surnage; tel est le principe de la docimasie.

Malheureusement diverses objections plus ou moins graves ont été faites contre l'épreuve hydrostatique. Une de ces objections est la suivante : *Il peut arriver que les poumons surnagent, quoique l'enfant n'ait pas respiré.* Ce phénomène s'observerait lorsque les gaz se sont développés dans les poumons par le fait d'un commencement de putréfaction.

Je me hâte de dire qu'en prenant certaines précautions connues de tout médecin, l'expert évite facilement cette cause d'erreur. Il n'en est pas moins vrai, et c'est là que j'en voulais venir, que cette objection, le cas échéant, est une arme terrible entre les mains du défenseur. Vous aurez beau exposer les raisons scientifiques et matérielles qui ont amené la conviction dans votre esprit. L'avocat vous objectera que la surnatation est due au gaz de la putréfaction et l'accusée sera invariablement acquittée.

Pour convaincre les jurés, il faudrait ce concours inouï de circonstances : Deux enfants jumeaux, ayant séjourné le même temps dans un même milieu, et dont les poumons de l'un auraient surnagé tandis que les poumons de l'autre auraient gagné le fond du vase, *et cela malgré les gaz de la putréfaction ;* en un mot, il faudrait l'épreuve et la contre-épreuve fournies par le hasard. Eh bien! j'ai été requis pour un cas réunissant toutes ces circonstances. Puissent mes confrères, en le citant, faire, le cas échéant, triompher la vérité! C'est pourquoi j'ai cru qu'il était de mon devoir de publier ce fait. Je n'insisterai que sur les faits se rattachant directement au point particulier de la question qui m'intéresse.

En mars dernier, sur la réquisition du juge de paix de mon canton, je me rendis dans un hameau voisin; des paysans avaient aperçu dans un puits des linges à travers lesquels émergeaient un pied et la tête d'un enfant. Je fis retirer ce paquet de l'eau avec toutes les précautions usitées en pareil cas. J'aperçus avec horreur non pas un, mais deux cadavres d'enfants nouveau-nés, enveloppés dans une vieille chemise de femme.

Les premières constatations faites, j'arrosai les cadavres d'eau phéniquée, et attendis l'arrivée du parquet; celui-ci se rendit sur les lieux seulement vingt-quatre heures après. Mon excellent confrère le docteur Miran (de Lectoure) me fut adjoint.

L'examen attentif des cadavres nous permit de conclure que les deux enfants, du sexe féminin, étaient bien conformés, nés à terme et viables, qu'ils avaient séjourné dans l'eau de trente à quarante jours. Après avoir noté le poids, la longueur, l'état des téguments, etc., nous procédâmes à l'autopsie.

Autopsie. Bien que les deux enfants fussent nés à terme et viables, l'un était plus pesant et plus formé que l'autre. Nous désignerons le premier par le numéro 1, et le second par le numéro 2.

N° 1. De l'examen des organes abdominaux et de l'encéphale, je ne dirai rien, si ce n'est que celui-ci était réduit en bouillie.

Ouverture du thorax. La poitrine ouverte, nous constatons que les poumons remplissent presque la cavité thoracique. Tous les viscères contenus dans la poitrine sont détachés avec les précautions prescrites. Des bulles d'air sous-pleurales de la grosseur d'un grain de millet étaient disséminées dans tout le poumon et particulièrement à la base. Le tout a été plongé dans un seau plein d'eau, la surnatation a été immédiate et entière. Nous avons ensuite séparé les poumons des autres viscères, détruit les bulles de gaz sous-pleurales, comprimé doucement sous l'eau les poumons fragmentés, pour en faire sortir les gaz; pas un seul fragment n'a gagné le fond du vase. En conséquence, nous avons conclu que l'enfant n° 1 avait vécu.

Enfant n° 2. A l'examen de l'abdomen et du crâne, même observation que ci-dessus.

Ouverture du thorax. Les poumons sont refoulés dans un petit espace, et sont loin de remplir la cage thoracique. Les viscères enlevés, nous remarquons que l'emphysème est beaucoup moins prononcé que dans les poumons du n° 1; les bulles de gaz sous-pleurales sont plus rares, néanmoins la putréfaction est manifeste.

Plongés dans le seau d'eau, les viscères thoraciques ont, sans hésiter et précipitamment, gagné le fond et y sont restés.

Même résultat pour le poumon seul et pour le poumon fragmenté; il n'est même pas nécessaire de rompre les bulles sous-pleurales, ni d'exprimer les gaz de la putréfaction.

L'épreuve, je crois, est aussi décisive que possible, et désormais il ne sera plus permis de dire, même au jury par l'organe du défenseur : Ces poumons surnagent, non pas parce qu'ils ont respiré, mais bien par le fait des gaz de la putréfaction.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mai 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° une lettre du ministre de l'instruction publique transmettant l'acceptation du legs de

Mme Louis; 2° un rapport sur les vaccinations et revaccinations opérées au 79e de ligne en 1883, par M. le docteur Lallemand; 3° un rapport sur les revaccinations faites à l'hôpital de Médéah en 1881, 1882 et 1883; 4° une note manuscrite sur les poudres de viande, par M. Husson (de Toul); 5° un mémoire sur les indications et les contre-indications de la médication de Bourbonne dans le traitement des tumeurs blanches, par M. le docteur Malbout.

COMMUNICATIONS

Atrophie du cerveau consécutive à l'amputation d'un membre. — M. BOURDON communique un nouvel exemple d'atrophie du cerveau consécutive à l'amputation d'un membre.

Il s'agit, dans ce cas, d'un ancien militaire qui avait subi, il y a quarante ans, la désarticulation du bras gauche et qui est mort, en trente-six heures, d'une congestion méningo-encéphalique.

Jusque-là, il n'avait éprouvé aucun accident cérébral et néanmoins, dans les dernières années de sa vie, la jambe correspondant au bras amputé s'était peu à peu paralysée.

A l'autopsie on trouve, sur l'hémisphère droit du cerveau, un affaissement notable de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante. Le même affaissement se remarque sur le lobule paracentral et sur la crête de l'hémisphère.

Le ventricule latéral du même côté est considérablement agrandi, surtout au niveau de la circonvolution affectée, ce qui dénote une atrophie très étendue de la substance blanche sous-jacente.

Le corps strié voisin présente une dépression à sa partie moyenne et la couche optique est légèrement aplatie dans le sens vertical.

Des coupes de la protubérance et du bulbe permettent de constater que le raphé médian est dévié à droite et que la substance nerveuse de ce côté est très notablement atrophiée.

Les hémisphères ont été pesés avec grand soin et séparément; le droit pèse 31 grammes de moins que le gauche.

Ce fait doit donc être ajouté aux six que M. Bourdon a déjà réunis dans son mémoire sur les centres moteurs des membres. Il démontre, comme eux, que l'amputation d'un membre amène, par suite du défaut d'activité fonctionnelle, une atrophie de la partie supérieure de la zone motrice de l'écorce cérébrale. Elle prouve, de plus, que cette lésion peut s'étendre secondairement aux parties centrales du cerveau et jusqu'à la moelle allongée.

Une pareille extension n'avait pas encore été signalée dans les cas analogues.

Un fait complètement nouveau ressort de cette observation : c'est l'apparition de la paralysie de la jambe du même côté que le bras amputé. M. Bourdon se demande si cette paralysie survenue, graduellement, dans les dernières années de la vie, sans être accompagnée d'aucun symptôme cérébral, ne doit pas être attribuée à la propagation de l'atrophie. Celle-ci, dans sa marche envahissante, ne peut-elle pas, en effet, avoir atteint, de proche en proche, les cellules et les fibres nerveuses qui régissent les mouvements du membre correspondant au côté mutilé ?

Il resterait à savoir si la marche progressive de la lésion n'a pas été favorisée, dans le cas particulier, par l'âge avancé du malade, l'atrophie cérébrale étant une altération assez commune chez les vieillards.

Physiologie de la vision. — M. GARIEL présente, de vive voix, quelques observations au sujet de la communication faite par M. Giraud-Teulon dans la séance du 17 avril.

Il s'agit des difficultés que l'on éprouve à réaliser d'une manière satisfaisante les expériences sur les couleurs, difficultés que M. Giraud-Teulon a fait remarquer avec justesse. Il est difficile d'utiliser dans ce but le spectre solaire qui n'est pas identique à lui-même dans toutes les circonstances et qui varie avec le temps, d'un instant à l'autre. M. Gariel est d'avis qu'il serait mieux de se servir, pour les recherches sur la lumière, d'une flamme monochromatique, obtenue soit directement par la combustion d'un sel de sodium ou de lithine, soit indirectement en faisant traverser à la lumière des verres rouges ou bleus.

Une autre difficulté est relative aux observations sur l'intensité de la lumière. Ici encore ce spectre solaire, changeant à chaque instant dans son intensité relative, ne peut servir à ce point de vue. Il s'agissait de trouver un étalon de lumière. Après un grand nombre d'essais de procédés divers, on a pensé que l'on pouvait approcher du but en prenant comme unité de lumière la quantité de radiation lumineuse émise par 1 centimètre carré de platine en fusion. Les études se poursuivent en ce moment. Il résulte, en outre, d'une série d'expériences faites par M. Violle, que l'éclairage fourni par 1 centimètre carré d'argent en fusion remplit les conditions voulues de constance.

Décroissance de population de plusieurs départements de France. — M. LAGNEAU offre à l'Académie son mémoire intitulé : *Du dépeuplement, de la décroissance de population de certains départements de France.*

Il montre, dans ce mémoire, que malgré l'accroissement, d'ailleurs minime, de notre population en général, 26 de nos départements, de 1836 à 1881, avaient vu leur population partielle décroître de 648,027 habitants, soit de 7,05 p. 100. Ce sont les départements des Basses-Alpes, de l'Orne, de l'Eure, de la Haute-Saône, du Calvados, de la Manche, du Tarn-et-Garonne, du Gers, du Lot-et-Garonne, du Cantal, du Jura, de la Meuse, de l'Ariège, des Hautes-Alpes, de la Sarthe, de la Mayenne, du Puy-de-Dôme, des Hautes-Pyrénées, des Basses-Pyrénées, du Lot, d'Eure-et-Loir, des Vosges, de Vaucluse, de la Côte-d'Or, de la Haute-Marne et de la Somme.

Sur ces 26 départements à population décroissante, 8 seulement, ceux de l'Eure, de Lot-et-Garonne, du Calvados, du Gers, de l'Orne, du Tarn-et-Garonne, des Basses-Alpes et de la Manche, avaient présenté un excédent plus ou moins grand de la mortalité sur la natalité.

25 présentaient un excédent plus ou moins considérable de l'émigration sur l'immigration. Cet excédent d'émigration tient principalement à l'abandon de ces départements par les ruraux se portant vers les grandes villes, les centres industriels d'autres départements.

Au point de vue démographique, ce déplacement de population, ce mouvement migratoire est éminemment regrettable, car dans les centres urbains la natalité, et surtout la natalité légitime, est faible et la morbidité et la mortalité sont considérables.

Ce déplacement des ruraux vers les villes n'est que trop souvent favorisé par des emprunts, des budgets municipaux exagérés, par des travaux publics nombreux, par des salaires très élevés.

A quatre heures l'Académie se forme en comité secret, pour entendre le rapport de la section d'hygiène et de médecine légale sur les titres des candidats à la place vacante dans cette section.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai 1883. — Présidence de M. MILLARD.

Angine ulcéreuse. — M. DAMASCHINO, à l'occasion du procès-verbal, déclare avoir observé cette année un cas d'angine ulcéreuse dans le cours de la fièvre typhoïde, dont la symptomatologie et l'évolution correspondent absolument aux faits rapportés dans la dernière séance par M. Duguet.

Pseudo-paralysie syphilitique. — M. DAMASCHINO fait aussi remarquer que la pseudo-paralysie syphilitique chez l'enfant n'est pas un accident rare. Il en a déjà observé personnellement plusieurs cas; l'un d'eux notamment, en 1882, d'une netteté très remarquable. Il s'agit d'un enfant de treize mois qui, le lendemain de son arrivée à l'hôpital, présentait une monoplégie brachiale atrophique, disait-on. Mais son jeune âge, son état cachectique, devaient faire rejeter pareil diagnostic. De plus, le moindre mouvement que l'on cherchait à imprimer au bras arrachait des cris au petit malade, et l'examen du corps démontrait nettement l'exis-

tence d'une syphilis héréditaire. Les jours suivants, le membre inférieur du côté malade était pris à son tour ainsi que le membre supérieur du côté opposé, et l'enfant succombait promptement. A l'autopsie, on constata l'existence de lésions osseuses et viscérales de nature syphilitique, analogues en tout à celles que M. Parrot a si bien décrites et que M. Troisier a rappelées dans l'observation dont il a donné connaissance à la dernière séance de la Société.

M. MILLARD communique à son tour une observation de pseudo-paralysie syphilitique chez une petite fille de deux mois et demi. (Voir plus haut.)

Du muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde. — M. DUGUET communique cinq nouveaux cas de muguet, observés depuis le commencement de l'année dans son service et survenus dans le cours de la fièvre typhoïde. Ils offrent comme particularités remarquables : d'occuper tout d'abord l'isthme du gosier et principalement le voile du palais, les piliers ou la luette ; d'y récidiver avec une certaine ténacité ; de s'étendre à la base de la langue ; de chercher à gagner tout cet organe et les joues par l'espace inter-maxillaire ; en un mot, de marcher d'arrière en avant, de l'isthme du gosier où il domine, vers la cavité buccale où il demeure accessoire, contrairement à l'évolution habituelle de cette affection. En effet, selon les données classiques, le muguet se développe primitivement dans la cavité buccale ; c'est là qu'il commence et qu'il prédomine toujours ; il marche d'avant en arrière, et lorsqu'il gagne l'isthme du gosier et le pharynx, ce n'est que secondairement. Enfin l'on ne trouve guère de descriptions indiquant qu'il puisse se développer dans ces conditions avant l'observation rapportée par Gubler en 1858.

De plus, il semble que de nos jours le muguet de la gorge soit devenu plus fréquent chez l'adulte, et l'on est vraiment surpris du nombre des cas, où il ait apparu primitivement dans l'isthme du gosier, qui ont été observés dans la dernière épidémie de fièvre typhoïde. M. Duguet en a personnellement constaté une cinquantaine de cas. Si la présence du muguet de la gorge a été signalée moins souvent autrefois, M. Duguet pense que cette affection a pu être prise tantôt pour une angine pultacée, tantôt pour une angine diphtéritique. Aussi insiste-t-il vivement pour qu'à l'avenir les angines de la fièvre typhoïde soient, dans le doute, soumises au contrôle du microscope.

Le travail de M. Duguet se termine par les conclusions suivantes : 1° Il faut visiter avec soin la gorge chez les malades, qu'on soupçonne atteints de fièvre typhoïde, parce qu'on pourra parfois y reconnaître des ulcérations capables, par leurs caractères, de fixer un diagnostic encore incertain ; 2° Il faut visiter avec non moins de soin la gorge de ceux qui ont une fièvre typhoïde bien avérée, parce que l'on pourra y découvrir et y combattre avec succès, dès le début, une angine crémeuse dont la propagation à l'œsophage et à l'estomac pourrait entraîner, pendant la maladie et surtout pendant la convalescence, au point de vue de la nutrition et de la réparation, les conséquences les plus funestes.

SUITE DE LA DISCUSSION DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR LES BAINS FROIDS.

M. FÉRÉOL donne lecture d'un très long travail sur la réfrigération dans la fièvre typhoïde. Après avoir étudié mûrement cette question, après une première série d'expériences faites en 1876 et surtout après avoir lu et analysé avec le plus grand soin la lettre adressée par M. Strübe, médecin en chef des armées allemandes, à M. Glénard (de Lyon), M. Féréol déclare que chez lui toute hésitation est absolument impossible maintenant et qu'il se propose d'expérimenter la méthode de Brand dans toute sa rigueur, c'est-à-dire la balnéation de *tous* ses typhoïdiques en commençant le traitement à la date la plus rapprochée possible du début de la maladie, car les cas les plus bénins peuvent devenir, à un moment donné, de la plus haute gravité et emporter le malade.

Du reste il a déjà commencé à appliquer cette méthode, et, sur six observations à son actif, il compte quatre succès et deux morts. Parmi les six malades, un seul a été baigné dès le début, il a pris trente-quatre bains en six jours ; le douzième jour il entrait en convalescence et a parfaitement guéri. Chez les cinq autres malades la balnéation n'a été commencée que du septième au neuvième jour, c'est-à-dire alors que la fièvre typhoïde était déjà confirmée. Un bain était administré, jour et nuit, toutes les trois heures ; il était d'une durée de quinze minutes, sa température était de 20°. L'effet en fut des plus remarquables. Néanmoins M. Féréol compte deux morts, tous deux de pneumonie. Il est nécessaire d'ajouter que l'un de ces deux cas était très grave dès le début et que, pendant trois jours, le diagnostic fut incertain entre une fièvre typhoïde et une scarlatine. Enfin la première de ces affections se dessina plus nettement et revêtit la forme érythémateuse, s'accompagnant d'une congestion broncho-pulmonaire très intense. Les bains froids déterminèrent pendant quarante-huit heures une amélioration manifeste, mais bientôt les accidents reprirent toute leur intensité. Dans le second cas de mort, il y eut également une amélioration passagère, après quoi la maladie reprit son cours.

PRÉSENTATION

M. RENDU présente les pièces anatomiques d'une femme morte d'accidents puerpéraux sept jours après une fausse couche de sept mois, c'est-à-dire le lendemain du jour où on l'avait amenée de la salle d'accouchements dans son service.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — La date des concours des clinicats de médecine, de chirurgie, d'ophtalmologie et des maladies du système nerveux est fixé *irrévocablement* au lundi 9 juillet 1883.

— L'épreuve clinique du concours de l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements) a commencé mardi 15 mai 1883 ; elle nécessitera, selon toute probabilité, trois séances, lesquelles auront successivement lieu à l'Hôtel-Dieu, à l'hôpital de la Charité et à l'hôpital de la clinique d'accouchements.

— M. le docteur Martin-Damourette, dont nous avons récemment annoncé la mort, a légué, à l'Académie des sciences, une somme de 40,000 francs pour la fondation d'un prix de physiologie thérapeutique.

— Par décret, en date du 13 mai 1883, M. Etchégaray, aide-pharmacien auxiliaire, a été promu, après concours, au grade d'aide-pharmacien de la marine.

— M. Abelhauser, pharmacien de première classe, est nommé surnuméraire à la bibliothèque universitaire de Nancy.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourdeillette (de Périgueux), Dupuy (de Bordeaux) et de M. Ovide-Lallemand, médecin-major de première classe, en retraite.

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Bocquillon, agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris, qui a succombé cette nuit, dans son laboratoire de Bellevue, à une attaque d'apoplexie foudroyante. M. Bocquillon (Henri), né à Cugny (Marne), avait été nommé agrégé à la suite du concours de 1869 et avait été rappelé à l'exercice le 1er novembre 1881 pour les années scolaires 1881-1883 en remplacement de M. de Lanessan, élu député.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Jalaguier, prosecteur, fera, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, avec le concours de six aides d'anatomie, sa première démonstration d'exercices opératoires, le jeudi 17 mai, à une heure précise, dans le pavillon n° 3 de l'École pratique.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation dans le bois de Meudon, le dimanche 20 mai 1883. On partira de la gare Montparnasse à onze heures du matin pour Clamart.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum, fera sa prochaine herborisation le dimanche 20 mai 1883, dans la forêt de l'Isle-Adam. Le rendez-vous est à la gare du Nord, à sept heures trente minutes du matin. On peut se faire inscrire aux galeries de botanique de midi à quatre heures. Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi 18 inclusivement.

— M. le professeur Chatin, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique, le dimanche 20 mai, dans la forêt de Montmorency. — Le départ s'effectuera de la gare du Nord, à sept heures cinquante-cinq minutes.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera sa prochaine excursion géologique publique, le dimanche 20 mai 1883, à Orgemont, Valemberg, Cormeilles-en-Parisis et Beauchamp. On se réunira à la gare du Nord, où l'on prendra, à huit heures quarante-cinq minutes du matin, le train pour Argenteuil. Pour obtenir la réduction de 50 p. 100 sur le prix du chemin de fer, il est nécessaire de s'inscrire au laboratoire de géologie du Muséum avant samedi trois heures du soir.

Étude anatomique et anthropologique sur les os wormiens, par le docteur CHAMBELLAN. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14526.

N° 57. — SAMEDI 19 MAI 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 19 MAI 1883. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. De l'hérédité syphilitique. — Les céphalalgies de croissance. — Société de Chirurgie. — Revue bibliographique. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'hérédité syphilitique.

Ayant eu à traiter, dans sa thèse de concours, de l'hérédité syphilitique et de l'état actuel de la science sur ce point, M. le docteur Henri Blaise, aujourd'hui professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, n'a pas cru devoir se borner à faire l'histoire clinique de la syphilis héréditaire directe, c'est-à-dire celle qui se traduit par les effets de la diffusion du virus dans tout l'organisme, — ce que M. Diday a appelé la syphilis générale d'emblée. — De cette syphilis à évolution spéciale, non soumise à la succession régulière des accidents correspondants aux périodes de la syphilis acquise, et qui se révèle par des manifestations multiples, cutanées, muqueuses, viscérales, osseuses, nerveuses sous les diverses formes graves, malignes, communes ou bénignes, etc., M. Blaise a tracé une esquisse historique aussi complète que possible. Mais, à côté de l'hérédité directe, il y a l'hérédité indirecte, à forme plus ou moins dissemblable, qui demandait une étude à part. C'est cette partie plus particulièrement intéressante de son travail que nous allons tâcher de résumer ici dans ses points principaux.

C'est là un des problèmes les plus difficiles et les plus complexes de la syphiliographie. On sait que ce point a été contesté et discuté, de savoir si la syphilis des parents peut s'exercer par d'autres manifestations morbides que celles qui rentrent dans le cadre de la syphilis commune. Avec M. le professeur Fournier, M. Blaise considère comme un fait acquis que l'influence syphilitique des parents peut se traduire par des états morbides qui n'ont plus rien de spécifique, tout en se rattachant à l'affection des procréateurs. Il ne faut voir dans le fait de cette descendance indirecte de la vérole que le résultat d'un appauvrissement, d'une détérioration organique profonde. La perturbation générale que la syphilis est susceptible de provoquer a pour conséquence de faire naître des prédispositions morbides nouvelles, de réveiller des prédispositions latentes. C'est un état nouveau de détérioration organique, qui n'a rien de spécifique, qui pourrait même reconnaître une toute autre origine, mais dont la syphilis est une des causes les plus ordinaires et les plus puissantes, la plus puissante même. En tête de ces états on trouve la débilité native. Tels sont, par exemple, ces enfants venant au monde petits, chétifs, malingres, ridés, d'aspect vieillot, chez lesquels rien autre n'atteste, d'ailleurs, un état syphilitique avéré, ni n'importe quelle autre maladie ; ces enfants qu'on juge au premier coup d'œil ne pas devoir vivre, que les nourrices ne parviennent pas à élever, et qui, pour nous servir de l'expression même de M. Fournier, s'éteignent plutôt qu'ils ne meurent.

Mais si le plus grand nombre de ces enfants doivent ces états de débilité à la syphilis de leurs parents, tous les enfants de syphilitiques ne sont pas ainsi dès leur naissance. Quelques-uns viennent au monde avec des apparences de viabilité suffisante, qui font espérer qu'on les élèvera ; ils continuent à vivre sans accidents et sans maladie apparente. Mais, après quelques jours ou quelques semaines, ils dépérissent rapidement et s'éteignent, sans aucune raison apparente, sans qu'on ait pu se rendre compte de ce qui a pu causer leur mort.

D'autres vivent également indemnes de syphilis, mais anémiques, sans force, sans résistance vitale, et sont enlevés par la moindre maladie. Un certain nombre succombent à des accès éclamptiques ou à une atteinte de méningite.

Enfin, selon M. Fournier, qui en a rapporté des exemples très frappants, beaucoup de ces enfants arriérés, imbéciles ou idiots, sont des produits de l'hérédité syphilitique.

Dans un cas emprunté à M. Tarnier, l'idiotie aurait été la seule manifestation de l'hérédité syphilitique. Elle s'est présentée associée à l'épilepsie et à la microcéphalie dans un cas de M. Lancereaux. L'hydrocéphalie a été observée aussi dans ces conditions. On peut ajouter encore, à cette énumération de dégénérescences attribuables à la syphilis, des arrêts de développement de l'individu tout entier ou des arrêts partiels associés avec quelques-unes de ces diverses dégradations physiques et morales.

Un sujet que M. Blaise ne pouvait négliger, est celui des rapports de la syphilis des parents avec le rachitisme, la scrofule et la tuberculose des enfants, rapports depuis très longtemps discutés, très diversement appréciés encore aujourd'hui et qui attendent une solution définitive. Nous ne pourrons suivre ici l'auteur dans la discussion qu'il engage sur certains points. Nous nous bornerons à indiquer les jugements très réservés qu'il a portés sur chacun d'eux.

Sur la question des rapports de la syphilis avec le rachitisme, M. Blaise, tout en reconnaissant une relation pathogénique, ne va pas jusqu'à admettre, avec M. Parrot, une

relation absolue de cause à effet, telle que le rachitisme serait une lésion spécifique. Ce qui lui semble plus près de la vérité, c'est que la syphilis peut être une des conditions pathogéniques du rachitisme, au même titre que quelques-unes des autres causes de détérioration organique auxquelles on l'a depuis longtemps attribué, et au premier rang desquelles nous plaçons les mauvaises conditions d'alimentation.

Pour les rapports de la syphilis et de la scrofule dont on a fait, dans ces derniers temps, de par l'anatomie pathologique, des lésions identiques, M. Blaise est d'avis que la similitude des lésions n'implique pas la similitude des maladies. Mais, en refusant de les fondre l'une dans l'autre, il n'en reconnaît pas moins une influence manifeste de la syphilis sur la scrofule.

Quant à la tuberculose dans la phase nouvelle d'étude où la recherche des microbes générateurs place la question, tout ce qu'il était possible d'admettre, et c'est tout ce qu'admet notre confrère, c'est l'état de débilité native de l'enfant né de parents syphilitiques, qui le constitue à l'état de terrain favorable à l'évolution ultérieure de l'affection tuberculeuse.

La conséquence pratique importante qui ressort de tout ce qui précède, c'est la formule des moyens prophylactiques et thérapeutiques applicables à l'hérédité syphilitique et à ses diverses formes. M. Blaise, à défaut d'une expérience personnelle suffisante, prend pour guide les préceptes formulés dans les ouvrages récents de MM. Diday et Langlebert et surtout dans le traité magistral de M. Fournier sur ce sujet. Nous ne pouvons que renvoyer à ce que nous en avons dit dans nos Revues cliniques des 3, 12 et 19 février 1881.

Les céphalalgies de croissance.

Sous le nom de céphalalgie de croissance, M. le docteur René Blache décrit, dans une petite brochure que nous avons sous les yeux, un état qui n'est certainement nouveau pour personne, que la plupart des médecins ont dû rencontrer plus ou moins souvent dans leur pratique, mais auquel ils ont donné sans doute, le plus souvent, la signification d'un symptôme; tandis que, pour notre distingué confrère, il constitue, dans quelques cas, un état morbide défini, une véritable maladie spéciale, et il faut ajouter « spéciale à l'adolescence ».

Voici quel est cet état et dans quelles circonstances M. R. Blache l'a plus particulièrement observé. Il s'agit d'une céphalalgie persistante, s'accompagnant de troubles variés du système nerveux et de la circulation, étourdissements plus ou moins passagers, parfois même envies de vomir, revenant tous les jours, pendant des mois entiers, non pas à la même heure, mais chaque fois que le sujet cherche à se livrer à un travail intellectuel d'une certaine continuité et exigeant une certaine dose d'attention.

C'est, en général, sur des sujets entre douze et dix-huit ans que M. Blache a rencontré ce genre de céphalalgie, qui se manifeste aussi bien chez les jeunes garçons que chez les jeunes filles, mais cependant plus fréquemment chez les premiers.

Le signe de ce mal de tête est généralement limité au front; quelquefois cependant il correspond à tout le cuir chevelu, depuis le vertex jusqu'à une ligne circulaire passant au niveau des orbites et des apophyses mastoïdes. Il n'est jamais unilatéral comme dans la vraie migraine.

En même temps, il survient des modifications dans le caractère; le sujet devient nerveux, irritable. L'inaptitude au travail est un des symptômes dominants de cet état, c'en est le caractère le plus constant et l'expression la plus uniforme.

Ici le praticien peut se trouver dans une situation très délicate, ayant à se défier, d'une part, d'une maladie simulée ou prétextée dans un but facile à comprendre, d'autant qu'il s'agit de symptômes presque tous subjectifs, ou bien à se défendre de tout soupçon de ce genre devant une affection trop réelle. Un peu d'attention et de sévérité dans la surveillance des jeunes gens qui accusent ces douleurs, la persistance de ces douleurs et leur résistance aux moyens de traitement usuels en pareil cas et aux remontrances, ne tardent pas à convaincre de la réalité du mal. Or la durée de ces maux de tête de croissance n'est pas de quelques jours ou de quelques semaines seulement, mais souvent de plusieurs mois et même de plusieurs années. On comprendrait difficilement la simulation dans ces conditions. Cette inaptitude au travail intellectuel, loin d'être toujours plus ou moins exploitée au profit de la paresse et de l'amour du jeu, devient souvent, au contraire, pour les jeunes gens qui en sont affectés, un véritable sujet de chagrin.

« J'ai été trop souvent témoin, dit M. Blache, du chagrin qu'éprouvent ces jeunes malades de ne pouvoir « rien « faire comme les autres », pour douter un instant du malaise qu'ils ressentaient. »

A côté de ces céphalalgies qui ne se manifestent que passagèrement, sous l'influence d'un effort de travail qui dépasse les forces de l'écolier, et qui sont en quelque sorte la forme bénigne, la plus commune de cette affection, M. R. Blache place une série de cas où la céphalalgie, au lieu de ne se manifester que passagèrement, est continue et subit des exacerbations lors de tout essai de contention d'esprit. Les faits de ce genre paraissent se rattacher surtout à des conditions d'hérédité diathésique. Parmi les observations rapportées dans ce travail, on voit des jeunes gens issus de parents arthritiques ou névropathes. En voici un exemple, qui est remarquable en même temps par la persistance des maux de tête.

Un jeune garçon de douze ans, de bonne santé habituelle, mais issu de parents arthritiques, se plaint de maux de tête persistants qui produisent des vertiges et des étourdissements pour peu qu'il s'applique au travail. Le caractère de l'enfant devint nerveux, irritable, et dès qu'il se mettait simplement à lire, il éprouvait de violentes douleurs de tête. Un séjour dans les montagnes et surtout l'absence de tout travail calmèrent momentanément la céphalalgie; mais à peine de retour à Paris, tous les malaises reparurent. Cette fois, même entendre lire le fatiguait, et si l'on essayait d'appliquer son attention pendant un quart d'heure, il était obligé de se mettre au lit souvent sans dîner. Dans le jour, il était agacé, nerveux, ne sachant à quoi s'occuper; les jeux nécessitant la moindre attention provoquaient une augmentation de douleur. Un premier essai d'hydrothérapie pendant six semaines n'amena aucun résultat. Au retour du printemps, un nouveau séjour dans les montagnes diminua d'abord les maux de tête, qui revenaient peut-être moins fréquemment, mais qui se montraient toujours sous les influences les plus diverses. Pendant ce temps, la croissance de l'enfant se faisait d'une façon rapide. L'année suivante, sous l'influence d'un traitement hydrothérapique

répété deux fois par jour, un soulagement marqué a été obtenu et a permis de reprendre deux heures de travail par jour en trois ou quatre séances. En même temps, comme il existait un degré très marqué d'hypermétropie, des lunettes appropriées furent conseillées et le travail devint plus facile, mais la disparition entière des maux de tête n'est obtenue que depuis la terminaison de la croissance.

Cette circonstance de la coexistence d'une hypermétropie chez ce jeune homme a été une occasion d'étudier la question des troubles de la vue liés aux différentes formes de céphalalgie. M. Maurice Perrin, consulté sur ce sujet, a exprimé l'opinion que la plupart des sujets atteints de ces céphalalgies étaient des hypermétropes ou des astigmates et que ces douleurs devaient être attribuées surtout, sinon exclusivement, aux efforts d'accommodation. M. R. Blache, tout en admettant le concours possible des troubles de la vision dans l'état qu'il a décrit, a pu se convaincre par une série d'observations, dans lesquelles l'élément oculaire a été traité sans succès, l'usage des verres appropriés aux besoins de la vision n'ayant point fait disparaître la céphalalgie, que celle-ci était indépendante de l'état de l'œil. Il reste donc évident pour lui que, dans les cas auxquels il fait allusion, la céphalalgie reconnaît encore une autre cause, cause complexe, où la croissance, le tempérament et plus particulièrement l'individualité, avec ses origines arthritiques ou névropathiques, joue un rôle prédominant qu'il importait de bien déterminer.

En résumé, M. R. Blache n'hésite pas à considérer cette céphalalgie de l'adolescence comme une véritable entité morbide, se rencontrant chez les garçons ou les filles de douze à dix-huit ans, persistant avec des formes variées pendant toute ou partie de la période scolaire, se reproduisant surtout sous l'influence des efforts de l'intelligence et se trouvant toujours augmentée par le travail.

La vie active et au grand air, l'usage de verres appropriés s'il existe des troubles de la vue, et, par-dessus tout, la cessation absolue de tout travail intellectuel pendant un temps prolongé, ont été, avec l'hydrothérapie, les seuls moyens qui lui ont paru soulager et parfois même faire disparaître ces douleurs de tête si pénibles, entravant souvent l'existence des adolescents qui en étaient atteints.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mai 1883. — Présidence de M. Guéniot.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INFLUENCE DU TRAUMATISME SUR LES ÉTATS PATHOLOGIQUES ANTÉRIEURS.

M. VERNEUIL continue l'argumentation qu'il a commencée dans la dernière séance (voy. *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 12 mai 1883). Il veut montrer aujourd'hui l'influence du traumatisme sur les affections hépatiques et sur les affections rénales. Cette influence est ici plus difficile à saisir en raison de la marche latente, de la symptomatologie souvent obscure des affections hépatiques. Il cite cependant plusieurs cas où elle a été bien manifeste. Il reviendra plus loin sur ce sujet.

Quant aux affections rénales, les exemples de l'influence du traumatisme sur elles sont innombrables. C'est par le rein sénile que meurent beaucoup de vieillards ayant une fracture du fémur; c'est également par le rein que meurent beaucoup de femmes opérées de fistules vésico-vaginales ou d'épithéliomas du col utérin; on connaît les exemples d'albuminuries se développant chez des individus accidentellement blessés ou opérés. On sait combien il est fréquent de voir des malades, ayant subi la kélotomie, succomber à des accidents rénaux. M. Malécourt, interne des hôpitaux, a rapporté l'observation d'un homme de soixante ans, opéré de fistule anale, et qui a succombé moins de vingt-quatre heures après l'opération. A l'autopsie on a trouvé tous les caractères d'une néphrite interstitielle. M. Ollier a cité l'observation d'un malade auquel il a pratiqué une résection du genou et qui a succombé quarante-huit heures après l'opération. A l'autopsie, on a trouvé tous les caractères du rein blanc. Enfin M. Verneuil cite l'exemple d'un jardinier atteint d'étranglement herniaire, qui depuis quelque temps urinait mal, et auquel il pratiqua une kélotomie; l'opération et ses suites furent des plus simples; au quatrième jour il fut pris de vomissements, d'un état comateux, les urines devinrent rares, il y eut de la diarrhée et des douleurs rénales; au huitième jour il succombait dans le coma. Il n'y eut pas d'autopsie, mais la cause de la mort était ici bien évidemment l'affection rénale, réveillée par le traumatisme. M. Verneuil pourrait multiplier ces exemples à l'infini; on sait, en effet, qu'un grand nombre de morts, en chirurgie, sont dues à l'état des reins. Il se croit donc en droit de tirer de tous ces faits cette conclusion générale que le traumatisme aggrave toutes les propathies. C'est un fait qu'il se contente de signaler et dont, dans bien des cas, il ne saurait donner aucune explication. Il ne saurait, par exemple, expliquer comment une fracture du péroné ranime une affection palustre éteinte depuis dix ans, comment une simple fracture réveille un cancer du foie méconnu et qui entraîne en quelques jours la mort du malade, etc., etc.

M. Trélat, ajoute M. Verneuil, a été un peu sévère pour mes observations; reprenant chacune de ces observations, M. Verneuil soutient de nouveau les opinions qu'il a déjà émises; ainsi, dans le premier cas : écrasement du pied nécessitant une amputation de la jambe chez un sujet diabétique, mort quarante heures après l'opération par le fait de complications ultimes du diabète; M. Verneuil maintient cette opinion que c'est bien à ces complications diabétiques et non à des complications opératoires qu'a succombé ce malade. Dans le second cas : dyspepsie ancienne d'origine hépatique, réveillée par une kélotomie, mort vingt-six jours après l'opération. Il rappelle également l'observation de M. Berger et cherche à démontrer de nouveau que, dans ce cas, c'est bien aux complications hépatiques et non aux complications opératoires qu'est due la mort survenue soixante-quinze jours après l'opération. Cette dernière observation montre à la fois l'influence du traumatisme sur la propathie et l'influence de la propathie sur le traumatisme.

Quoi qu'il en soit, M. Verneuil constate que M. Trélat accepte ses conclusions et partage, en somme, sa manière de voir relativement aux principes qu'il a cherché à faire connaître.

M. Verneuil ne répondra qu'un mot à M. Després dont l'argumentation, comme toujours, se résume à ceci : Il y a trois dieux en chirurgie, Boyer, Dupuytren, Velpeau, et un seul prophète, M. Després. En dehors de cela, plus rien. J'espère, ajoute M. Verneuil, que quand je serai mort, M. Després lira mes travaux et me rendra justice.

M. Verneuil n'a que des remerciements à adresser à MM. Berger et Richelot. L'observation de M. Richelot est des plus intéressantes et si elle donne tort à M. Verneuil au point de vue du pronostic opératoire chez un malade à la fois diabétique, paludique et alcoolique, elle lui donne raison relativement à l'importance qu'il a toujours attachée au traitement préparatoire en pareil cas. M. Richelot a temporisé avec sagesse et l'opportunité avec laquelle il a donné, dans ce cas, le sulfate de quinine et prescrit un traitement anti-diabétique, est bien certainement pour beaucoup dans la bénignité du pronostic de l'opération qu'il a dû pratiquer chez ce malade.

M. DESPRÉS. Un mot à M. Richelot. M. Richelot a dit : Il faut que la théorie de M. Verneuil soit vraie, puisqu'elle a été adoptée même par M. Després; il aurait pu dire, même par les grands chirurgiens morts depuis longtemps.

M. Verneuil vient de répondre à mon argumentation par quelques phrases amères; sans discuter mes arguments, il les a pris avec quelque hauteur. Je répondrai sans aigreur. Mes souvenirs de collège me rappellent quelques vers qui peignent une situation analogue. Un premier ministre du roi de Perse, objet d'adulation de tous, ne pouvait souffrir la résistance d'un homme. Un confident, Hydaspe, — M. Richelot m'entend, — a beau dire :

Eh! seigneur, d'une si belle vie
Un si faible ennemi peut-il troubler la paix ?

Aman s'indigne et dit :

Lorsque d'un respect saint tous les Persans touchés
N'osent lever leurs fronts à la terre attachés,
Lui, fièrement assis, et la tête immobile,
Traite tous ces honneurs d'impiété servile,
Présente à mes regards un front séditieux,
Et ne daignerait pas au moins baisser les yeux!

Racine, cet admirable poète des passions humaines, avait bien vu que les hommes qui ont de grosses places ne supportent pas la contradiction et que les éloges qu'ils recherchent le plus sont ceux qui les fuient et non ceux qui les suivent.

Mais revenons au fait. Je ne suis pas le prophète des grands chirurgiens morts, mais j'ai gardé la mémoire de ce qu'ils ont fait et je ne laisse pas dater la science à partir des modernes seulement. L'influence des diathèses sur les traumatismes et les inflammations, et réciproquement, est une doctrine française ancienne; c'est un patrimoine médical et chirurgical de la France qui n'appartient pas à M. Verneuil, ce serait une injustice d'en dépouiller ses devanciers, et voilà pourquoi j'ai parlé.

M. VERNEUIL fait observer que si justice est rendue à nos prédécesseurs, c'est précisément par lui et ses élèves, puisqu'il travaille en ce moment à l'historique de la question. Il est dur, ajoute-t-il, à soixante ans, après une vie toute de travail, d'être traité de plagiaire ou d'ignorant.

M. DESPRÉS se défend d'avoir jamais accusé M. Verneuil de plagiat. Il a simplement voulu montrer que les idées défendues aujourd'hui par M. Verneuil, qu'il considère comme un vulgarisateur accompli, se trouvent émises dans les maîtres qu'il a cités.

M. POLAILLON, à l'appui de l'opinion soutenue par M. Verneuil, apporte un exemple de l'influence du traumatisme sur le développement de la méningite tuberculeuse. Il s'agit d'une femme de quarante ans, couturière, habituellement bien portante, dont le père est mort à soixante-dix ans de vieillesse, la mère en couches à trente-deux ans, ayant eu cinq frères ou sœurs dont une seule sœur survit, n'ayant eu dans l'enfance, comme manifestation scrofuleuse, qu'un impétigo du cuir chevelu, ayant eu la scarlatine à vingt ans, réglée à seize ans, ayant eu sept enfants dont les deux derniers seuls ont survécu. Cette femme, en septembre 1882, se fit une entorse qui devint le point de départ d'une tuméfaction douloureuse de l'articulation tibio-tarsienne, tuméfaction qui va en augmentant, devient bientôt fluctuante; ouverture au niveau du point fluctuant, pansement à l'iodoforme; formation de fongosités; prolongation de la première incision; raclage et évidement de la partie antérieure du calcanéum, drain, pansement de Lister; suites opératoires simples; symptômes de méningite; mort en quelques jours. A l'autopsie, méningite tuberculeuse, tubercules dans le péritoine, dans les ganglions mésentériques, etc. En somme, le traumatisme, dans ce cas, a été l'occasion de l'explosion d'une tuberculose généralisée.

Malgré ce fait, M. Polaillon ne partage pas l'opinion de M. Berger sur l'influence fâcheuse du traumatisme sur la tuberculose. Relativement à la tuberculose, le traumatisme a trois effets : aggravation, effet négatif, effet très avantageux. M. Polaillon cite, en effet, plusieurs cas dans lesquels l'ablation, par exemple, d'un testicule tuberculeux a notablement amélioré l'état général et enrayé les phénomènes pulmonaires.

M. PÉRIER cite l'exemple d'un malade atteint d'arthrite coxofémorale avec le membre dans une mauvaise situation, malade qu'il soumit au chloroforme pour redresser son membre. Après l'opération, dyspnée allant en augmentant; mort quinze jours après. A l'autopsie on trouve les poumons farcis de tubercules, et il s'agissait d'une tuberculose récente. M. Périer était disposé à incriminer, dans ce cas, le chloroforme : M. Verneuil y verrait un effet du traumatisme.

PRÉSENTATION

Ablation de l'astragale. — **M. BOYER** présente un jeune soldat de vingt-cinq ans, auquel il a enlevé l'astragale pour une ostéite tuberculeuse non suppurée. Les résultats ont été aussi satisfaisants que possible. Ce malade fait plusieurs kilomètres sans fatigue et avec un pied qui était destiné à être amputé. (Comm. M. Chauvel.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des épidémies qui régnèrent à Rochefort en 1694 (1), par M. le docteur Henri Bourru.

M. le docteur Bourru est professeur d'hygiène et de pathologie exotique à l'École de médecine navale de Rochefort.

Chargé de prononcer le discours de rentrée de l'École, notre distingué confrère a détaché de ses études un très intéressant chapitre d'histoire médicale. Il s'agit des maladies épidémiques qui désolèrent en 1694 la ville naissante de Rochefort.

Chirac était professeur à la Faculté de Montpellier, lorsqu'en 1693 l'armée du duc de Noailles, en Catalogne, fut décimée par la dysentérie. Chirac y fut envoyé, et si nous en croyons ses biographes, cette armée lui dut son salut.

Cette campagne donna une grande illustration au professeur de Montpellier, si bien que, l'année suivante, Bégon, l'administrateur habile et plein de sollicitude, le demanda à la cour pour secourir la ville de Rochefort que des maladies meurtrières menaçaient de dépeupler. Chirac arriva à la fin du mois de février au moment où Lecoq, le premier médecin de la marine, venait de succomber à la maladie régnante.

La rougeole et la petite vérole causaient une grande mortalité et durèrent jusqu'au 15 du mois d'avril.

A la rougeole et à la petite vérole succédèrent des fièvres subintrantes doubles tierces.

Après celles-ci, des fièvres malignes pourprées et non pourprées régnèrent à la fin du mois de juin.

Enfin cette espèce de fièvre devint pestilentielle le mois de juillet et le mois d'août suivants.

Tel est l'exposé rapide de Chirac lui-même.

Quelles étaient les cinq maladies dont parle Chirac ? Tel est le problème que M. le professeur Bourru a cherché à résoudre. Rien de plus intéressant que cette discussion que nous recommandons à tous ceux qu'intéresse l'histoire médicale.

Manuel de l'anatomiste (2), par MM. C. Morel et Mathias Duval.

En publiant ce manuel de l'anatomiste, M. Charles Morel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et M. Mathias Duval, un des plus brillants agrégés de la Faculté de médecine de Paris, ont eu pour but de donner, en même temps qu'un précis théorique d'anatomie descriptive, un guide pratique des travaux de dissection.

L'anatomie descriptive du corps humain est aujourd'hui une science faite, aussi sûre dans ses résultats que dans ses modes classiques d'exposition : les auteurs ont suivi les divisions et nomenclatures classiques, dont il y aurait danger à s'écarter, mais si l'étude des organes de l'adulte a aujourd'hui donné à peu près tout ce qu'on peut savoir sur les questions de rapports, de formes,

(1) In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, O. Doin.
(2) 1 vol. in-8°. Prix : 16 francs. — Paris, Asselin et Cie.

de connexions, il n'est pas moins évident que les données embryologiques peuvent singulièrement simplifier la conception de ces formes, connexions et rapports, en indiquant, pour ainsi dire, leur pourquoi, et précisant la vraie nature des parties : c'est ce que MM. Morel et Duval ont essayé de faire pour les centres nerveux, et notamment pour les cavités cérébrales ou ventricules. De plus, pour l'étude des articulations, ils ont cherché à simplifier la description des ligaments péri-articulaires en les rattachant à l'idée plus claire et plus vraie d'un manchon fibreux péri-articulaire.

Pour la partie technique, les développements tout particuliers qu'elle a reçus méritent d'être signalés.

Les auteurs ont donné d'abord avec soin toutes les indications techniques générales, insistant particulièrement sur les procédés de conservation des sujets de dissection.

Puis, à propos de l'étude de chaque organe ou de chaque groupe d'organes, on trouve l'indication des procédés d'étude extemporanée et des modes de confection des pièces conservées (pièces sèches et autres). Pensant que l'élève doit d'abord prendre une notion suffisante des parties, avant de les préparer, les auteurs ont employé, pour les paragraphes dits de préparation, le même texte que pour ceux dits de description, voulant marquer ainsi que l'importance des premiers ne doit pas être considérée comme moindre que celle des seconds.

Certaines parties sont imprimées en caractères plus petits. Cette disposition typographique a eu pour cause déterminante la moindre importance relative, ou la nature différente des questions traitées. Les paragraphes en question ne sont plus de ceux que l'élève lit au moment même où il tient le scalpel, pour s'éclairer sur les parties qu'il découvre, mais de ceux qu'il peut étudier, comme renseignements complémentaires, aussi bien à distance qu'auprès de la pièce préparée. Telles sont les courtes indications sur les fonctions des muscles ou des nerfs ; tel est le rappel, fait après la description d'un organe, des ramifications nerveuses et vasculaires qu'il reçoit, — ramifications qui ont été décrites avec détails dans les parties spéciales à la névrologie et à l'angéiologie —; telles sont encore les quelques indications données sur la composition des organes.

Ajoutons enfin que MM. Morel et Duval ont décrit les vaisseaux veineux, en allant des gros troncs vers les petits, d'après le même système que pour les artères. Ils considèrent ce qu'on nomme les branches afférentes d'une grosse veine, comme des rameaux collatéraux ou terminaux de cette veine. Ils se placent ainsi à un point de vue purement anatomique et non physiologique, absolument du reste comme font tous les auteurs pour les nerfs sensitifs ou centripètes, qu'on décrit en suivant, comme pour les nerfs moteurs ou centrifuges, leurs divisions dichotomiques vers la périphérie, au lieu de les considérer comme des filets convergents vers les centres nerveux.

Le Manuel de l'anatomiste, véritable livre d'amphithéâtre, mérite de prendre place parmi nos meilleurs classiques.

Manuel de conchyliologie (1), par M. le docteur Paul Fischer.

Le V[e] fascicule du *Manuel de conchyliologie* nous retrace l'histoire des ptéropodes et commence celle des gastropodes.

M. Fischer propose pour cette classe importante les divisions suivantes : Les gastropoda se divisent en deux sous-classes : I. Univalvia. II. Multivalvia.

Les univalvia sont androgyna ou dioïca. — Les androgyna comprennent deux ordres : I. Pulmonata : II. Opisthobranchiata.

Les dioïca sont heteropoda ou platypoda : les premiers comprennent l'ordre des nucleobranchiata ; le second, celui des prosobranchiata. Enfin les multivalvia comprennent l'ordre des polyplacophora.

M. Fischer considère comme fondamentale la distinction des univalves et multivalves : les uns ont une coquille unique, soit à l'état adulte, soit à l'état embryonnaire ; les autres ont un test formé de lames calcaires articulées.

(1) Un fort vol. in-8 avec atlas. Prix : 24 francs. — Paris, F. Savy.

Le fascicule que nous analysons nous fait connaître les trois premiers sous-ordres des pulmonata, et ici il n'est pas inutile de faire remarquer que, sous ce nom, M. Fischer rétablit cet ordre, comme l'entendait Cuvier, c'est-à-dire restreint aux gastropodes terrestres androgynes, rapprochant de ses pectinibranches les pulmonés operculés dioïques.

Quand on pense que le premier sous-ordre des pulmonata, les géophiles, renferme la majeure partie des mollusques terrestres, on comprendra tout l'intérêt de ce fascicule.

Ajoutons que l'éditeur a fait aux souscripteurs la surprise de joindre au V[e] fascicule l'atlas des planches du Woodward, tirées en in-8° : ce qui ajoute encore au bon air de ces excellentes illustrations qui nous donnent 600 figures.

Premières notions de géologie (1), par Ch. Velain.

M. Ch. Velain est docteur ès sciences et maître de conférences de géologie à la Faculté des sciences de Paris. Connu par de très estimables travaux, il a été attaché à l'expédition de Vénus, en 1874. Ce vrai savant a su, au milieu de ses travaux, trouver le temps d'écrire l'excellent petit traité dont nous avons reproduit le titre en tête de cet article. Il est impossible d'écrire avec plus de simplicité un livre plus savant.

L'auteur a divisé son œuvre en six parties : I. Les pierres. — II. La terre végétale. — III. Les eaux. — IV. Les terrains de sédiment. — V. Les terrains ignés. — VI. Les carrières et les mines.

Chacune de ces parties répond à une des divisions du programme officiel de la classe de septième. Heureux sont nos enfants pour lesquels on écrit des livres si clairs et si pratiques !

M. Velain, avec sa parfaite connaissance des besoins de l'enseignement, a compris qu'il fallait non seulement être de la plus grande clarté, mais qu'il fallait encore parler le plus souvent aux yeux de l'élève : aussi 142 figures illustrent les 208 pages du volume.

Il nous paraît difficile qu'après avoir lu ce livre, on ne possède une idée très nette des éléments de la géologie et qu'on ne désire vivement entrer plus avant dans son étude. C'est là le but que s'est proposé l'auteur et ce sera sa juste récompense d'être arrivé à ce résultat.

Éléments de médecine pratique (2), par M. le docteur C.-F. Kunze, traduit d'après la deuxième édition allemande, par J. Knoeri.

Le but de ce manuel est essentiellement pratique. L'auteur a cherché à présenter sous une forme concise les principes fondamentaux de la pathologie et de la thérapeutique, et à donner un aperçu général de l'état actuel de la médecine pratique. Malgré l'exiguïté de l'ouvrage, il s'est attaché à indiquer aussi largement que possible les traitements des maladies, et a réuni, pour faciliter les recherches, les différentes formules à la fin du volume.

Les Joyeusetés de la médecine (3), par M. le docteur Witkowski.

L'auteur des *Anecdotes médicales* a été mis de belle humeur par son succès. Il vient nous présenter un nouveau recueil d'anecdotes, de pensées, de chansons et d'épigrammes. Il orne ce petit livre de deux charmantes eaux-fortes, *l'Amour blessé* et *l'Amour guéri;* ces deux perles du musée de l'hôpital de la Charité. On serait peut-être tenté de demander à l'auteur un peu plus de délicatesse dans le choix de ses joyeusetés ; mais son Hippocrate rit de si bon cœur et puis la critique a-t-elle prise sur ce genre de publication. Il nous semble entendre l'auteur nous répondre :

Maistre Guillaume rien ne désire
Si non que de vous faire rire.
Ris donc en le lisant.
Et si quelque resveur se fasche,
Qu'il lui soit arraché le poil de la moustache.

Sauvons donc notre moustache !

(1) 1 vol. in-18. Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Savy.
(2) 1 vol. in-12. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, Germer Baillière et C[ie].
(3) 1 vol. in-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Marpon et Flammarion.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

163. Mme Waite. Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire. — 164. M. Knoll. Des affections charbonneuses de nature bactéridienne et de leur traitement. — 165. M. Girat. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du chlorhydrate de kairine. — 166. M. Goyon. Note médicale sur une expédition en Nouvelle-Irlande (Océanie), et contribution à l'étude des fièvres paludéennes. — 167. M. Esclangon. La fièvre jaune à bord du *Jaguar*. Sénégal, juillet-août-septembre 1881. — 168. M. Poter. Contribution à l'étude de la conjonctivite diphtéritique. — 169. M. Rouvier. Des altérations professionnelles des ouvriers gantiers et palissonneurs envisagées au point de vue de l'intensité. — 170. M. Goudot. Étude sur la goutte saturnine. — 171. M. Lhirondel. Quelques points d'étiologie de la maladie de Parkinson. — 172. M. Boniteux. De la chute des ongles, de la chute et des douleurs névralgiques dans l'ataxie locomotrice et dans le diabète. — 173. M. Besson. De la mort subite dans certaines affections tuberculeuses. — 174. M. Jacquemin. De l'élongation nerveuse dans l'ataxie et les affections médullaires. — 175. M. Barbarin. Hygiène de la nouvelle accouchée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté préfectoral, en date du 9 mai 1883, M. Théry est nommé membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du IXe arrondissement de Paris, en remplacement de M. Bourdais, démissionnaire.

— Par arrêté préfectoral, en date du 16 mai 1883, M. le docteur Chénet est nommé membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du XXe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Guillier, démissionnaire.

— M. le docteur Worms est nommé membre du comité des bâtiments scolaires.

— *École de médecine de Rouen*. — M. Rossignon est nommé secrétaire de l'École, en remplacement de M. Pétel, démissionnaire.

— MM. Chevalier, médecin de première classe de la marine, et Marianelli, aide-médecin de la marine, viennent de donner leur démission.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bonnefous, ex-interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin en chef de l'asile de Leyme. Reçu interne en 1841, il avait exercé pendant quelque temps la médecine à Figeac, sa ville natale, puis s'était consacré pendant vingt ans aux soins des aliénés du département du Lot. En retraite depuis trois ans, ce regretté confrère vient de succomber, à la suite d'une longue et douloureuse maladie, au moment où il aurait pu goûter le repos si bien mérité par une vie pleine de dévouement.

— La huitième commission du Conseil municipal de Paris a été saisie d'une pétition de Mme Richault, demandant le maintien, en faveur de la crèche de Clignancourt et des Grandes-Carrières, de la subvention de 3,000 francs précédemment accordée à cet établissement.

M. Bourneville, rapporteur, a visité la crèche qui donne asile à vingt-huit enfants, et il tient à dire qu'elle remplit toutes les conditions voulues de propreté et de salubrité. Il propose, en conséquence, d'accorder à la crèche de Clignancourt une allocation de 3,000 francs. — Adopté.

— L'Université de Londres a conféré le 9 mai 1883, pour la première fois, des diplômes de médecins chirurgiens à deux dames, dont l'une est déjà nommée inspectrice médicale des employés des postes et télégraphes, tandis que l'autre part pour les Indes où elle soignera les indigènes.

— M. le docteur Horteloup commencera des conférences sur les maladies vénériennes et syphilitiques, à l'hôpital du Midi, le dimanche 20 mai à neuf heures et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. — A neuf heures, visite des malades. — A neuf heures et demie, conférence et opérations.

— M. le docteur Terrillon commencera ses leçons cliniques sur les affections chirurgicales et les tumeurs de l'abdomen, à la Salpêtrière, le samedi 26 mai, à dix heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure. — A neuf heures, examen des malades.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de l'herpétisme, par le docteur Lancereaux, professeur agrégé, etc. 1 vol. in-8° avec 19 figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Valeur diagnostique et pronostique des rapports du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde, par le docteur Malherbe. 1 vol. in-8° avec 29 planches dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde, par le docteur Hutinel, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la scrofule dans ses rapports avec la phtisie pulmonaire, par le docteur Quinquaud, médecin des hôpitaux, etc. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré, par le docteur Dreyfous. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Du traitement de la péritonite aiguë, par le docteur Debranel. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée, par le docteur Ramonède. In-8° avec 2 planches. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des accidents pernicieux d'origine palustre, par le docteur Bard, médecin des hôpitaux de Lyon. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Paralysies toxiques et syphilis cérébrale, par le docteur Lancereaux, et recueillies par le docteur Dautier. In-8° avec 14 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la fièvre typhoïde à forme rénale, par le docteur Didion. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De l'anesthésie par le protoxyde d'azote avec ou sans tension, suivie d'une note sur la germination en présence du protoxyde d'azote sans pression, par le docteur Martin. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Traitement de la fièvre typhoïde, par le professeur Jaccoud. In-8° avec 12 figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14551.

N° 58. — MARDI 22 MAI 1883. 56e ANNÉE. MARDI 22 MAI 1883. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital du Midi. Phagédénisme syphilitique. — Clinique des départements. Du taxis progressif et prolongé dans le traitement des hernies. — Clinique des maladies de la bouche. Des anomalies de l'éruption des dents chez l'homme. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Phagédénisme syphilitique (1).

VII

La plupart du temps le diagnostic du phagédénisme ne présente aucune difficulté. Il saute aux yeux et se montre avec une telle évidence qu'il faudrait être bien peu expérimenté pour commettre une erreur. Ce n'est pas à dire que la lésion offre alors des caractères si frappants qu'on ne la pourrait méconnaître ; mais elle aurait beau se montrer avec une physionomie équivoque et s'éloigner même du type ordinaire des lésions syphilitiques frappées de phagédénisme, l'affirmation s'impose. Comment n'en serait-il pas ainsi quand le malade a, dans son passé, toute une série d'affections cutanées ou muqueuses émanant de la même source diathésique ? Ne sont-elles pas comme les anneaux d'une chaîne morbide reliant la lésion actuelle à un accident primitif, dont le souvenir ne s'est point effacé et qui, probablement, a laissé sur les organes génitaux ou ailleurs une cicatrice indélébile, car ce chancre était sans doute ulcéreux, puisqu'il existe une sorte de solidarité entre la nature de la néoplasie initiale et les manifestations ultérieures. Et puis, ce phagédénisme n'est pas isolé. En même temps que lui se sont montrées d'autres lésions, peut-être plus accentuées, telles que des gommes, des périostoses, des exostoses, etc. D'autres, plus jeunes, naissent sous nos yeux, portant tous les signes pathognomoniques de leur origine constitutionnelle. Nous sommes entourés de moyens d'informations, et nous n'avons qu'à regarder et à interroger pour retrouver partout les manifestations de la syphilis et la reconstruire dans son ensemble et son unité. Voilà comment les choses se présentent dans la pratique courante. Ne vous y fiez pas trop cependant ; maintes fois on se heurte à des difficultés presque insurmontables. Le fait suivant vous en donnera une idée:

Un jeune homme d'une trentaine d'années vint me consulter deux ou trois mois avant son mariage, pour une lésion qui lui rongeait le méat et qui datait de quinze jours ou trois semaines environ. Il arrivait de Trouville et supposait que c'était un chancre mou qu'il avait contracté un soir, sur la plage, avec une femme plus que suspecte. Je fus frappé de la régularité de l'ulcération. Elle formait un véritable entonnoir à parois finement grenues, mais non déchiquetées ni labourées d'anfractuosités. Sa sécrétion était séro-purulente et très copieuse ; intégrité parfaite des ganglions inguinaux. La perte de substance, s'agrandissant tous les jours, était bien phagédénique. Restait à savoir quelle en était la nature. La physionomie ne ressemblait pas à celle d'un chancre simple. Je le fis remarquer au malade et je lui demandai s'il n'avait pas eu autrefois la syphilis. Il me répondit qu'il en avait été atteint dix ans auparavant, mais qu'elle avait été fort légère et n'avait duré qu'une vingtaine de mois, et que depuis lors aucune manifestation n'était survenue. J'étais dans un grand embarras. Une inoculation m'en aurait tiré, mais je n'osais pas la faire parce que j'en craignais les suites. J'agis alors suivant mon inspiration, c'est-à-dire dans l'hypothèse que l'affection était un phagédénisme tertiaire plutôt que chancrelleux, et j'instituai un traitement spécifique mixte ; en même temps, je fis des cautérisations au crayon tous les deux ou trois jours et des pansements avec une solution d'hydrate de chloral. — Une amélioration très notable ne tarda pas à se déclarer et, au bout de quinze à vingt jours, la guérison était complète. La perte de substance ne fut pas considérable ; après la cicatrisation, elle se réduisit à une cavité pouvant loger un gros pois, creusée régulièrement au pourtour de l'orifice urétral qui s'ouvrait dans le fond. Les deux lèvres du méat avaient été complètement détruites. Santé parfaite. Aucune manifestation syphilitique et rien depuis. Le mariage ne fut point différé, et il a été fort heureux. Mon malade ne pense plus à cette plage de Trouville qu'il maudissait tant de fois pendant que je le soignais. Il a trois enfants d'une santé magnifique.

Voilà un cas de phagédénisme bénin, quoique assez mal placé, surtout à la veille d'un mariage. Eh bien, êtes-vous plus avancés que moi sur la nature de la lésion ? Était-ce un chancre mou ? Était-ce une de ces lésions syphilitiques tardives des organes génito-urinaires, que connaissent encore si mal les médecins peu versés dans l'étude des maladies vénériennes? Pour moi, ce phagédénisme était syphilitique. Mais j'en avais alors et j'en ai encore le sentiment plutôt que la conviction, car il n'y a aucune preuve clinique ou expérimentale absolue. Je ne pourrais invoquer que l'influence heureuse du traitement spécifique ; mais peut-être la médication locale a-t-elle eu aussi une bonne part dans une guérison impérieusement exigée par les circonstances. Je crois, cependant, que les chancres simples du méat, s'ils étaient compliqués de phagédénisme, seraient moins malléables et plus difficiles à amener à résipiscence.

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 mai 1883.

De toutes les régions du corps, celle de l'aine est peut-être la plus apte à subir l'action phagédénique et à en favoriser le développement dans toute sa plénitude. Aussi le phagédénisme chancrelleux y est-il plus fréquent et plus grave que sur les organes génitaux eux-mêmes. Les déterminations de la syphilis tertiaire n'ont pas une affinité prononcée pour cette région. Cependant on y observe parfois des ulcérations qui ont leur point de départ soit dans la peau et l'hypoderme, soit dans les ganglions inguinaux. Or elles sont susceptibles, là comme ailleurs et peut-être plus qu'ailleurs, de devenir envahissantes dans tous les sens. Quand il en est ainsi, le diagnostic différentiel entre le phagédénisme syphilitique et le phagédénisme chancrelleux peut présenter de grandes difficultés, surtout lorsque les antécédents font défaut et qu'on n'a pas assisté aux premières phases de l'affection.

Aussi, dans certains cas, exceptionnels il est vrai, l'inoculation est le seul moyen de déterminer la nature du phagédénisme. Comme celui du chancre simple possède seul le signe pathognomonique de l'auto-inoculabilité, dès que ce signe se produira fortuitement, ou sera provoqué par l'expérimentation, il n'y aura plus aucun doute à avoir sur le caractère chancrelleux de l'ulcération. D'un autre côté, si l'auto-inoculation pratiquée suivant les règles est négative, on en conclura catégoriquement que la lésion n'a rien à démêler avec le chancre simple. Mais il ne faut pas que la certitude fournie par ce signe vous le fasse demander, sans des raisons sérieuses, à une pratique dont on a abusé autrefois et qui est loin d'être exempte de dangers, surtout quand il s'agit de phagédénisme chancrelleux. Une chancrelle d'inoculation provenant d'un chancre phagédénique peut en effet devenir phagédénique non pas quand il s'agit d'un autre individu, mais sur le malade lui-même. Vous ne vous déciderez donc à l'auto-inoculation que s'il y a une nécessité absolue, un intérêt pratique et majeur. Du reste, on peut, dans la grande majorité des cas, arriver au diagnostic par la clinique seule, ce qui est infiniment préférable. Ainsi, outre que le phagédénisme chancrelleux a son point de départ et son siège presque exclusifs sur les organes génitaux et la région inguinale, il se distingue par les caractères suivants : ses bords sont déchiquetés, taillés à pic, décollés, retroussés, épaissis et enflammés ; son fond est vermoulu, mamelonné, anfractueux ; sa coloration est d'un jaune sale, un peu clair ; sa base est œdémato-phlegmoneuse et sans induration circonscrite, etc. Sans doute il y a bien des cas où, à première vue, le phagédénisme syphilitique soit primitif, soit tertiaire se présente avec la même physionomie ; mais chacun de ses traits est moins accusé, sauf toutefois l'induration de la base dans la néoplasie primitive, etc. Je ne reviendrai pas sur ce que je vous ai dit à ce sujet dans mes leçons sur le chancre. Je vise ici principalement le phagédénisme tertiaire dans ses rapports avec le phagédénisme chancrelleux. Celui-ci est plus vif dans ses allures, d'une forme plus aiguë, plus serpigineuse, plus ambulante, d'une marche plus rapide ; il présente une aptitude plus grande aux complications de toute sorte, etc. Les antécédents et les coïncidences pathologiques sont d'un grand secours lorsque les caractères intrinsèques de la lésion ne sont pas suffisamment tranchés. Ajoutons que le siège est souvent d'une importance capitale et qu'il peut suffire à lui seul pour décider qu'une lésion est d'ordre tertiaire. L'empâtement tuberculo-gommeux de la peau et du tissu cellulaire qui entoure quelquefois les ulcérations syphilitiques tertiaires et leur sert de base, leur forme souvent cerclée et leur progression systématique suivant des lignes courbes, la concrescibilité de leur pus et les croûtes ostréacées qui en résultent, etc. ; toutes ces circonstances sont propres au phagédénisme tertiaire et ne se rencontrent point dans le phagédénisme chancrelleux. Celui-ci attaque quelquefois les ganglions lymphatiques, ce que ne fait jamais le phagédénisme tertiaire.

Dans la région génito-anale, il se produit chez la femme, et fort rarement chez l'homme, une lésion phagédénique d'une extrême gravité, qui présente la plus grande ressemblance avec le phagédénisme tertiaire : c'est l'*esthiomène*, ou scrofulose ulcéreuse, identique au lupus dévorant du visage. Comme le lupus, l'esthiomène ulcère, perfore, hypertrophie les tissus. Mais la syphilose ne fait-elle pas de même ? Quels sont donc les caractères distinctifs de l'esthiomène et des syphiloses phagédéniques génito-anales ? Contours plus ansiformes (Huguier) que dans les ulcérations syphilitiques, c'est-à-dire plus irréguliers et plus sinueux, moins taillés à pic et plus inclinés vers le centre ; fond moins accidenté, plus uniforme et plus rouge ; sécrétion moindre et plutôt sanieuse que purulente ; absence de lambeaux décollés et escarrifiés ; en certains cas, petites tumeurs pisiformes, verruqueuses, végétantes autour de la lésion ou sur la lésion elle-même ; boursouflement mollasse avec teinte violacée des téguments périphériques ; marche très lente, dont les progrès ne deviennent sensibles qu'au bout de plusieurs mois ; siège exclusif sur la région génito-anale, sans irradiation sur l'abdomen ou les aines, etc. : telles sont les principales particularités que présente l'esthiomène. Elles peuvent se rencontrer chez les femmes scrofuleuses atteintes de syphilose ulcéreuse des organes génitaux. Les deux phagédénismes, quand il y a coïncidence de deux maladies constitutionnelles sur le même sujet, confondent les nuances qui les séparent et sont extrêmement difficiles à distinguer. En pareil cas, c'est le traitement qui résout la question, quoique ce ne soit pas toujours, tant s'en faut, un criterium infaillible, car parfois les ulcérations phagédéniques tertiaires sont rebelles à l'iodure ou ne se laissent qu'imparfaitement et lentement modifier par lui, tandis que les scrofulides ne restent pas complètement indifférentes à son action. Mais c'est là l'exception et à tous les points de vue il est indiqué de donner l'iodure de potassium à haute dose dans le phagédénisme génito-anal, pour peu qu'on n'ait pas la certitude complète qu'il est scrofuleux.

Dans les leçons précédentes, j'ai établi à plusieurs reprises le diagnostic différentiel des ulcérations syphilitiques et des ulcérations cancroïdales ou cancéreuses. Je crois que les erreurs sont faciles à éviter et qu'on est assez averti pour se tenir sur ses gardes et administrer l'iodure de potassium dans les cas équivoques. C'est une question sur laquelle il serait superflu d'insister.

La face, la gorge et les fosses nasales sont avec les organes génitaux un terrain commun sur lequel la syphilis et la scrofule trouvent les conditions les plus favorables à leurs déterminations, surtout lorsqu'elles sont tardives, constitutionnelles et ulcéreuses. Le lupus de la face et des cavités pharyngo-nasales est un des types les plus communs du phagédénisme scrofuleux. Il présente dans sa marche, dans le caractère de ses ulcérations et dans les modifications que subissent les parties voisines, de grandes analogies avec l'esthiomène ano-génital. On se fondera sur les mêmes con-

sidérations pour le distinguer de la syphilose pharyngo-nasale. C'est une question sur laquelle je reviendrai quand je vous décrirai cette dernière syphilose.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Du taxis progressif et prolongé dans le traitement des hernies.

Par M. E. Sonrier, médecin principal en retraite.

La kélotomie est une opération si grave, surtout si elle n'est pas pratiquée dans les trente premières heures, que de tous côtés on a cherché à réduire, le plus tôt possible, les hernies, et surtout à les maintenir.

Pour remplir ce double but, on s'est ingénié à créer des procédés nouveaux, à inventer des appareils plus ou moins compliqués ; mais les meilleurs ne remplissent qu'imparfaitement les indications, et la richesse de cette thérapeutique chirurgicale ne prouve que trop la pauvreté des moyens, de manière qu'on en est réduit à revenir à l'antique bandage herniaire.

Nous avons cherché s'il ne serait pas possible, par le taxis progressif et prolongé bien au delà des limites classiques, de réduire les hernies engouées et même étranglées, et le succès ayant constamment couronné nos efforts dans plus de vingt hernies que nous avons eu à traiter, en dix ans, pour une seule kélotomie, nous n'hésitons pas à publier quelques-unes de nos observations les plus intéressantes :

1° G... (François), cinquante-huit ans, cultivateur à Vomécourt (Vosges). Hernie inguinale gauche depuis quinze ans, sortie depuis douze heures, grosse comme une pomme, dure, résistante, élastique et sonore par places. Entéro-épiplocèle ; tentatives infructueuses par le malade ; réduite avec difficultés en trente-cinq minutes en 1873.

2° M... (Pierre), soixante-quinze ans, vigneron à Poussay (Vosges). Hernie inguinale gauche depuis dix-sept ans, nous fait appeler pour faire rentrer cette tumeur sortie depuis six heures et qui résiste. Après trente minutes de taxis elle disparait.

3° G... (François), soixante-deux ans, déjà nommé, nous fait appeler en 1877 pour sa hernie reproduite depuis dix-huit heures, volumineuse comme le poing d'un adulte, bilobée, douloureuse, vomissements bilieux abondants, constipation, matité et sonorité répandues en différents points, corde épiploïque sentie sous la paroi abdominale, entéro-épiplocèle irréductible.

En présence d'une pareille complication, le taxis nous semble bien insuffisant, et l'opération immédiate, malgré tous ses dangers, nous apparaît encore comme l'unique ressource. Nous essayons toutefois quelques tentatives.

Voici du reste comment nous procédons, car le succès dépend plus du modus faciendi que de la pression elle-même.

Nous commençons par des manipulations lentes et progressives, à pétrir, à malaxer la tumeur, de manière à la rendre plus molle, à diminuer la congestion passive due à l'arrêt de la circulation veineuse, en un mot nous la rendons exsangue ; par cette première opération, nous l'avons préparée à réintégrer le domicile. Ce premier résultat obtenu, on exerce une pression continue d'abord, douce, puis plus active, les doigts disposés de manière à former un cône à sommet dirigé vers l'anneau, pour effiler en quelque sorte la hernie. Dans ces conditions, on sent bientôt qu'elle s'affaisse, qu'elle devient plus molle ; quelques gargouillements nous crient qu'il y a un commencement de détente ; peu après elle diminue encore, elle fuit, elle a disparu. Mais, chez notre patient, cet heureux résultat n'a été obtenu qu'après cinquante minutes. Il était temps d'en finir : épuisé, les mains engourdies, malgré l'aide que nous avons trouvé autour de nous, nous allions l'abandonner à une mort certaine, puisqu'il avait refusé l'opération que nous avions déjà proposée, préférant mourir que de se laisser ouvrir le ventre.

4° S..., cinquante ans, maçon à Puzieux (Vosges), nous appelle, le 6 novembre 1881, à dix heures du soir, pour hernie inguinale gauche, grosse comme le poing d'un adulte, molle, élastique, sonore par place, dure et mate dans d'autres. Entéro-épiplocèle. Taxis quinze minutes sans résultat ; mais elle se ramollit un peu, diminue de volume et rentre après trente minutes. Sortie depuis huit heures.

5° Henri, trente-cinq ans, menuisier à Pont-sur-Madon (Vosges). Appelé le 2 août 1882 pour hernie inguinale gauche depuis dix-sept heures, grosse et allongée comme une andouille de forte dimension, douloureuse, dure, mate, sonore et sourde à la fois. Entéro-épiplocèle. On ne sent pas la corde épiploïque ni le plateau.

Pendant la première demi-heure, le taxis n'a rien produit qu'un peu de ramollissement sans diminuer la tumeur. C'est un premier succès, un encouragement à persister plus tard. Volume moindre, mollesse, moins de tension ; enfin, après une heure vingt minutes, on la sent fuir et disparaître.

Péritonite à redouter. Les douleurs persistantes irradiées vers l'abdomen et vers la région anale avec ténesme ; les selles sanguinolentes nous disent assez combien le traumatisme a été violent et combien nos appréhensions étaient fondées. Heureusement rien n'est survenu, et deux jours après il a pu reprendre son travail.

6° S..., cinquante et un ans, maçon à Puzieux, récidive. Hernie inguinale gauche, reproduite le 9 novembre 1882, en allant à la selle, grosse comme la tête d'un fœtus à terme ; trois heures après sa sortie, dure, mate, avec corde épiploïque tendue ; entéro-épiplocèle. En présence de cette monstruosité, on se demande comment on pourra la faire repasser par une filière aussi étroite. Le taxis est pratiqué selon les règles indiquées ; un quart d'heure après, elle semble déjà moins dure et peut-être moins volumineuse. Après une demi-heure elle est plus petite encore, plus molle ; quelques gargouillements de bon augure nous encouragent à persister. Nous sommes épuisé, les mains engourdies, la compression est continuée. Après dix minutes de repos, nous recommençons. La tumeur est moins congestionnée ; enfin, après une heure cinq minutes, à notre grande satisfaction, elle disparaît. Aucun accident consécutif à signaler.

De ces observations découle un enseignement pratique qui ne doit pas être perdre de vue, c'est qu'on doit pousser les moyens de réduction jusqu'à la dernière limite. Mais on ne manquera pas de nous objecter que le taxis prolongé est condamné ; qu'il ne doit pas durer plus de quinze à vingt minutes (Gosselin) ; qu'il expose, par ses audacieuses témérités, aux dangers de l'inflammation, gangrène, perforation intestinale, etc. (Malgaigne) ; en un mot, qu'on fait, au delà de ces limites, de la chirurgie barbare, et qu'il vaudrait mieux se hâter d'opérer de suite.

Les faits sont là et nous les laissons parler ; au surplus, les succès constants que nous avons obtenus depuis dix ans, semblent nous reprocher notre pusillanimité d'autrefois à réduire des hernies qui, opérées plus tard, ont été suivies de mort, et nous encourager dans ce mode de traitement.

On nous dira encore : Pourquoi faire souffrir le patient, quand, avec le chloroforme ou la morphine, par la méthode hypodermique (Philippe), vous pouvez endormir la douleur? Certes nous n'ignorons pas combien ces moyens sont précieux contre l'élément douleur, car ils n'agissent pas autrement et ne favorisent en rien la réduction des hernies. Mais dans les campagnes on est souvent seul et le chloroforme est difficile à administrer et à surveiller ; et puis, d'un autre côté, il est bon que le malade, par ses cris, vous indique

dans quelle progression graduée vous devez appliquer le remède et en mesurer l'intensité.

D'après ces considérations, nous nous croyons donc, en résumé, autorisé à formuler les conclusions suivantes :

1° Que dans les hernies récentes, quels que soient leur volume et leur variété, on peut et on doit continuer le taxis progressif au moins pendant une heure ;

2° Que si la réduction n'a pas lieu dans ce délai, on administrera le chloroforme ou la morphine jusqu'à ce que réduction s'ensuive ;

3° Qu'on comprimera la hernie avec une vessie de glace ;

4° Qu'enfin, si tous ces moyens échouent, on fera une ponction aspiratrice des gaz.

Puis taxis encore.

L'opération ne viendra qu'après avoir épuisé tous ces procédés et devra être pratiquée, autant que possible, dans les trente premières heures.

CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE.

M. Magitot.

Des anomalies de l'éruption des dents chez l'homme.

(Observations recueillies par M. le docteur de Madec.)

Nous avons fait connaître antérieurement, et à diverses reprises, des exemples d'anomalies de l'éruption des dents (1). Ils se présentent, comme on sait, sous trois formes principales qui sont : 1° l'absence congénitale ; 2° l'éruption précoce des dents temporaires ; 3° l'éruption tardive des dents permanentes.

L'*absence congénitale* se subdivise à son tour en deux variétés, suivant qu'elle est totale ou partielle. L'absence de la totalité des dents, c'est-à-dire l'atrophie complète des cinquante-deux follicules qui représentent l'ensemble des pièces de l'appareil dentaire, n'a jamais été scientifiquement observée, si ce n'est à la suite de lésions graves des maxillaires ; mais il n'en est pas de même de l'absence partielle d'une ou de plusieurs pièces de cet appareil. Cette dernière anomalie est même fort commune, et elle résulte soit de l'absence congénitale de certains follicules, soit de la compression qu'ils éprouvent dans certaines circonstances ; c'est le cas, par exemple, pour la dent de sagesse inférieure qui manque, comme on sait, chez beaucoup de sujets.

Nous n'insisterons pas d'ailleurs sur cette catégorie de faits qui n'offrent guère d'application pratique.

L'*éruption précoce* et l'*éruption tardive* présentent, au contraire, un certain intérêt. L'apparition des dents à la naissance ou dans les premiers temps de la vie peut s'accompagner de divers accidents qui appellent l'attention des médecins, et dans un cas rapporté par nous-même dans ce journal (2) l'extraction de deux incisives sorties au deuxième jour de la vie fut suivie d'hémorragie incoercible et de mort ; d'autre part, la sortie de dents dans un âge avancé s'accompagne souvent, de son côté, de certaines complications : compression de l'arcade dentaire, abcès, tumeurs, etc.

Voici précisément deux nouveaux exemples observés dans notre pratique et qui rappellent singulièrement ceux que nous avons déjà rapportés.

L'un est relatif à un nouveau-né chez lequel l'extraction de deux incisives centrales, sorties à la naissance, fut suivie d'hémorragie et de mort ; l'autre consiste dans l'apparition à un âge très avancé d'une dent qui n'avait pas paru à l'époque normale et dont la sortie s'accompagne d'accidents divers.

I. — Éruption prématurée chez le nouveau-né.

Obs. — *Apparition à la naissance de deux incisives médianes inférieures; extraction de ces deux dents; hémorragie incoercible; mort.* — Le 7 décembre 1882, Mme X..., primipare, d'une très forte constitution, accouche d'un enfant du sexe masculin, bien conformé et pesant 3 kilos 500 grammes. L'accouchement fut toutefois laborieux et nécessita l'application du forceps.

Le jour même de la naissance, une sage-femme, ou plus exactement une matrone chargée de donner ses soins à l'accouchée, remarqua que l'enfant portait, au milieu du bord gingival inférieur, deux petites dents qui remuaient beaucoup, a-t-elle dit ; cette femme a l'idée, sans consulter le médecin de la famille, de pousser du doigt ces deux dents de manière à les détacher, ce qui se fit, paraît-il, assez facilement.

Dans la nuit, une hémorragie se déclare au niveau des deux plaies ; elle est peu abondante, en nappe, et ne cause d'abord aucune inquiétude.

Le lendemain matin, le médecin, appelé, pratique la compression digitale, qui fut continuée pendant une heure environ. Dès qu'on cesse cette manœuvre, l'hémorragie reparaît avec une intensité plus grande ; on lotionne les gencives avec une forte solution d'alun ; l'écoulement semble s'arrêter, mais il reparaît la nuit suivante avec une intensité manifestement croissante : cependant l'enfant, allaité par sa mère, prend volontiers le sein et paraît téter régulièrement ; il n'y a pas de vomissements.

Le troisième jour, l'hémorragie, un moment arrêtée, reparaît, et on lui oppose alors à peu près tous les moyens connus : les applications d'alun déjà employées, le tamponnement à l'agaric, le perchlorure de fer et enfin le fer rouge appliqué énergiquement sur les deux petites plaies gingivales.

L'hémorragie reparaît toujours et continue très abondante pendant trois jours encore.

Le sixième jour, au soir, vers neuf heures, l'enfant est dans un état complet de dépérissement ; il est pâle, exsangue, et meurt dans la nuit vers onze heures.

Ce nouvel exemple, presque identique par sa marche et sa terminaison à celui que nous avons rappelé tout à l'heure, suscite, ce nous semble, quelques réflexions pratiques.

Une première remarque doit porter sur l'interprétation elle-même du fait de la sortie prématurée à la naissance.

S'agit-il, en effet, ici, d'une éruption à la fois supplémentaire et précoce ou bien de l'apparition anticipée d'une pièce de la première dentition.

Or il ne peut y avoir aucun doute à cet égard, et c'est la dernière interprétation qui est la vraie. Les dents, ainsi parues à la naissance, appartiennent à la dentition normale, et lorsqu'elles viennent à manquer, soit par suite de leur ablation, soit par chute spontanée, leur place reste vide pendant toute la durée de la première dentition.

Il est donc absolument erroné de considérer ces dents comme inutiles, superflues, et de regarder leur avulsion comme indifférente et sans inconvénient. Il faut même ajouter que leur ablation peut avoir pour autre conséquence de causer aux follicules sous-jacents et contigus des dents permanentes une perturbation suffisante pour entraîner soit

(1) Voir *Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères*. Paris, 1877, p. 189. — Voir aussi *Gazette des hôpitaux*, 1876, p. 266, 274, 412.

(2) *Loc. cit.*, p. 412.

l'atrophie de ces dernières, soit leur sortie à l'état d'organes atrophiés ou difformes.

On invoque, il est vrai, pour excuser leur suppression, que ces dents sont le plus ordinairement ébranlées, parfois même tellement mobiles qu'elles semblent prêtes à tomber spontanément. On raconte aussi que c'était autrefois une pratique familière aux matrones d'enlever ainsi avec le doigt les dents parues dans les premiers jours de la naissance sous prétexte qu'elles gênent l'enfant et surtout les nourrices.

Toutes ces raisons sont sans valeur, et il convient d'affirmer, une fois de plus :

1° Que les cas d'apparition précoce des dents temporaires ne réclament aucune intervention quelconque et que l'abstention de toute manœuvre est la règle ;

2° Que le plus ordinairement les dents, ainsi ébranlées par suite de l'absence ou de l'insuffisance de longueur des racines, restent susceptibles de reprendre, avec le temps, une solidité suffisante ou complète ;

3° Que, parmi les inconvénients attribués à cette anomalie, le seul un peu sérieux est la gêne pour la nourrice, et qu'on peut y remédier à la rigueur par l'emploi des *bouts de sein ;*

4° Qu'enfin, pour proscrire toute intervention chirurgicale, il suffit de rappeler la possibilité des accidents qui peuvent en être la conséquence, et en particulier des hémorragies parfois mortelles.

II. — ÉRUPTION TARDIVE CHEZ LE VIEILLARD.

OBS. — *Apparition, chez une femme de soixante-seize ans, d'une tumeur palatine de nature d'abord indéterminée ; accidents névralgiques intenses et persistants ; apparition, dix ans après, sur le point culminant de la tumeur, d'une canine permanente qui n'avait point paru à l'époque normale ; cessation spontanée des accidents.* — Mme B..., âgée aujourd'hui de quatre-vingt-six ans, encore très bien portante et très alerte, raconte qu'il y a dix ans, c'est-à-dire à l'âge de soixante-seize ans, elle vit apparaître, vers le milieu de la voûte palatine et un peu à droite de la ligne médiane, une tuméfaction légère, très dure, tout à fait indolente d'ailleurs et qui attira surtout son attention en raison de la gêne qu'elle apportait à l'application d'un appareil de prothèse qu'elle portait depuis longtemps. On fut même tout d'abord tenté d'attribuer la production de la tumeur à cet appareil auquel on pratiqua une échancrure.

Cette précaution n'eut d'ailleurs aucun effet et la tuméfaction continua de se développer, avec une très grande lenteur toutefois. Elle n'était, du reste, douloureuse ni au contact ni à la pression ; la muqueuse ne présentait ni rougeur ni épaississement. Mais il survint bientôt des phénomènes douloureux spontanés qui prirent la forme névralgique irradiant dans les régions sus et sous-orbitaire et dans la tempe. Ces douleurs devinrent même assez vives pour que la malade demandât l'avis de plusieurs médecins. L'examen de la bouche fit émettre l'hypothèse d'un abcès à marche lente de la voûte palatine. Mais on ajourna toute intervention chirurgicale ; les accidents névralgiques furent traités par le sulfate de quinine, le bromure de potassium et divers autres moyens qui restèrent d'ailleurs sans résultat.

Dans ces dernières années, l'état douloureux était interrompu par quelques rémissions, et Mme B... avait renoncé à tout traitement, lorsqu'il y a deux ans, elle constata qu'au point central de la tumeur palatine qui avait acquis le volume d'une grosse noisette, on percevait à la langue et au doigt la sensation d'une pointe dure et aiguë, qui donna aussitôt l'idée de l'apparition d'une dent. La malade remarqua aussi que, depuis la première apparition au dehors de la pointe en question, toutes les douleurs névralgiques avaient entièrement disparu.

A l'examen de la bouche, on constata nettement l'existence d'une couronne de canine incomplètement sortie hors de l'os, faisant saillie au dehors de la muqueuse d'environ 3 millimètres et située exactement à droite de la ligne médiane et à 3 centimètres environ en arrière de la crête du bord alvéolaire. Il ne reste, d'ailleurs, à Mme B..., aucune autre dent, car toutes sont tombées il y a plus de dix ans déjà et ont été remplacées, à cette époque, par un double appareil prothétique.

Depuis qu'est apparue la canine palatine, mettant fin ainsi aux incertitudes du diagnostic ainsi qu'à tous les accidents antérieurs, Mme B... consulta de nouveau sur la conduite à tenir en pareil cas. C'est ainsi qu'elle recueillit tout d'abord cette opinion qu'il s'agissait ici d'un exemple de dentition *tertiaire,* c'est-à-dire de la genèse nouvelle d'une dent dans cet âge avancé.

Or telle ne pouvait être notre opinion, du moins *à priori,* car nous avons toujours révoqué en doute l'existence des faits de dentition *tertiaire* ou *quaternaire*, qu'une étude rigoureuse des faits n'a jamais démontrée. C'est ainsi que dans un certain nombre de cas recueillis par nous antérieurement, il nous fut toujours possible de découvrir que les prétendus exemples d'éruption supplémentaire n'étaient autres que des cas d'éruption tardive de certaines dents non parues à l'âge normal.

Toutefois, dans le cas présent, il s'agissait de parvenir à cette démonstration ; c'est alors que nous dûmes soumettre Mme B... à un véritable interrogatoire, cherchant à rappeler ses souvenirs, bien lointains il est vrai, relatifs à l'éruption des dents permanentes. Nous arrivâmes néanmoins à cette découverte qu'à l'époque où la seconde dentition était achevée, c'est-à-dire vers l'âge de dix-huit à vingt ans, il était resté, au côté droit de l'arcade dentaire supérieure, un vide très appréciable, un intervalle entre deux dents. Cet intervalle, qui ne s'était jamais comblé depuis lors, avait bien souvent attiré l'attention des membres de la famille de cette dame, et avait été attribué par tout le monde à l'absence d'une dent sur ce point. Du côté opposé, au contraire, on avait remarqué, par opposition, que les dents ne présentaient entre elles aucun vide quelconque.

Nos doutes étaient, dès lors, complètement dissipés. C'était bien évidemment la canine permanente supérieure droite qui avait manqué à l'âge normal et venait d'évoluer lentement à cette époque avancée sur un point distant de 3 centimètres de sa place normale. Nous étions donc en présence d'un nouvel exemple, non de *troisième dentition,* mais de simple *éruption tardive.*

Nous ne nous arrêterons pas davantage aux considérations diverses que pourrait comporter un pareil fait. Nous les avons longuement exposées déjà ici même (1) en rapportant un certain nombre d'exemples empruntés aux auteurs anciens et modernes tels que Pline, Fauchard, Hoffmann, Isabeau, Bartholin et tant d'autres. Nous nous étions d'ailleurs efforcé de démontrer, à leur sujet aussi bien qu'à l'égard du fait actuel, que l'interprétation de dentition tertiaire ou quaternaire était erronée, et que les observations manquaient absolument de toute rigueur et de toute précision scientifiques. Nous ajoutions, il est vrai, qu'il n'en est heureusement pas de même d'autres faits plus récents, observés par divers auteurs ou par nous-même et dans lesquels la démonstration conforme à notre opinion avait été réalisée d'une manière complète.

Le cas que nous rapportons aujourd'hui est ainsi un nouvel exemple à ajouter à ceux qui figurent dans la catégorie bien établie des éruptions tardives sans aucune assimilation possible avec les prétendus faits d'éruptions supplémentaires que nous continuerons à considérer comme légendaires et apocryphes.

Au point de vue pratique, nous n'avons qu'un mot à

(1) *Gazette des hôpitaux, loc. cit.*, p. 274.

ajouter pour dire que, selon nous, aucune intervention ne saurait être autorisée dans un cas semblable. L'ablation, d'ailleurs presque impossible, d'une canine palatine risquerait de provoquer des accidents et des désordres dont on ne peut prévoir l'étendue et la gravité. De plus, une telle tentative n'eût été justifiée par rien dans le dernier cas, puisque l'état actuel ne causait qu'une gêne insignifiante et ne provoquait aucune douleur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour la nomination à treize places d'agrégés des Facultés de médecine de France (sections anatomiques, physiologiques et naturelles) s'ouvrira à Paris le vendredi 1er juin 1883, à quatre heures du soir.

Le jury se composera de MM. Béclard, président, Baillon, Sappey, Robin, Vulpian, Tillaux, Cadiat, Oré (de Bordeaux) et Feltz (de Nancy), juges titulaires, et de MM. Laboulbène, Cornil, Richet et Duplay, juges suppléants.

Sont admis à prendre part à ce concours les dix-huit candidats dont les noms suivent :

A. *Académie de Douai.* — 1° M. Debierre (Marie-Charles), né à Éteffay (Somme) le 31 octobre 1853, docteur de la Faculté de Paris (anatomie-physiologie) ; 2° M. Demon (François-Xavier), né à Lille le 16 octobre 1840, docteur de la Faculté de Paris (anatomie-physiologie); 3° M. Wertheimer (Émile), né à Rothein (Bas-Rhin) le 24 juillet 1852, docteur de la Faculté de Paris (anatomie et physiologie).

B. *Académie de Lyon.* — 1° M. Cogniard (Jean-Baptiste), né à Lyon le 22 janvier 1855, docteur de la Faculté de Lyon (anatomie-physiologie) ; 2° M. Imbert (Aimable-Marie), né à Charroux (Allier) le 11 février 1858, docteur de la Faculté de Lyon (anatomie-physiologie).

C. *Académie de Montpellier.* — M. Granel (Denis-Maurice), né à Saint-Pons (Hérault) le 1er juillet 1853, docteur de la Faculté de Montpellier (histoire naturelle).

D. *Académie de Nancy.* — 1° M. Lemaire (Augustin-Adrien), né à Senones (Vosges) le 13 octobre 1852, docteur de la Faculté de Nancy (histoire naturelle) ; 2° M. Macé (Marie-Eugène), né à Château-Salins le 21 septembre 1856, docteur de la Faculté de Nancy (histoire naturelle) ; 3° M. René (Albert-Charles), né à Atton (Meurthe) le 11 novembre 1852, docteur de la Faculté de Nancy (anatomie-physiologie) ; M. Sadler (Auguste), né à Forbach (Moselle) le 3 septembre 1853, docteur de la Faculté de Nancy (anatomie-physiologie).

E. *Académie de Paris.* — 1° M. Beauvisage (Georges-Eugène), né à Paris le 29 janvier 1852, docteur de la Faculté de Paris (histoire naturelle) ; 2° M. Blanchard (Raphaël-Anatole), né à Saint-Christophe (Indre-et-Loire), docteur de la Faculté de Paris (histoire naturelle) ; 3° M. Henneguy (Louis-Félix), né à Paris le 18 mars 1850, docteur de la Faculté de Paris (histoire naturelle) ; 4° M. Mangenot (Charles), né à Sarrebourg (Meurthe) le 21 novembre 1842, docteur de la Faculté de Strasbourg (histoire naturelle); 5° M. Planteau (Mathieu-Henri), né à Sainte-Foy (Gironde) le 28 octobre 1852, docteur de la Faculté de Paris (anatomie-physiologie) ; 6° M. Quenu (Édouard-André), né à Marquises (Pas-de-Calais) le 21 juillet 1852, docteur de la Faculté de Paris (anatomie-physiologie) ; 7° M. Reynier (Paul-Antoine), né à Paris le 29 juin 1851, docteur de la Faculté de Paris (anatomie-physiologie) ; 8° M. Variot (Gaston-Félix), né à Demigny (Saône-et-Loire), le 2 juin 1855, docteur de la Faculté de Paris (anatomie-physiologie).

— Un concours pour la nomination à onze places d'agrégés des Facultés de médecine de France (sections des sciences physiques) s'ouvrira à Paris le vendredi 1er juin 1883, à quatre heures du soir.

Le jury se composera de MM. Gavarret, président; Wurtz, Regnauld, Bourgoin, Gariel, Monoyer (de Lyon), Engel (de Montpellier), juges titulaires, et de MM. Hayem, Panas et Bouchardat, juges suppléants.

Sont admis à prendre part à ce concours les dix candidats dont les noms suivent :

A. *Académie de Bordeaux.* — M. Blavez (Pierre-Marie), né à Bordeaux le 13 décembre 1852, docteur de la Faculté de Bordeaux (chimie).

B. *Académie de Lyon.* — 1° M. Linossier (Jules-Georges), né à Lyon le 16 mai 1857, docteur de la Faculté de Lyon (chimie); 2° M. Imbert (Jean-Armand), né à Segna (Basses-Alpes) le 11 septembre 1850, docteur ès sciences, pharmacien de première classe (physique).

C. *Académie de Montpellier.* — M. Ville (Jules-Joseph), né à Perpignan le 22 mars 1849, docteur de la Faculté de Montpellier (chimie).

D. *Académie de Nancy.* — M. Lambling (Eugène-Frédéric), né à Bischwiller (Bas-Rhin) le 10 novembre 1857, docteur de la Faculté de Nancy (chimie).

E. *Académie de Paris.* — 1° M. Bagnéris (Auguste), né à Haguenau (Bas-Rhin) le 27 août 1853, docteur de la Faculté de Nancy (physique); 2° M. Bergonié (Jean-Albert), né à Casseneville (Lot-et-Garonne) le 7 octobre 1857, docteur de la Faculté de Bordeaux (physique); 3° M. Doumer (Jean-Marie), né à Thenon (Dordogne) le 10 juin 1858, docteur de la Faculté de Bordeaux (physique); 4° M. Guebhard (Paul-Émile), né à Avignon le 6 janvier 1849, docteur de la Faculté de Paris (physique) ; 5° M. Pouchet (Anne-Gabriel), né à Paris le 11 août 1851, docteur de la Faculté de Paris (pharmacologie).

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Masson (Charles), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire de médecine légale (emploi nouveau).

M. Magnier, licencié ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux de zoologie, en remplacement de M. Charbonnel-Salle, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Labat (Emmanuel), né le 26 octobre 1853 à Gimbrède (Gers), docteur en médecine, est nommé, avec dispense d'âge, professeur d'accouchements, en remplacement de M. Laforgue, décédé.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 mai 1883, un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira, le 1er décembre 1883, à l'École de médecine de Reims. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Par décision ministérielle, en date du 18 mai 1883, M. Juloux, médecin-major de deuxième classe au 10e dragons, est passé au 26e régiment de même arme, par permutation avec M. Laval.

— L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa douzième session, cette année, dans la ville de Rouen. La date d'ouverture du Congrès est fixée au jeudi 16 août.

— La Société nationale d'Acclimatation de France tiendra sa séance publique annuelle de distribution des récompenses, le vendredi 25 mai prochain, à deux heures précises, sous la présidence de M. Bouley, de l'Institut, au théâtre du Vaudeville.

— M. Diday, le célèbre syphiliographe lyonnais, fera, le samedi 26 mai, à dix heures du matin, une conférence dans l'amphithéâtre de M. le professeur Hardy, à la Charité. Il traitera : « De l'influence des diathèses sur l'évolution de la blennorragie. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Marchant, prosecteur, commencera, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, et avec le concours de six aides d'anatomie, ses démonstrations d'exercices opératoires, le mardi 21 mai 1883, à une heure précise, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique.

— M. Gabriel de Mortillet, professeur d'anthropologie préhistorique, fera sa prochaine excursion à Mouy (Oise), le dimanche

27 mai 1883, avec le concours de M. Auguste Baudon. Rendez-vous à la gare du Nord à sept heures et demie du matin. Course à la station du camp Barbet. Conférence au théâtre sur le préhistorique de la région. Rentrée à Paris à neuf heures vingt minutes du soir. — Les inscriptions sont reçues à l'École d'anthropologie 15, rue de l'École-de-Médecine, jusqu'au jeudi soir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons de clinique thérapeutique, par Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Troisième volume, premier fascicule : *Traitement des maladies du système nerveux.* 1 vol. gr. in-8° de 320 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Traité des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds, par le docteur A. Corre, professeur agrégé à l'École de médecine navale de Brest. 1 vol. in-8° de 600 pages avec 35 tracés de température. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Leçons cliniques sur les maladies des femmes, thérapeutique et application de l'électricité à ces malades, par le docteur A. Tripier. 1 vol. in-8° de 600 pages avec figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Hygiène de la vue, par le docteur G. Sous (de Bordeaux). 1 joli vol. in-18 cartonné de 350 pages avec 67 figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Étude sur l'uréthrite chronique blennorrhagique (blennorrhée, suintement, goutte militaire), par le docteur Rober Jamin, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° de 230 pages avec 2 planches en couleur d'après nature. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

La circulation du sang. Examen critique de la théorie régnante sur le mouvement circulatoire du sang et essai sur la théorie par laquelle on doit la remplacer, par le docteur Ramon Turro, traduit de l'espagnol par le docteur Jules Robert. In-8° de 220 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Berthier.

Leçons sur la physiologie du système nerveux (sensibilité), professées à la Faculté de médecine de Paris, par Mathias Duval, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'École des Beaux-Arts. In-8° de 138 pages avec 30 figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Contribution à l'étude du système veineux. Les canaux de sûreté, par le docteur Jarjavay, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux. In-8° de 80 pages avec 15 figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Lettres sur l'industrie nourricière, par M. le docteur A. Legendre, médecin cantonal. — Mémoire couronné par la Société protectrice de l'enfance de Paris. — 1 vol. in-12. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Les concours des hôpitaux en 1883. 1 broch. gr. in-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14565.

N° 59. — JEUDI 24 MAI 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 24 MAI 1883. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL NECKER. Fracture de l'extrémité inférieure du péroné. — Opération des polypes de la matrice par le procédé de M. le docteur Lucien Boyer, *sercision* (section du pédicule au moyen du fil, manœuvré comme une scie à chaîne). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Deux communications, l'une de M. Béchamp, sur la zymase du lait de femme, l'autre de M. Pasteur, sur le différend survenu entre la commission des vétérinaires de Turin et lui relativement à l'inoculation charbonneuse, et trois rapports, — de M. L. Labbé, sur l'usage de l'étoupe à pansement antiseptique proposé par M. Weber, médecin en chef de l'hôpital de Vincennes; de M. L. Colin sur un travail de M. le docteur Bellos (d'Athènes), relatif aux fièvres paludéennes, et de M. J. Rochard, sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde, — ont amplement rempli cette séance qu'a terminée un comité secret.

La discussion est ouverte pour mardi prochain sur le rapport de M. Rochard.

L'Académie a fait dans cette séance un acte de justice en élisant M. Lunier dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

Fractures de l'extrémité inférieure du péroné.

J'aborde, aujourd'hui, un sujet que depuis longtemps je voulais traiter devant vous non point dans tous les détails qu'il comporte, une seule leçon serait loin d'y suffire, mais tout au moins dans ses grandes lignes. Je veux parler des fractures de l'extrémité inférieure du péroné.

La question est d'autant plus à l'ordre du jour que nous possédons en ce moment une véritable collection de ces fractures.

Ces fractures, en effet, sont fréquentes ; ainsi nous avons eu, dans le service, huit individus qui en étaient atteints ; ces 8 cas ont eu lieu en deux mois ou, ce qui serait plus vrai, 7 en cinq semaines. Mais comptons seulement 8 pour les deux mois, cela ferait de 48 à 50 par an, ce qui, pour les vingt et un grands services de chirurgie des hôpitaux de Paris, donnerait, comme statistique des hôpitaux, le chiffre d'un millier de fractures de l'extrémité inférieure du péroné par an. Si nous y ajoutons le nombre des cas observés et traités en ville, nous arrivons facilement à 5 ou 6,000 annuellement à Paris.

Nos huit fractures se décomposent, au point de vue du sexe, en sept hommes et une femme. Donc l'immense majorité appartient au sexe masculin. Quant à l'âge, le plus vieux de nos fracturés a cinquante-quatre ans, le plus jeune vingt-quatre; ce qui nous donne, comme moyenne, trente-neuf ans. Mais, chez le plus jeune, la fracture est le résultat d'un traumatisme, et le malade qui vient ensuite a trente-trois ans, de telle sorte que l'on doit considérer ces fractures comme appartenant à l'âge moyen de la vie. Ce ne sont pas, en effet, des fractures de l'enfance ni de la jeunesse non plus que de la vieillesse, mais bien de l'âge adulte, des fractures de vigueur ou, comme Astley Cooper les appelle encore, des fractures de force, d'énergie et de travail. Cela nous explique aussi pourquoi les fractures de l'extrémité inférieure du péroné sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme.

L'enfant se cassera la clavicule, le corps du fémur; les jeunes gens se casseront peu de chose, car chez eux les os sont élastiques, les articulations sont souples, le poids du corps léger; mais plus tard la masse multipliée par la vitesse déterminera certains brisements tels que ceux de la jambe, du péroné, du radius, etc. A un âge plus avancé, à cinquante ans et plus, c'est l'extrémité inférieure du fémur qui sera plus facilement rompue, tandis que si cette même fracture se rencontre à dix-huit ans, elle aura lieu bien plutôt par décollement de l'épiphyse.

Les fractures de l'extrémité inférieure du péroné sont donc des fractures de vigueur, appartenant surtout au sexe masculin. Ces fractures, en dehors de celles qui sont produites soit par coup de feu, soit par écrasement, et qui rentrent alors dans la classe des fractures compliquées, se présentent sous deux aspects très caractéristiques : 1° les fractures du péroné seul ou plutôt dans lesquelles la fracture est la seule lésion ; 2° les fractures du péroné compliquées de quelque autre lésion voisine, ligamenteuse, tibiale, etc.

Sauf une variété, laquelle est très rare, toutes ces fractures sont des fractures articulaires. Mais dans cette variété, au contraire, la fracture porte seulement sur la pointe du péroné en dehors de l'articulation, et c'est là ce qui la différencie de toutes les autres fractures du même os où le trait de la fracture pénètre dans l'articulation, de là un pronostic

et une marche particulière en raison même des lésions concomitantes.

Ces fractures de l'extrémité inférieure du péroné peuvent se diviser en plusieurs groupes, qui sont :

1° Fracture de la malléole à sa base dans un point variable, soit un peu plus haut, soit un peu plus bas. Cette fracture est assez commune, elle se complique rarement de fracture du côté du tibia, ce qui la transformerait en une fracture de la jambe.

2° Fractures au-dessus du ligament péronéo-tibial ; elles sont beaucoup plus fréquentes que la précédente et elles s'accompagnent le plus souvent des lésions suivantes : *a.* arrachement du ligament latéral interne ; *b.* fracture de la base de la malléole interne ; *c.* arrachement vertical de la face externe du tibia au niveau de son articulation avec le péroné ; *d.* arrachement du bord antérieur du tibia. De plus, dans ces fractures compliquées, le péroné s'écarte du tibia, et si la malléole est fracturée ou libérée par l'arrachement des ligaments, tout ce qui est au-dessous de la fracture est entraîné et pivote du côté externe ; de là un déplacement en totalité, sorte de luxation qui vient compliquer encore la fracture, donnant aux parties lésées cet aspect tout particulier auquel on a donné le nom de coup de hache de Dupuytren. Nous avons observé ce déplacement en totalité du pied chez quatre de nos malades sur huit. Il est, selon les cas, plus ou moins accusé ; quelquefois il se présente sous une autre forme, c'est-à-dire que le pied pivote en dehors et en arrière, entraînant alors une déformation différente et une saillie plus considérable du talon. D'autres fois les désordres s'accentuent davantage et, la lésion astragalienne l'emportant, on dit qu'il y a luxation de l'astragale avec fracture du péroné.

Passons maintenant aux causes de ces fractures. Les fractures du péroné se produisent sous l'influence de causes variables, faciles cependant à ramener à un mécanisme assez simple. Tout à coup, en courant, vous éprouvez une vive douleur, le membre devient impuissant, l'os éclate et la fracture se produit. Tantôt, au contraire, la fracture a lieu chez un individu qui reçoit une charge sur les épaules au moment où il est mal posé sur ses jambes. D'autres fois, c'est le pied qui s'engage dans une mortaise accidentelle comme dans l'écartement de deux pavés ou de deux planches de bateau, le corps se portant en avant, en arrière ou de côté. Souvent aussi l'on fait un faux pas et le *pied se tourne*, appuyant exagérément tantôt sur son bord externe, tantôt sur son bord interne. Bien des fractures ont ainsi pour cause le bord d'un trottoir sur lequel le pied glisse pour tomber sur le pavé dans un mouvement de rotation en dehors et en appuyant sur son bord externe.

Voici maintenant comment nos huit cas se divisent au point de vue de leur origine mécanique : l'un d'eux a été produit par cause directe ; il s'agit d'un garçon de vingt-sept ans, plombier, qui a reçu un coup de pied de son concierge. Trois sont le résultat du mouvement exagéré du bord externe du pied sur le sol ; les quatre autres se sont produits dans des conditions variables, mais le bord interne du pied reposant sur le sol.

En résumé, les quatre premières fractures ont eu lieu sans déplacement ; les quatre autres, au contraire, ont été accompagnées d'un fort déplacement, lequel a pu être réduit soit directement par la force, soit après chloroformisation du blessé.

Frappés de cette coïncidence entre la position initiale du pied et le genre de fracture qui se produit, la plupart des auteurs, au lieu de dire fracture compliquée de telle ou telle lésion, se sont plu à dénommer la fracture par le mécanisme même qui l'avait déterminée. De là l'obscurité et le défaut d'entente, en voulant désigner la fracture par son mécanisme au lieu de s'appuyer sur la réalité. On est bien tombé d'accord, à la vérité, sur la fracture de la pointe et sur la fracture de la malléole à sa base sans complication, en disant fracture par arrachement ; mais pour les autres on ne s'est plus entendu, les uns parlant de fracture par adduction, d'autres par divulsion, etc.

Il y a dix ans, dans une leçon sur les fractures de l'extrémité inférieure du péroné, je divisais ces fractures en : fractures de la pointe, fractures malléolaires bénignes, sans déplacement, et fractures du col comprenant les fractures compliquées. Les fractures de la pointe et de la base sont des fractures par adduction, par arrachement ; celles du col sont toujours compliquées d'une lésion par abduction et divulsion. En somme, les fractures où le pied est tourné en dedans, sont des fractures simples ; les fractures où le pied est tourné en dehors, sont des fractures par abduction, compliquées de déplacement, arrachement, avec séparation du tibia et du péroné.

Dans une seule leçon d'une heure, je ne puis pas m'appesantir autant que je le voudrais sur un sujet aussi considérable par les détails qu'il mérite de comporter : aussi mon but est-il seulement de tracer quelques grandes lignes sur les fractures qui nous occupent, me proposant d'y revenir lorsque l'occasion s'en présentera. Je terminerai donc en vous disant encore quelques mots des signes de ces fractures.

Au point de vue de leurs signes, on pourrait diviser les fractures de l'extrémité inférieure du péroné en deux grandes variétés : l'une qui vous crève les yeux par la grossièreté de ses signes ; l'autre, au contraire, qui ne présente que des signes incertains et douteux.

Voici, du reste, quels sont ces signes :

1° La crépitation. Elle manque dans un grand nombre de cas, qu'il y ait ou non déplacement, bien que chez nos huit malades elle ait été constatée par mes internes.

2° La déformation *récente*. Je dis récente, car il faut avoir grand soin de la distinguer d'une déformation ancienne. Je m'explique : un blessé nous est amené pour un traumatisme produit au niveau d'une ancienne fracture qui, dans son temps, a été mal soignée ; vous apercevez une certaine déformation au niveau du mal, et si vous n'y prenez garde, si vous n'avez pas soin de vous enquérir des antécédents de votre malade, vous diagnostiquez une fracture, prenant cette déformation pour un phénomène récent.

3° La mobilité anomale, transversale, est un signe caractéristique, mais qui n'existe pas dans tous les cas, alors même qu'il y a un fort déplacement. Je ne parle pas du ballottement intra-astragalien, dont l'existence est, bien entendu, un signe de certitude absolue.

4° Bruit de la fracture au moment de l'accident. Certains blessés le perçoivent très nettement ; j'en parle d'autant plus savamment que je l'ai entendu sur moi-même, certain jour où, courant à grands pas, je me fracturai le péroné droit. Cependant j'ajouterai que c'est là un signe détestable en raison de son inconstance.

5° Les cas sans déplacement ne se révèlent guère que par deux signes : *a.* le ballottement intra-astragalien, à moins que le péroné ne soit simplement fêlé ; *b.* en parcourant la

face externe de l'os, on trouve un point unique très douloureux. Cela s'observe ainsi dans les fractures malléolaires qui se produisent par suite de la rotation du pied en dedans.

Voici pour les principaux signes des fractures de l'extrémité inférieure du péroné.

Quant au pronostic, il est basé sur deux points de la plus haute importance : 1° éviter l'arthrite, fatale pour ainsi dire, lorsque l'articulation communique avec la fracture ; 2° réduire parfaitement, à tout prix, la fracture, sinon le membre est déformé, la marche est pénible, difficile, et peut être entravée pour le reste de la vie du malade.

Aujourd'hui, grâce au chloroforme et à la connaissance précise que nous avons de ces fractures, grâce au merveilleux appareil plâtré si efficace pour maintenir leur réduction, on peut dire que la guérison des fractures est la règle même lorsqu'elles sont très graves et même lorsqu'il y a un fort déplacement.

OPÉRATION DES POLYPES DE LA MATRICE

PAR LE PROCÉDÉ DE M. LE DOCTEUR LUCIEN BOYER, *sercision* (SECTION DU PÉDICULE AU MOYEN DU FIL, MANŒUVRÉ COMME UNE SCIE A CHAINE).

La leçon de M. Gallard sur les polypes fibreux et leur ablation, insérée dans le numéro du 8 mai dernier de la *Gazette des hôpitaux*, nécessitait comme complément la description du procédé opératoire et des instruments mis en œuvre par M. le docteur Lucien Boyer dans l'observation qui y est rapportée. Voici cette description :

Explication des figures, réduction au quart.

Fig. 1. — *Placement du fil.* — Le fil dont on doit se servir est la soie de Chine usitée pour la pêche, dont on varie le numéro suivant le volume et la consistance présumés du pédicule.

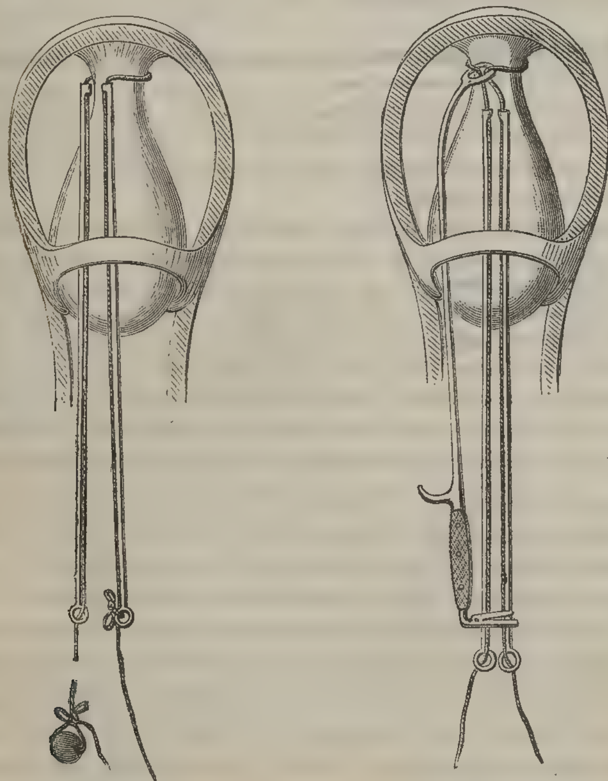


Fig. 1. Fig. 2.

Deux porte-fil de 30 centimètres de longueur, percés d'un chas à l'extrémité qui doit être introduite, se terminent par un petit anneau à l'extrémité opposée. Les fils étant passés dans les chas supérieurs, un bout est fixé par un nœud à rosette à l'anneau terminal de l'un des instruments, l'autre bout passe librement dans l'anneau de l'autre et est attaché de même à une balle de plomb qui, par son poids, le tient constamment tendu entre les deux porte-fil.

Ceux-ci réunis sont introduits aussi profondément que possible au côté gauche de la tumeur par rapport à l'opérateur. Fixant, immobile, l'instrument auquel le fil est attaché, l'opérateur contourne la tumeur avec l'autre en le faisant passer d'abord en avant, puis à droite et en arrière, et le ramène auprès du premier.

Le fil est alors placé autour du pédicule.

Fig. 2. — *Substitution du régulateur aux porte-fil.* — Le régulateur présente un anneau lisse fixé obliquement à sa tige courbe elle-même à son extrémité, et est muni à l'autre bout d'un manche qui permet de la manœuvrer.

Les deux fils étant détachés, l'un du porte-fil, l'autre de la balle de plomb, glissent librement chacun dans l'anneau qui lui correspond.

L'anneau du régulateur, étant passé autour des deux tiges, monte jusqu'à leur extrémité supérieure et maintient le fil dans sa position pendant que les deux porte-fil sont retirés. L'opérateur peut alors s'assurer, par des mouvements variés d'avant en arrière et d'un côté à l'autre communiqués à l'instrument, que le fil est bien placé, et au besoin l'enfoncer davantage si du premier coup il n'a pas été placé sur le véritable pédicule. La forme, le posé et l'obliquité de l'anneau, la courbure de l'extrémité de la tige, rendent cette manœuvre facile et sans danger.

Fig. 3. — *Placement du serre-fil unique, conducteur.* — Tige analogue au serre-nœud ordinaire, percée à son extrémité d'un chas dans lequel on fait passer les deux bouts du fil. On la fait glisser jusqu'à l'anneau du régulateur, que l'on retire alors sans danger de déplacer le fil, qui se trouve maintenu dans sa position.

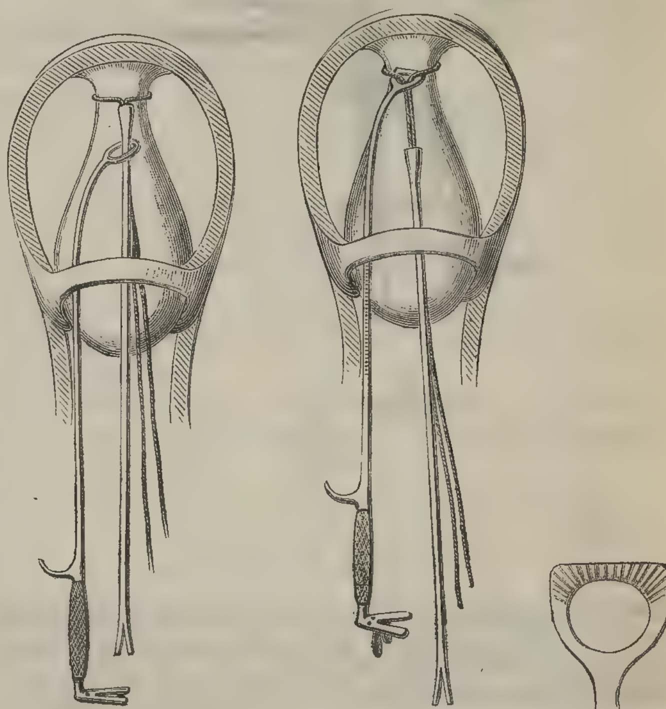


Fig. 3. Fig. 4. Fig. 4 *bis*.

Fig. 4. — *Placement du fixateur.* — Ce dernier instrument présente une grande analogie avec le régulateur. La principale différence consiste en ce que l'anneau se termine par une ligne horizontale striée, comme la face de l'anneau qui doit s'appliquer sur le pédicule, de rainures qui ont pour objet de l'y faire adhérer et de s'opposer à ce qu'il glisse latéralement sous la traction alternative du fil (fig. 4 *bis*). L'introduction et le placement se

font en le faisant glisser sur le conducteur, exactement comme le régulateur a été conduit sur les deux porte-fil.

Fig. 5. — *Section du pédicule.* — Le conducteur étant alors retiré, un aide saisit la tige du fixateur entre deux étaux à main pour l'immobiliser. Les deux bouts du fil sont passés dans deux œillets qui traversent le talon du manche de l'instrument (il faut avoir soin de ne pas les entre-croiser ni les tordre ensemble), et l'on attache un petit bâtonnet à l'extrémité de chacun. Un second aide maintient le talon de l'instrument entre le pouce et l'index, comme il est représenté, et il ne reste plus qu'à imprimer au fil le mouvement de traction alternatif qui coupe le pédicule de la tumeur. Il faut recommander aux deux aides de maintenir l'instrument parfaitement immobile en l'enfonçant un peu plus tôt qu'en le laissant venir en avant. La section opérée, on retire tous les instruments, et la tumeur est libre dans la cavité utéro-vaginale. Il ne reste plus qu'à l'extraire, ce qui est généralement très facile. Pour cela, on peut se servir d'une tenette ou d'une pince de Museux. L'index et le médius introduits suffisent le plus souvent pour amener la tumeur au dehors. Une fois, dans un cas

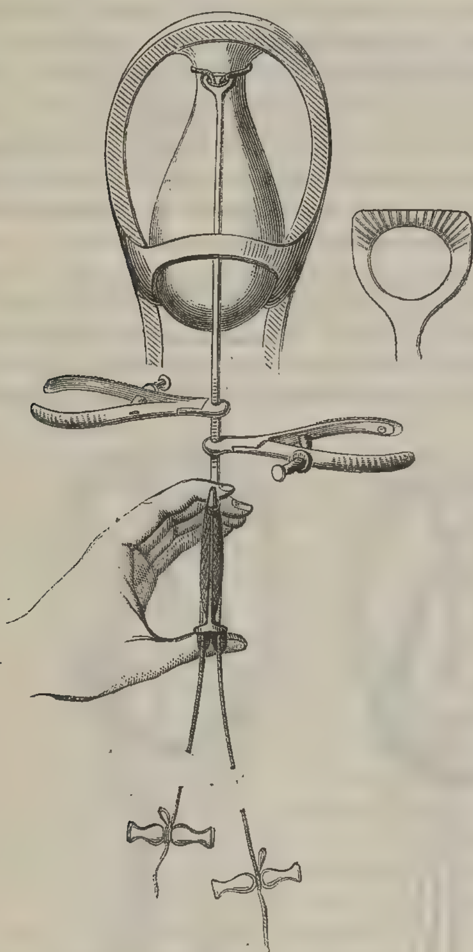


Fig. 5.

de tumeur volumineuse, M. Lucien Boyer s'est servi d'une cuillère à bouche en fer, manœuvrée comme une branche de forceps, pour pousser la tête du fœtus d'arrière en avant et lui faire franchir l'anneau vulvaire dans le cas de présentation pelvienne. On peut, *à priori*, reprocher à ce procédé les substitutions successives d'instruments, mais aucune n'est inutile, et une fois les porte-fils placés, elles se font sans hésitation et sans douleur. Dans l'opération faite à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Gallard, la forme irrégulière, bosselée de la tumeur, qui était étreinte dans le col et par le vagin, a rendu d'abord la manœuvre du porte-fil difficile ; l'introduction du spéculum bivalve américain, en dilatant les parties profondes, a rendu cette manœuvre des plus faciles, et la suite de l'opération s'est terminée rapidement et sans douleur.

Tous les instruments employés dans les temps successifs de l'opération doivent être de même longueur. Pour des cas de tumeur volumineuse. M. Lucien Boyer a fait faire des porte-fil et serre-nœud courbes comme le régulateur et le fixateur, mais il n'a jamais été dans la nécessité de s'en servir.

Ce procédé a été l'objet d'une présentation faite à l'Académie de médecine le 10 mars 1846 ; mais depuis, l'auteur seul l'avait employé. Dans ces derniers temps, M. le docteur Gillet (de Grandmont), assisté de M. le docteur Albert Brochin dans sa pratique civile, le 22 janvier 1883, et M. le docteur Gallard, dans son service à l'Hôtel-Dieu, le 30 mars 1883, ont été les premiers à l'adopter et s'en déclarent très satisfaits. Il est à désirer qu'ils trouvent des imitateurs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance ne comprend que des communications relatives aux vaccinations et aux rapports d'épidémies.

COMMUNICATIONS

Zymase du lait de femme. — M. BÉCHAMP, qui, dans une des séances précédentes, avait annoncé à l'Académie que le lait de femme contient une zymase différente de celle du lait de vache, non seulement par son pouvoir rotatoire qui est bien plus grand, mais par sa propriété de saccharifier la fécule, revient aujourd'hui sur ce même sujet. Il ressort de cette nouvelle communication comme un fait certain et vérifié, dit-il, que le lait de femme contient une zymase autre que celle du lait de vache ; et, comme le lait de plusieurs traites successives contient la zymase douée de la même activité, il en résulte qu'elle est le produit de la fonction propre de la glande et non pas le résultat de quelque altération subie par le lait à la suite de la stagnation dans cette glande.

Microbie. Inoculations charbonneuses. — M. PASTEUR revient sur le débat soulevé entre les professeurs de l'École vétérinaire de Turin et lui, au sujet des inoculations du virus charbonneux et des différences d'état du sang d'un animal mort charbonneux, suivant qu'on l'étudie dans les premières heures qui suivent la mort ou le lendemain.

On se rappelle que dans ses expériences instituées dans le but de contrôler celles de M. Pasteur sur l'immunité acquise par la vaccination charbonneuse, la commission des vétérinaires de Turin avait attendu plus de vingt-quatre heures pour recueillir le sang d'un cadavre charbonneux et l'inoculer à un autre animal. L'animal en expérience étant mort, elle avait conclu que l'immunité n'existait pas. M. Pasteur, prétendant que l'animal était mort non du charbon mais de septicémie, offrit à la commission de se rendre auprès d'elle et de rendre publique la preuve de sa proposition. D'où l'échange de lettres que l'on connaît et dont M. Pasteur donne lecture. Le dernier mot de cette correspondance étant que la commission n'accepte pas la proposition, M. Pasteur se voit dans la nécessité de déclarer qu'il persiste dans son opinion ; et, comme preuve nouvelle à l'appui, il rapporte l'expérience suivante :

On prend du sang sur un mouton mort du charbon depuis vingt-six heures ; une partie de ce sang est cultivée à l'abri de l'air, l'autre au contact de l'air. La bactérie septique ne pouvant vivre et se multiplier au contact de l'air, étant anaérobie, le virus cultivé à l'air, inoculé ensuite, fait périr deux cobayes du charbon pur sans mélange de septicémie ; le virus cultivé dans le vide à l'abri de l'air, inoculé à deux autres cobayes, les fait périr de septicémie en vingt-quatre heures.

On peut encore, ajoute M. Pasteur, étudier ce sang à la fois septique et charbonneux, en l'inoculant directement à diverses

races animales ; suivant l'état de réceptivité des sujets, on voit apparaître tantôt le charbon pur, tantôt la septicémie pure, tantôt l'un et l'autre associés. Les membres de la commission de Turin pourront répéter ces expériences.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et police médicale, en remplacement de M. Hillairet.

La liste de présentation porte : 1° M. Lunier; 2° M. Vallin; 3° M. Ollivier; 4° M. Motet; 5° M. Legrand du Saulle; 6° M. Mauriac. L'Académie a adjoint à cette liste le nom de M. Napias.

Le nombre des votants étant de 74, la majorité 38, le dépouillement des bulletins donne le résultat suivant :

M. Lunier obtient. . . . . 56 voix.
M. Vallin . . . . 16 —
M. Motet. . . . . 2 —

M. Lunier, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

RAPPORTS

Étoupe à pansement antiseptique. — M. **LABBÉ**, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Gosselin et Rochard, lit un rapport sur une note lue par M. Weber, médecin en chef de l'hôpital de Vincennes, sur l'étoupe à pansement purifiée et antiseptique.

Ce nouveau mode de pansement antiseptique se recommande surtout par son prix de revient peu considérable. Les essais ont été faits à la Charité et à Beaujon. Presque tous les chirurgiens sont d'accord aujourd'hui pour proscrire l'emploi de la charpie, accusée d'être un réceptacle de germes organiques infectieux. Par quoi la remplacer? Par la gaze, la *lint* des Anglais, le coton hydrophile ou les pièces du pansement de Lister. Mais ces diverses pièces de pansement sont coûteuses, surtout pour l'armée. MM. Weber et Thomas ont cherché à combler cette lacune par un produit qui devait remplir les conditions suivantes : Être d'une pureté absolue, d'une propreté irréprochable; être élastique, doux au toucher; absorber facilement les liquides sécrétés par les plaies ainsi que les agents médicamenteux dont on veut l'imprégner; être suffisamment feutré pour filtrer l'air et défendre les plaies contre l'accès des germes ; être antiseptique ; être, enfin, d'un prix aussi modique que possible.

L'étoupe vulgaire, purifiée et préparée d'une certaine façon, remplit ces conditions.

Il résulte des essais faits par MM. Gosselin, Labbé et Berger que ces pièces de pansement jouissent de propriétés antiseptiques réelles et semblent propres à faciliter les réunions par première intention. Néanmoins elles paraissent plus irritantes pour les plaies que la gaze phéniquée elle-même ; elles semblent donner lieu facilement à des érythèmes. Quoique peu abondante, la suppuration paraît survenir plus fréquemment que sous le pansement de Lister. Malgré ces réserves, il faut reconnaître que ce pansement réunit, dans la mesure du possible, les conditions recherchées dans la méthode antiseptique appliquée à la chirurgie des armées.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

Prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. **ROCHARD**, au nom de la commission dont il fait partie avec MM. Hardy, Fauvel, Bergeron et Colin, lit le rapport relatif aux conclusions à prendre au sujet de la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Nous n'avons pas, dit M. le rapporteur, à suivre la discussion dans ses phases diverses. L'Académie n'a pas entendu se prononcer sur la valeur de telle ou telle médication, de tel ou tel mode de traitement. Elle veut encore moins prendre parti au sujet des doctrines. Elle ne croit pas qu'il soit temps encore de se prononcer sur les applications qu'il est possible d'en faire aujourd'hui à la médecine humaine.

La commission se borne donc à soumettre à l'Académie quelques conclusions pratiques, exclusivement relatives à la prophylaxie.

Voici la rédaction qu'elle propose :

L'Académie s'est émue, comme le corps médical tout entier, des nombreux décès que la fièvre typhoïde a causés l'an dernier à Paris. Elle s'est livrée sur ce sujet à une longue discussion, à la suite de laquelle elle croit devoir formuler les conclusions suivantes :

La mortalité de Paris s'est accrue de 1/5e depuis dix ans, par suite de l'augmentation progressive du nombre des décès dus aux maladies infectieuses et en particulier à la fièvre typhoïde. Cette augmentation elle-même a été déterminée par un ensemble de mauvaises conditions hygiéniques qu'il est possible de faire disparaître ou tout au moins d'atténuer dans de très fortes proportions. Nous citerons dans ce nombre :

1° L'encombrement de quelques arrondissements excentriques vers lesquels les populations pauvres ont été refoulées par les grands travaux accomplis dans les grands quartiers du centre. Ces arrondissements sont surtout habités par les ouvriers qui viennent de la province et de l'étranger, attirés par l'impulsion exagérée que l'industrie du bâtiment a reçue et qui enlève malheureusement à l'agriculture une population jeune et robuste que l'immigration livre chaque année à l'endémie typhoïde. Ces nouveaux venus, n'étant pas acclimatés, sont plus disposés que les habitants à contracter la maladie. Leur nombre va toujours croissant et ils vivent entassés dans des garnis qui depuis six ans n'ont augmenté que de 1/4, tandis que leur population a doublé.

2° La malpropreté des logements et surtout de leurs lieux d'aisances, où l'eau manque le plus souvent.

3° Le mauvais état et le nettoyage insuffisant d'une partie de notre réseau d'égouts.

4° La présence autour de Paris de dépotoirs et de dépôts de voirie beaucoup trop rapprochés de la ville et qui en infectent l'air pendant l'été.

5° La mauvaise qualité des eaux de l'Ourcq, de la Seine et de la Marne qui entrent pour les 2/3 dans l'approvisionnement de Paris et qui n'ont pas la pureté nécessaire pour servir à l'aliment.

L'Académie pense qu'il est urgent de prendre les mesures nécessaires pour combattre ces causes d'insalubrité. Elle appelle l'attention des pouvoirs publics sur les suivantes, qui lui paraissent les plus propres à atteindre le but :

1° Accroître et mieux définir les attributions de la Commission des logements insalubres, simplifier son action et faire exécuter ses décisions.

2° Veiller à ce que la police exerce une surveillance incessante sur les logements garnis afin de s'assurer qu'ils sont proprement tenus et qu'ils ne renferment pas plus de locataires qu'il ne convient.

3° Éloigner de la ville les dépotoirs et les dépôts de voirie; les transporter à une distance suffisante pour que leurs émanations ne puissent plus nuire.

4° Réparer les égouts qui sont en mauvais état et en assurer le nettoyage par l'augmentation et la meilleure répartition des eaux consacrées à leur lavage.

5° Prendre les mesures nécessaires pour que les eaux de sources soient réservées aux usages alimentaires et distribuées dans toutes les maisons, en consacrant celles de la Seine, de la Marne et de l'Ourcq à la propreté de la voie publique.

De plus, et comme corollaire de cette discussion, l'Académie croit devoir appuyer de toute son autorité le vœu, depuis longtemps formulé, que tout ce qui touche à la santé publique en France soit, à l'exemple d'autres pays, placé sous une direction spéciale et compétente qui assurerait l'exécution de toutes les mesures d'hygiène publique.

M. **FAUVEL** retient la parole pour la séance prochaine pour présenter quelques observations à propos de ce rapport.

La discussion est renvoyée à mardi prochain.

Fièvres paludéennes (causus). — M. **LÉON COLIN**, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Leroy de Méricourt et Laboulbène, lit un rapport sur le travail de M. Luc Bellos (d'Athènes) sur les fièvres dites paludéennes. Ce mémoire a pour

principal objet la démonstration de l'identité des formes morbides actuellement observées dans ce pays et de celles qui sont décrites dans les œuvres d'Hippocrate. Pour mieux affirmer cette identité, l'auteur a rendu à ce type morbide son antique dénomination de *causus*.

Ce travail renferme des considérations originales sur la chaleur fébrile, sur l'action très différente des bains froids, suivant qu'ils sont administrés à un sujet en période de chaleur ascendante ou à un malade arrivé au stade suivant.

Un autre chapitre démontre la fréquence relative en Grèce de cette fièvre hémoglobinurique, sur laquelle M. le rapporteur a présenté à l'Académie un intéressant mémoire de M. le professeur Karamitzas.

Le chapitre consacré au diagnostic du causus démontre la difficulté de distinguer cette affection de la fièvre typhoïde.

M. le rapporteur propose d'adresser des remerciement à l'auteur et de déposer très honorablement son mémoire dans les archives.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 mai 1883. — Présidence de M. Grimaux.

COMMUNICATIONS

Tuberculose. — M. MALASSEZ, en son nom et au nom de M. Vignal, fait une communication sur un cas de tuberculose sans bacilles. Il s'agit d'un enfant, manifestement tuberculeux, qui portait sur l'avant-bras gauche un nodule tuberculeux. Cet enfant étant mort de méningite tuberculeuse, ce nodule fut pris et examiné deux heures après la mort. Des inoculations furent faites à trois séries de cochons d'Inde, qui tous présentèrent les mêmes symptômes : apparition, au niveau de la piqûre, d'un nodule primitif, augmentant de volume, puis autour de nodules secondaires, enfin de tous les signes d'une généralisation rapide de la tuberculose.

Il s'agissait donc d'une maladie inoculable, présentant tous les caractères de la tuberculose expérimentale.

On connaît la découverte de Koch sur les bacilles de la tuberculose ; or, malgré les recherches les plus attentives, MM. Malassez et Vignal n'ont jamais trouvé aucun bacille dans les organes des animaux inoculés qui ont servi aux expériences dont il vient d'être question. Mais ils ont trouvé des masses zoocléiques constituées par des micrococcus particuliers. Ayant multiplié leurs recherches, ils ont constaté que ces masses zoocléiques ne se rencontraient que dans les cas où l'on ne trouvait pas de bacilles et, réciproquement, faisaient toujours défaut dans ceux où existaient ces bacilles. Ils ont donc été conduits à conclure qu'il peut exister des formes de tuberculose qui ne sont pas liées à la présence des bacilles, mais à celle d'un autre micro-organisme, formes qu'ils proposent de désigner sous le nom de zoocléiques.

M. BROWN-SÉQUARD a inoculé la tuberculose chez des cobayes ; ceux-ci étaient divisés en deux séries, l'une placée dans les meilleures conditions. Les cobayes formant cette seconde série étaient tous atteints de la tuberculose ; ceux qui formaient la première n'avaient rien. Cette expérience a une grande importance en montrant l'influence de l'état hygiénique des individus soumis à des causes de tuberculose. En outre, les cobayes présentant de larges plaies, de la suppuration, devenaient toujours tuberculeux, même placés dans les meilleures conditions hygiéniques.

M. Brown-Séquard rappelle à cette occasion l'exemple d'un chien galeux rapidement guéri en étant simplement soumis à ces bonnes conditions hygiéniques.

Manomètre double. — M. FRANCK présente un manomètre double fort ingénieux, destiné à faciliter les recherches manométriques relatives à diverses études de physiologie expérimentales.

Le thallium. — M. RABUTEAU fait une communication qui a pour but de montrer que le thallium, administré à l'état d'iodure, en 1880, à la dose de 1 centigramme, se retrouve dans les urines par la pile et l'analyse spectrale.

Aphasie avec surdité des mots. — M. MAGNAN communiquait en 1880 à la Société un curieux exemple d'aphasie avec cécité des mots (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1880, numéro du 12 février). Aujourd'hui il communique un fait d'aphasie avec surdité des mots et dans lequel les lésions, comme dans le cas précédent, occupent deux foyers distincts. Il y a, en effet, un foyer de ramollissement au niveau de la troisième circonvolution frontale, puis un second foyer de ramollissement au niveau du lobe sphénoïdal.

Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans qui, depuis deux ans, présentait des troubles du langage, de la logoplégie simple, puis qui eut des étourdissements, des attaques apoplectiformes et qui ne comprenait plus bien ce qu'on lui disait. Ces phénomènes allèrent en s'aggravant, sans que les autres troubles de paralysie devinssent plus accentués. Il ne comprenait pas les questions qu'on lui adressait, mais il comprenait les signes qu'il pouvait lire ; il lisait et avait conscience de ce qu'il lisait. Il avait perdu la faculté de percevoir les images tonales, mais il avait conservé intacte celle de la vision. Cet homme étant mort de tuberculose pulmonaire, on fit l'autopsie : on trouva, au niveau de la troisième circonvolution frontale, les lésions ordinaires de l'aphasie. Il existait aussi une lésion au niveau du lobe sphénoïdal. La première et la deuxième temporales étaient complètement envahies par un foyer de ramollissement ; à ce niveau, la couche corticale reposait sur un fond ramolli. Il y avait, dans cette région, une lésion très étendue, dont le maximum correspondait exactement au niveau des premières et deuxièmes temporales. Or ces points sont précisément ceux dont la lésion entraîne la surdité des mots.

M. BROWN-SÉQUARD pourrait citer un grand nombre d'exemples où les lobes sphénoïdaux et les lobes occipitaux ont été complètement détruits sans que ces troubles se soient produits.

M. MAGNAN fait observer que ces cas sont encore bien peu connus et qu'il s'agit là d'une séméiologie qui peut passer facilement inaperçue. Il y a donc lieu de penser que bien souvent ces troubles ont existé sans qu'il en ait été fait mention par les auteurs.

M. BROWN-SÉQUARD pourrait citer des observations de destructions des deux lobes occipitaux et sphénoïdaux dans lesquelles il est mentionné que les malades avaient tous leurs sens et n'avaient présenté aucune surdité. Or les troubles dont parle M. Magnan ne pouvaient jamais être confondus qu'avec la surdité. Les faits communiqués par M. Magnan ont incontestablement une très grande valeur clinique ; mais leur valeur physiologique est nulle. En effet, les phénomènes produits varient avec les individus, bien que le siège de la lésion soit le même.

M. MAGNAN rappelle plusieurs faits qui montrent bien nettement que la physiologie pathologique indique qu'il y a des centres différents.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

176. M. Hue. De la péritonite aiguë compliquant les kystes de l'ovaire. — 177. M. Auvray. Essai sur la conjonctivite granuleuse. L'épidémie des pupilles de la marine à Brest. — 178. M. Michaux. De la situation déclive du malade avec flexion du rachis et taxis dans la réduction des hernies. — 179. M. Marius Bertrand. Des injections en général et des procédés d'injection qui peuvent être usités dans les affections des voies génito-urinaires. — 180. M. Daubresse. Du goitre exophtalmique chez l'homme (étude clinique).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — Les treize places du concours pour les sections d'anatomie, physiologie et sciences naturelles se répartissent de la manière suivante :

1° Anatomie et physiologie : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 2 ; Lyon, 2 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 2.

2° Histoire naturelle : Paris, 1 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 1.

Les onze places du concours pour les sections des sciences physiques sont réparties ainsi qu'il suit :

1° Physique : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 1.

2° Chimie et toxicologie : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lyon, 2 ; Montpellier, 1.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation à Bouray-Lardy, le dimanche 27 mai 1883. Le départ aura lieu à la gare d'Orléans pour Bouray, train de six heures quarante-cinq minutes du matin.

— M. le professeur Chatin, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique, le dimanche 27 mai, dans la forêt de Chantilly. — Le départ s'effectuera de la gare du Nord, à huit heures cinq minutes.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 27 mai 1883, à Auvers, Valmondois et l'Isle-Adam.

Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare du Nord, où l'on prendra, à huit heures trente-cinq minutes, le train pour Auvers. On sera rentré à Paris à cinq heures quarante-quatre minutes.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie (galerie de géologie), avant samedi quatre heures.

— M. le docteur H. Picard commencera un cours public et gratuit le lundi 28 mai, à cinq heures, 13, rue Suger, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Il décrira la pierre dans le rein et dans la vessie, la lithotritie et la taille. — L'anatomie pathologique sera démontrée par des projections photographiques.

De l'asphyxie non toxique, par L. Dreyfus-Brisac, médecin des hôpitaux. Brochure in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14578.

N° 60. — SAMEDI 26 MAI 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 26 MAI 1883. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. L'herpétisme. — Végétations adénoïdes du pharynx nasal. — ORIGINES DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE. Le magnétisme éclairé par la métallothérapie. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'herpétisme.

Des grands courants scientifiques que suit aujourd'hui la médecine, il en est deux qui pourront être considérés comme caractérisant plus particulièrement le mouvement médical de notre époque : l'un qui n'est, en réalité, qu'une restauration d'une idée médicale ancienne, méconnue ou volontairement négligée pendant la période de la doctrine dite physiologique, l'idée des diathèses dont le rôle est si important et si justement pris en considération actuellement, dans la grande classe des maladies chroniques ; l'autre qui procède d'une vue nouvelle, dans laquelle la médecine française aura à revendiquer la plus grande part, celle qui consiste à rattacher la plupart des affections cutanées, comme troubles trophiques, à des lésions primitives organiques ou fonctionnelles du système nerveux. M. Lancereaux, dont l'esprit d'observation et de recherche toujours en éveil, ne laisse jamais échapper ni une idée, ni un fait susceptibles de contenir un enseignement, s'est inspiré de ce double courant et des notions nouvelles qu'ils nous ont apportées, pour soumettre à une revision et une sorte de refonte la question de l'herpétisme. Il n'a évidemment pas eu la prétention d'inventer la diathèse herpétique. Mais il lui a semblé qu'à côté des grands processus morbides héréditaires et véritablement constitutionnels, on n'avait pas fait à l'herpétisme la place qui lui convient et que ses manifestations ont été trop souvent confondues avec d'autres diathèses voisines. Les détails de l'herpétisme, dit-il, se trouvent partout, l'ensemble nulle part. C'est cet ensemble, c'est la pathologie herpétique générale qu'il a voulu reconstituer, en montrant, réunie sous cette dénomination d'herpétisme, toute une série de modifications morbides dynamiques et matérielles se succédant dans le cours de la vie, avec un ordre tel qu'il est impossible d'y méconnaître le lien de parenté qui les unit et les rattache à une même condition pathologique commune.

Rapprochant le nom d'herpétisme de ceux qui servent à la désignation des maladies chroniques, tels que les mots syphilis, impaludisme, saturnisme, etc., qui ont aujourd'hui un sens défini et s'appliquent à des maladies connues tant dans leurs manifestations symptomatiques que dans leurs désordres anatomiques et dans leur évolution, M. Lancereaux définit l'herpétisme comme il suit : « Une maladie constitutionnelle à longues périodes, essentiellement héréditaire, non contagieuse, caractérisée par des désordres dynamiques des trois grandes fonctions nerveuses et des lésions trophiques des téguments, des systèmes locomoteur et sanguin. » Dire constitutionnelle, c'est dire inhérente à l'organisation de l'individu, conséquemment héréditaire, et ayant sa source dans un désordre primitif de l'innervation, le système nerveux étant le lien qui resserre les différentes manifestations de l'herpétisme pour en faire l'unité.

Ainsi conçu, l'herpétisme devait être étudié autrement que dans ses symptômes et dans ses localisations ; il devait l'être aussi et surtout dans son ensemble, afin de pouvoir en saisir la physionomie générale.

Pour cela, M. Lancereaux suppose un malade atteint d'herpétisme et le suit dans tout le cours de son existence. Enfant, il ne diffère pas sensiblement des autres ; il n'a encore que des aptitudes morbides spéciales qui se révéleront à propos du plus léger accident. Un refroidissement, une indigestion, seront l'occasion d'affections spasmodiques diverses, accès de faux croup, convulsions passagères, etc. Ce seront un peu plus tard les incontinences d'urine, de l'agitation durant le sommeil ; puis, à l'époque de la puberté, des pertes séminales involontaires, une pâleur habituelle faisant place par instants à des congestions de la face ; des épistaxis fréquentes et presque toujours un certain degré de chlorose ou de chloro-anémie ; parfois des troubles dyspeptiques, sous l'influence de fatigues de travail ou d'excès. Puis viennent, vers vingt ans, les accidents névralgiques, de deux ordres différents, suivant que le grand sympathique ou les nerfs sensitifs sont en cause (migraine, névralgie, viscéralgie) et ayant presque toujours le caractère intermittent.

Parallèlement se manifestent, également dès les premiers temps de la vie, des éruptions diverses qui donnent à ces phénomènes morbides leur signification et comme leur marque. Ce sont : l'urticaire, l'une des plus communes parmi ces éruptions, l'eczéma, le lichen, le psoriasis, coexistant presque toujours avec des désordres de la sensibilité, prurit, cuisson ou douleurs. Puis, plus tard, ce sont les angines, les varices, enfin les hémorroïdes qui remplacent les épistaxis et les hémoptysies.

La physionomie générale, qui, pendant la première jeunesse de l'herpétique, est peu distincte de celle des autres

enfants, prend, à mesure qu'il avance dans la vie, des caractères plus accusés. Il est ordinairement sec, nerveux, actif, à moins qu'il ne tombe dans l'hypochondrie. Des signes de déchéance se manifestent presque aussitôt après l'achèvement de l'accroissement, tels que le pityriasis du cuir chevelu qui amène promptement la calvitie. Les systèmes osseux et musculaire sont ordinairement développés, tandis que le tissu cellulo-adipeux est, au contraire, peu prononcé.

Chacun des désordres pathologiques qui se rattachent à l'herpétisme a son moment spécial d'apparition qu'il importe de signaler : les troubles spasmodiques du larynx et des bronches appartiennent au jeune âge ; les migraines, les accès d'asthme, les spasmes vésicaux, les hypérémies et les hémorragies externes, la polyurie et la gravelle, se rencontrent principalement dans l'âge adulte.

Ainsi des désordres surtout dynamiques sont le propre de la croissance et de la virilité. Par contre, des lésions matérielles se montrent vers l'âge de quarante à cinquante ans, alors que commence la période de déchéance organique.

C'est dans cette période du commencement de déchéance organique que surviennent des lésions articulaires à marche lente et chronique, précédées de sensations douloureuses, d'élancement, de cuisson, de brûlure et auxquelles s'ajoutent parfois des poussées aiguës. Ce sont des hyperostoses des extrémités osseuses au pourtour des surfaces articulaires, par l'usure des cartilages ; dans quelques cas, la présence de corps étrangers, la raideur, la difficulté ou l'impossibilité d'exécuter certains mouvements, en un mot l'ensemble phénoménal généralement désigné sous le nom de rhumatisme chronique, rhumatisme noueux, arthrite sèche, déformante, etc.

Les artères, assez généralement affectées de battements dans le jeune âge, deviennent flexueuses, rigides, perdent leur élasticité et s'élargissent avec les années ; d'où une hypertrophie cardiaque plus ou moins accentuée. Ces désordres vasculaires ont, en outre, pour conséquence, des lésions nutritives des principaux organes et particulièrement du cerveau et des reins. Ce sont ces diverses lésions qui, le plus souvent, mettent fin à l'existence de l'herpétique.

Enfin, dans cette phase avancée de l'herpétisme, les affections spasmodiques des voies respiratoires ont disparu et sont quelquefois remplacées par une trachéite ou par une bronchite chronique.

En résumé, comme pour la plupart des maladies chroniques, les manifestations de l'herpétisme présentent, dans leur filiation, deux phases distinctes, caractérisées : l'une par des désordres purement fonctionnels et rarement dangereux ; l'autre par des lésions matérielles qui finissent généralement par compromettre l'existence et amener la mort. C'est la revue de ces deux ordres de phénomènes qui constitue le gros de l'ouvrage. On comprend que nous ne puissions pas suivre ici l'auteur dans ces développements.

La pathogénie de l'herpétisme est un des points les plus intéressants de cette étude.

« Lorsqu'on envisage les nombreuses manifestations de l'herpétisme, dit M. Lancereaux, on ne tarde pas à reconnaître qu'un désordre nerveux préside au développement de chacune d'elles. Qu'il s'agisse de névralgie, de spasme, de congestion ou d'hémorragie et même de lésions matérielles, telles que arthrite déformante, athérome artériel, toujours ce désordre existe, soit comme phénomène essentiel, soit comme phénomène initial. »

L'herpétisme aurait donc son siège dans l'appareil de l'innervation. Mais à quel genre de désordres nerveux répondraient ces manifestations ? Sont-elles l'effet d'une lésion matérielle ou d'un simple trouble fonctionnel ? On sait que les déterminations morbides de la première période de l'herpétisme sont mobiles, transitoires, le plus souvent aiguës, et qu'elles ne présentent aucune lésion matérielle appréciable ; pourtant elles sont, à n'en pas douter, le résultat d'un simple trouble dynamique. Les affections de la seconde période, constituées par des lésions des tissus ou des organes, paraissent, par leur ténacité, dépendre d'un état matériel des centres ou des cordons nerveux ; mais, en tout cas, les sensations subjectives de douleur, de prurit, de cuisson, etc., qui les précèdent ordinairement, ne laissent aucun doute sur leur relation avec un ordre primordial de l'appareil de l'innervation. L'herpétisme est donc le fait de troubles de l'innervation sensitive, motrice, mentale et vaso-motrice et partant il constitue une névrose complexe.

Cette manière d'envisager l'herpétisme conduit en pratique, c'est-à-dire en prophylaxie et en thérapeutique, à rechercher les indications diverses qui se déduisent de ces différents chefs, la prédisposition, les manifestations morbides, l'état général et l'état local. Le traitement doit répondre à une double indication : attaquer le désordre local, modifier la condition générale de l'organisme qui le produit et l'entretient.

C'est à l'occasion des faits particuliers qui pourront se présenter ultérieurement, que nous aurons à examiner les méthodes et procédés de traitement que propose M. Lancereaux.

Végétations adénoïdes du pharynx nasal.

On a donné, depuis quelques années, le nom de végétations adénoïdes du pharynx nasal aux petites tumeurs constituées par l'hypertrophie de la tonsille pharyngienne, nom que les anatomistes ont donné à l'agglomération de follicules clos qui existent à la voûte du pharynx nasal. Ces excroissances produisent, par le fait seul de leur présence, une série de troubles fonctionnels du côté de la respiration et de l'audition, dont on n'avait pas su, jusque-là, découvrir la cause. C'est là une affection qui est restée longtemps méconnue et d'une rencontre, paraît-il, assez commune dans le jeune âge, depuis que les procédés d'exploration des voies pharyngo-laryngées sont devenus plus usuels et plus familiers dans la pratique. M. le docteur Calmette, dans sa clinique spéciale des maladies du nez et des oreilles, appelle journellement l'attention de ses élèves sur cette affection et sur les moyens de traitement qui leur conviennent. C'est à cette source d'instruction que M. le docteur Jules Peisson a recueilli les éléments du travail qui va nous aider à donner à nos lecteurs une idée de cette affection encore peu connue.

Les végétations adénoïdes se présentent sous différents aspects. Tantôt toute la tonsille pharyngienne est hypertrophiée et alors elle a conservé sa forme en ne changeant que de dimension, ou bien elle est devenue une pépinière de languettes pectiformes ayant toutes la même direction verticale. Ces languettes sont ou soudées entre elles ou indépendantes. Dès lors, les choanes sont obturés de haut en bas et les embouchures des trompes sont englobées plus ou moins, en raison directe de cette prolifération. Tantôt cette prolifération n'est que partielle, et alors on voit soit une crête qui divise le pharynx nasal en deux parties latérales

comme une cloison, soit une tumeur comme une cerise, suspendue à la voûte et apparaissant dans le pharynx buccal quand la luette et le voile se relèvent, soit des bourrelets ou saillies arrondies, qui rétrécissent beaucoup les trompes et desquels partent quelquefois des excroissances pectiformes qui remontent vers ce conduit. Enfin les dépressions normales des parois latérales de la cavité et la fossette de Rosenmüller peuvent être comblées par ces excroissances.

La muqueuse est soulevée par cette hyperplasie; elle a l'aspect d'une écumoire sécrétant un liquide visqueux, verdâtre, tenace, s'écoulant sur la paroi postérieure du pharynx. A l'exploration digitale, on a la sensation d'une éponge. Assez souvent la muqueuse, le tissu conjonctif, les glandes, sont aussi hypertrophiés et entrent pour une certaine part dans le volume de la végétation. Les vaisseaux sont multipliés. Enfin, souvent dans cette région, comme dans le pharynx buccal, quand il y a hypertrophie amygdalienne, existe un catarrhe chronique dont l'évolution est fréquemment accidentée de poussées aiguës inflammatoires. Durant ces périodes, ces végétations augmentent de volume par suite de la congestion, et l'inflammation se propage aux fosses nasales, surtout aux cornets inférieurs, à la trompe d'Eustache, à l'oreille moyenne, au voile, à la luette et aux arcs palato-pharyngiens.

L'analyse histologique de ces végétations a montré qu'elles étaient toujours de nature adénoïde. Elles se rencontrent surtout chez les enfants et pendant l'adolescence. Toutefois il ne paraît pas que la première enfance ni l'âge adulte en soient exempts. Leur étiologie n'est pas encore bien connue. Elles paraissent être familiales et héréditaires.

La symptomatologie de cette affection est tellement constante que l'inspection seule du sujet suffit presque toujours pour la faire diagnostiquer. Les malades, généralement jeunes, ont, dit M. J. Peisson, une physionomie spéciale très caractéristique. La bouche est ouverte, les ailes du nez sont aplaties, les sillons naso-génien et naso-labial n'existent plus, la mâchoire inférieure est tombante, le regard est atone, la figure sans expression et sans mobilité. La bouche, qui normalement est une cavité virtuelle, devient la partie supérieure de l'arbre respiratoire, et, par ce fait, l'odorat est émoussé, du moins dans son rôle actif. Ces malades ont, de plus, une prononciation spéciale; pas de résonnance dans la voix qui est voilée, sourde, éteinte. L'articulation de certains mots est défectueuse, celle des nasales est impossible. Quelquefois les malades ne peuvent se moucher ou mouchent peu. Ils ont la conscience de corps étrangers dans la gorge. Quelques-uns accusent de fréquents maux de tête, plus rarement des accès d'asthme aux premières heures de sommeil, enfin le ronflement nocturne.

A ces symptômes, dont quelques-uns échappent le plus souvent à l'attention, viennent parfois s'en ajouter qui sollicitent l'attention. Tels sont notamment les troubles de l'ouïe. Presque tous les malades que M. Peisson a vus à la clinique de M. Calmette y venaient pour la surdité. Généralement les deux oreilles sont atteintes à la fois et le plus souvent à un degré inégal. Les troubles portent toujours sur l'oreille moyenne et sur la trompe d'Eustache et ils sont plus prononcés du côté où les végétations sont le plus abondantes.

Il importe de faire observer qu'il peut y avoir altération de l'ouïe sans troubles respiratoires notables. Ce fait s'explique surtout par le siège de végétations autour de la trompe. Aussi, sous le rapport des symptômes fonctionnels, M. Calmette divise-t-il les végétations adénoïdes du pharynx nasal en trois catégories : 1° Végétations à troubles respiratoires : l'enfant a la bouche ouverte et n'est pas sourd. 2° Végétations à troubles auriculaires : l'enfant n'a pas la bouche ouverte, mais il est sourd, avec ou sans écoulement purulent des oreilles. 3° Végétations mixtes : l'enfant a la bouche ouverte et il est sourd. Ce dernier cas est le plus fréquent.

La conséquence pratique de cette observation est que, en présence de lésions de l'oreille moyenne, bien qu'il n'y ait pas de respiration buccale, surtout si le sujet est jeune, il faudra rechercher les végétations adénoïdes.

On a proposé, pour la destruction de ces végétations adénoïdes, deux méthodes principales : la cautérisation et l'ablation. Cette dernière seule paraît acceptable à M. Peisson. M. Calmette se sert, pour pratiquer cette ablation, de la pince de Lœvemberg modifiée. A la pince tranchante par son bord supérieur, il a substitué une double curette ovale, à grand axe vertical et coupant en dedans par le bord antérieur. Quand la pince est fermée, les deux curettes forment une olive. Introduite dans le pharynx nasal, elle ne peut rien blesser, ses bords étant arrondis; et quand on ouvre pour couper les excroissances, elle atteint seulement celles-ci, respectant toujours les parties voisines.

L'amygdale pharyngienne hypertrophiée une fois enlevée, tous les symptômes s'atténuent et disparaissent.

ORIGINES DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE (1).

XII

LE MAGNÉTISME ÉCLAIRÉ PAR LA MÉTALLOTHÉRAPIE.

En l'année 1853, l'Académie des sciences de Milan mettait au concours la question suivante :

« Dire les applications vraiment utiles pour la physiologie, la pathologie et la thérapeutique, que l'on peut attendre de l'étude entreprise sur les phénomènes désignés sous la dénomination de magnétisme animal. »

Nous répondîmes à l'appel de cette Société par un travail qui avait pour épigraphe : « *Quærite et invenietis* », dans lequel nous débutions ainsi qu'il suit :

« Lorsque l'auteur de ce travail eut connaissance, il y a huit mois seulement, du programme tracé par l'Académie des sciences de Milan pour le concours de l'année 1854, il se sentit, en quelque sorte, pénétré d'une reconnaissance personnelle pour cette illustre compagnie qui n'avait pas craint de risquer de se compromettre, aux yeux de ses savantes sœurs, en évoquant la question du magnétisme animal.

« Croyant avoir en ses mains tous les matériaux nécessaires pour répondre convenablement à cet appel, il se traça tout aussitôt un vaste programme qui non seulement lui paraissait digne de la Compagnie son inspiratrice, mais dont l'exécution devait lui permettre d'acquitter une grosse dette de reconnaissance qu'il a contractée envers le magnétisme animal : les pages qui vont suivre en témoigneront. Malheureusement le temps lui a manqué pour réaliser ce programme et toutes ses parties, et aujourd'hui il se voit forcé de ne répondre que partiellement à l'appel de l'Académie. Cependant il espère deux choses : prouver, d'une part, que les phénomènes magnétiques sont susceptibles d'applications fruc-

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 décembre 1882.

tueuses en médecine, que leur étude peut devenir même le point de départ de découvertes fécondes et, par là, fournir l'appoint d'une pièce non sans valeur pour la revision du procès fait à Mesmer et à ses continuateurs, et, d'autre part, démontrer que les phénomènes obéissent à de certaines lois, qu'ils ont un terrain commun sur lequel on peut être certain de les rencontrer et que ce terrain, la métallothérapie permet de le reconnaître en même temps qu'elle peut fournir à l'expérimentateur les moyens de n'avoir rien à redouter de son inexpérience première. »

Suivaient deux mémoires restés inédits, qui étaient intitulés, l'un : « *les Métaux éclairés par le magnétisme* », et l'autre : « *le Magnétisme éclairé par les métaux* ».

Nous avons fait connaître le contenu du premier mémoire dans les pages qui précèdent; nous allons procéder de même sommairement pour le deuxième.

Lorsqu'on parcourt les principaux ouvrages qui traitent de la question du magnétisme animal, on est frappé de ceci : que les auteurs y gardent le silence sur la détermination précise des cas auxquels convient ce mode de traitement et ne donnent que des notions très-approximatives sur les signes auxquels on peut reconnaître d'avance qu'un sujet est doué ou non de réceptivité magnétique, laissant croire, s'ils ne le disent point catégoriquement, qu'il n'est personne qui ne soit magnétisable, au moins à un certain degré. Il y a dans ce silence une lacune des plus regrettables et qui n'a point peu nui à la diffusion du magnétisme parmi les savants. Comment, en effet, avec le meilleur vouloir, trouver ici la vérité? Comment ne pas craindre de se compromettre, au milieu du scepticisme des uns et des railleries des autres, en la cherchant à tort et à travers, comment surtout se défendre contre les mystificateurs? Il est vrai qu'en médecine les lacunes de cette nature ne manquent point non plus. Où sont, par exemple, les travaux témoignant d'efforts pour arracher la thérapeutique à tous les tâtonnements et à tous les hasards de l'empirisme, qui eurent si souvent pour conséquences fatales le scepticisme chez le médecin et le découragement chez le malade, quand la fortune ne vient pas corriger la somme des échecs nés de l'ignorance de l'appropriation du remède à l'idiosyncrasie autant qu'à la maladie?

Obéissant à la même inspiration qui nous avait fait rechercher, en métallothérapie, les moyens de faire concorder la double indication qui est le corollaire de ces deux facteurs, nous avons fait pour le magnétisme ce que nos devanciers avaient négligé, nous voulons dire : nous avons recherché l'idiosyncrasie magnétique et les conditions pathologiques dans lesquelles le magnétisme peut trouver son application.

Nous nous sommes d'autant plus attaché à le faire que, dès nos premiers pas dans la voie du prosélytisme auquel tout néophyte se croit obligé, nous n'avions point tardé à apprendre trop souvent à nos dépens que le terrain n'est ici rien moins que sûr, même quand il ne s'agit que de reproduire des phénomènes d'ordre purement physique; que le succès des expériences qui sont le plus demandées dépend toujours de nombre de conditions délicates dont une seule, faisant défaut, peut y mettre obstacle absolument, de même que l'absence d'une seule de ces trois choses, air, lumière et humidité, peut empêcher toute germination; qu'un seul échec suffit pour faire oublier cent succès et renverser complètement la formule qu'un fait ne prouve rien, ni pour ni contre; que les expériences les mieux réussies peuvent bien éveiller la curiosité des savants incrédules et susciter même parfois leur bienveillance, mais que jamais elles n'en ont convaincu ni ne pouvaient en convaincre aucun, par cette bonne raison que les phénomènes magnétiques, surtout ceux qui sont le plus recherchés, ne peuvent être prouvés rigoureusement que par soi-même.

Aussi, très convaincu de bonne heure qu'il n'y avait qu'un seul moyen de faire avancer la question, celui d'indiquer la voie à suivre pour que chacun puisse voir par lui-même, — *farà da se*, suivant la fameuse devise italienne, — avons-nous recherché ce moyen et, après l'avoir trouvé, adopté pour règle de conduite, à peu près invariable, de laisser les incrédules, qui ne veulent se donner aucune peine pour s'éclairer personnellement, persister en leurs dénégations, et de ne jamais plus nous risquer dans des aventures dont plus d'une fut poignante (1).

Nous avons vu précédemment :

1° A propos de la malade de Robert, Clémentine X..., que le cuivre ramenait la sensibilité chez un sujet endormi magnétiquement, puis le réveillait, tandis que d'autres métaux ne faisaient rien;

2° A propos de celle de M. Maisonneuve, Picardel, que les armatures de cuivre pouvaient non seulement réveiller, mais aussi faire cesser tous les accidents consécutifs au magnétisme;

3° A propos de Picardel, d'une deuxième malade de Cochin et de l'une des hystériques de la Salpêtrière, L'Hoste, que le magnétisme ne semblait se produire que dans cette double condition : d'une part, un état pathologique marqué par de l'anesthésie et de l'amyosthénie; et, d'autre part, le retour de la sensibilité et de la force par l'application du cuivre;

4° A propos de Sylvain, sensible au fer, et qui avait été magnétisée en vain à la Pitié, que la sensibilité du fer excluait la sensibilité magnétique.

Il y avait en tout cela bien des choses à vérifier. C'est ce que nous fîmes sur différents sujets, et cela nous conduisit à ajouter à notre thèse inaugurale la page suivante :

« Il résulte d'un grand nombre de tentatives que nous avons faites, depuis bientôt quatre années, pour arriver à donner, à l'aide des métaux, un caractère scientifique aux phénomènes physiques du magnétisme animal, ceux qu'on se plaît généralement à reconnaître, cette première loi importante que nous nous faisons un devoir de faire connaître à tous ceux qui aiment la vérité, mais qui n'ont jamais su, en magnétisme, où et comment la trouver :

« Un homme ou une femme, une jeune fille ou un jeune garçon, est éminemment propre à présenter les effets de ce qu'on a appelé le *magnétisme animal* :

1° Lorsqu'il est affecté d'anesthésie ou d'amyosthénie;

2° Lorsqu'il est sensible à l'action du cuivre.

Plus la sensibilité et la motilité sont altérées, plus elles reparaissent vite par l'application de ce métal, plus l'action magnétique se manifeste, rapide et complète.

Dans ces conditions, il n'est presque personne qui ne soit capable de la produire, au moins à un certain degré.

Pour se mettre à l'abri de toute crainte, avoir toujours à sa portée une armature de cuivre qui, si nous pouvons ainsi dire, anti-magnétique au suprême degré sert merveilleusement à prévenir ou à faire cesser tous les accidents et ramener le malade à son état naturel, lorsque le magnétiseur a cessé de veiller auprès de lui (par les mains du premier venu ou du malade lui-même). »

Et, après avoir dit que nos expériences magnétiques avaient été faites à Cochin, à Beaujon, à Necker, à Saint-Antoine et à l'hôpital des Enfants, nous ajoutions ces paroles dont l'attitude de la Société de biologie dans la question de l'hypnotisme, soulevée dans son sein par M. Dumontpallier, a été une nouvelle justification : « Que dans les questions les plus délicates, les plus dange-

(1) En 1851, il nous arriva en ce genre une mésaventure cruelle, précisément dans le service de Robert. Le célèbre chirurgien de Beaujon avait reçu dans ses salles un enfant d'une dizaine d'années pour lequel l'amputation de Chopart devait être pratiquée. Cet enfant, somnambule de naissance, nous l'avions magnétisé antérieurement avec un plein succès, à l'Hôpital des Enfants, sur l'invitation de Guersant. Robert, l'ayant appris de l'un de ses élèves qui avait assisté aux expériences, voulut donner un pendant à l'opération pratiquée par M. J. Cloquet, à la faveur de l'anesthésie magnétique et nous écrivit à cet effet. Nous nous rendîmes donc un matin à Beaujon et, au milieu d'une nombreuse assistance d'élèves et de médecins très dans l'attente de ce qui allait se passer, nous nous mettons à magnétiser l'enfant. Mais, cette fois, rien absolument ne fut obtenu et, au bout de trois quarts d'heure d'efforts soutenus, nous dûmes, accablé de fatigue et rouge de confusion, faire place à l'anesthésie par l'éther, laissant derrière nous une traînée de chuchottements dont plus d'un se fût transformé en des rires à gorge déployée, n'eût été la présence de Robert. La leçon était rude! Mais ce fut la dernière.

reuses même, *avec de bons esprits pour juges*, on peut toujours se conduire et agir de telle sorte que l'on n'ait jamais à regretter d'y avoir laissé quelque chose. »

Restait cette proposition que nous avions réservée, savoir : que, bien qu'un sujet soit anesthésique et amyosthénique au plus haut degré, il est insensible au magnétisme, s'il répond au fer ou à l'acier, et non au cuivre, mais *peut être encore sensible à l'hypnotisme;* nous l'apprîmes depuis.

Lorsque nous tenions ce langage, en pleine Faculté et devant un quatrième juge, le professeur Velpeau, qui ne put nous en punir que par ces paroles : « Que nous passerions notre vie à poursuivre une chimère », et qui, ironie amère du sort, devait, quelques années après, porter, en compagnie de notre savant confrère de Bordeaux, le docteur Azam, le cousin germain du magnétisme, tout au moins, sous le vocable trompeur d'hypnotisme à l'Académie des sciences, nous avions déjà, par devers nous, un chiffre respectable de faits pour le justifier. Mais bientôt, la métallothérapie ayant été invitée à aller faire ses preuves à Londres sur une grande dame, lady X..., qui portait une hémiparaplégie depuis quinze années, nous pûmes y en ajouter nombre d'autres recueillis à l'infirmerie mesmérique fondée dans Bedford-Square par John Elliobtson, au grand scandale des plus célèbres Physicians, ses collègues, de la Vieille Angleterre. Nous possédions, dès 1853, 82 observations circonstanciées que nous fîmes figurer dans notre deuxième mémoire adressé à l'Académie des sciences de Milan. Ces observations se décomposent ainsi qu'il suit :

A. 45 sujets névropathes des deux sexes (20 hommes et 25 femmes), frappés d'anesthésie ou bien d'analgésie, de parésie ou d'amyosthénie.

Sensibilité cuivre : sensibilité magnétique au même degré;

Une seule exception chez un homme (observation neuvième);

De plus, deux sujets (un homme et une femme) étaient aussi sensibles à l'or.

B. 33 sujets (16 hommes et 17 femmes) dans les mêmes conditions pathologiques qu'en *A*.

Sensibilité acier : sensibilité magnétique nulle.

C. 4 sujets (4 femmes), mêmes conditions qu'en *A* et *B*.

Sensibilité argent : sensibilité magnétique nulle.

D. Des sujets (nombre indéterminé), parmi lesquels une dizaine d'épileptiques des deux sexes;

Ni anesthésie ni amyosthénie : sensibilité magnétique nulle.

E. Quelques sujets de la catégorie *D* sont magnétisés avec persistance : les uns continuent à résister, tandis que les autres finissent par être endormis. A ce moment, nous constatons que ces derniers sont devenus plus ou moins anesthésiques et amyosthéniques, que leur santé est toute troublée et que, d'autre part, ils répondent au cuivre et jamais au fer ou à l'acier.

Nous suspendons les magnétisations : l'état nerveux disparaît et, au fur et à mesure qu'il en est ainsi, la sensibilité et les forces musculaires sont les premières à retourner vers l'état normal.

F. Une dizaine de sujets, dont Picardel, une malade de M. Nonat, une autre d'Horteloup (père), deux dames R... et E..., qui nous avaient été adressées par le vénérable M. G. Monod, anesthésiques et amyosthéniques, et, de plus, sensibles au cuivre, sont traitées par le magnétisme, et la guérison s'opère comme par la métallothérapie. Nous observons, en outre, qu'à mesure que la sensibilité et les forces musculaires se rétablissent, nous mettons plus de temps à obtenir le sommeil magnétique. Une fois la guérison apparente obtenue, chez deux de ces malades, l'anesthésie post-magnétique ne peut plus être obtenue et la sensibilité métallique s'est éclipsée.

G. Tous les sujets magnétiques, sans exception, sont réveillés par l'application d'une armature en cuivre, et chez tous le même moyen suffit pour faire cesser sûrement tout accident post-magnétique, de telle sorte qu'une fois les malades endormis, nous pouvons nous retirer, laissant à ceux qui les entourent le soin de veiller sur eux et de les réveiller au moment voulu.

Un fait, entre cent, pour montrer quelle est ici la puissance du cuivre :

Un jour qu'Elliotson nous faisait les honneurs de son infirmerie, en compagnie de plusieurs personnes notables, dont le docteur Ashburner, le traducteur et commentateur du livre de Reichenbach *On the vital force*, qui avait aussi osé embrasser publiquement la cause du mesmérisme, on nous présenta un gentleman, d'une quarantaine d'années environ, qui, en regardant fixement un point dans l'espace, avait, ainsi que la fameuse pythonisse de Delphes, le don de se plonger dans le *sommeil mesmérique*, disait à tort Elliotson, — le mot *hypnotique* eût été, en effet, ici véritablement à sa place, — et n'avait jamais pu en être tiré par personne autre que lui-même. Invité à se mettre en crise, M. X... le fit de très bonne grâce.

Lorsque l'état hypnotique parut arrivé à son apogée et que, les bras tendus vers le ciel, M. X... semblait se livrer à quelque invocation suprême, nous sortons de notre poche deux larges bracelets bivalves et, sans mot dire, nous les appliquons, un à chaque bras, sur les manches de l'habit. Alors on vit peu à peu les bras se détendre, puis tomber pendants le long du corps, les globes des yeux, convulsés en haut, s'abaisser, le corps s'assouplir, etc., et, finalement, M. X... revenir à son état ordinaire.

Cette expérience frappa beaucoup les assistants et peut-être qu'en feuilletant bien les publications d'Elliotson dans son journal *The Zoist* ou ailleurs on l'y trouverait consignée. Nous nous rendîmes ensuite, plusieurs fois, à l'infirmerie de Bedford-Square, muni de notre dynamomètre, d'une aiguille, — nous n'avions point encore fait construire notre esthésiomètre, — et de bracelets, les uns en cuivre et les autres en acier. Nous y passâmes en revue différents malades des deux sexes qui venaient s'y faire traiter (l'infirmerie ne recevait que des externes) et, sans le moindre renseignement, nous pûmes préciser ceux qui dormaient et ceux qui ne dormaient point.

En résumé : la notion précise des conditions pathologiques expresses, plus celles de l'idiosyncrasie magnétique dans lesquelles la magnétisation est seulement possible, mais certaine;

Un procédé sûr pour se dispenser de veiller auprès des malades, une fois endormis, pour les réveiller sûrement et combattre de même, au besoin, tout accident né du traitement;

Une démonstration *hic et nunc* de la vérité des effets physiques, au moyen de cylindres de différents métaux ou de substances autres que du cuivre, de même forme et du même poids, renfermés souvent dans des manchons de même couleur, en étoffe ou en papier, cylindres constamment les uns démagnétisateurs et les autres non : voilà comment la métallothérapie acquitta la dette qu'elle avait contractée envers le magnétisme animal.

Il nous reste à rendre à sa cause un autre service, celui d'y faire la part du faux et du vrai, de séparer le bon grain de l'ivraie, de montrer comment le magnétisme peut guérir, mais aussi comment sa pratique expose à des dangers réels de plus d'une sorte, comment ceux qui vivent du somnambulisme pipent les dés de façon à engluer fatalement tout consultant tant soit peu naïf. C'est ce que nous ferons une autre fois, si les circonstances nous le permettent.

Nous avons écrit bien longuement et cependant plus d'une chose est restée dans l'ombre qui aurait mérité d'en sortir. Mais nous avons fait provisoirement le nécessaire; cela nous suffit.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mai 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Kélotomie ; résection d'une épiplocèle enflammée. — M. Terrier fait un rapport sur deux observations adressées par M. Piéchaud (de Bordeaux). L'une est un exemple de kélotomie pratiquée avec succès pour une hernie ombilicale étranglée. Dans l'autre, il s'agit d'une épiplocèle enflammée dont M. Piéchaud a fait la résection en pratiquant la cure radicale du sac. Cette opération a très bien réussi.

M. GILLETTE considère cette opération comme inutile et croit que le malade aurait fini par guérir sans opération.

M. DESPRÉS soutient la même opinion et pense, comme M. Gillette et les vieux auteurs, qu'on ne doit jamais opérer une épiplocèle enflammée. Il cite même un exemple qui prouve que cette opération ne met pas toujours à l'abri des hernies ; il a eu, en effet, l'occasion d'opérer un malade de hernie étranglée, auquel M. Périer avait antérieurement pratiqué la résection d'une épiplocèle enflammée.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est absolument opposé à la manière de voir de MM. Després et Gillette et pense qu'il y a des cas où l'on rend les plus grands services aux malades en les opérant d'une épiplocèle et en pratiquant la cure radicale du sac.

M. TERRIER est de l'avis de M. Lucas-Championnière et pense que, dans le cas particulier dont il s'agit, on doit féliciter M. Piéchaud d'avoir opéré.

Innervation collatérale. — M. RICHELOT fait une communication sur ce sujet à l'occasion d'un fait de résection du nerf médian. Il résulte des faits acquis à la science que les sutures nerveuses pratiquées chez l'homme restent habituellement sans résultat au point de vue fonctionnel. On ne sait pas guérir les plaies des nerfs. D'un autre côté, il arrive souvent qu'après une de ces plaies la sensibilité, plus rarement le mouvement, persistent par suite d'une innervation collatérale. C'est un de ces faits rares et heureux que M. Richelot a eu l'occasion d'observer.

Il s'agit d'un homme de vingt-six ans, affecté d'un névrome du nerf médian, consécutif à une fracture compliquée, qu'il s'était faite à l'âge de trois ans. Le malade souffrait atrocement de névralgie ; M. Richelot pratiqua la résection du névrome et partant du nerf médian. Après l'opération, non seulement la sensibilité de la région innervée par le nerf médian, mais aussi les mouvements des muscles qui se trouvent sous sa dépendance, demeurent à peu près intacts.

Quelle peut être la raison de ce phénomène ? Pour la conservation de la sensibilité, les explications ne manquent pas. La persistance des mouvements est plus difficile à expliquer. En résumé, M. Richelot a rencontré un cas heureux. Il est très rare, en effet, d'observer, dans ces sortes de cas, la suppléance fonctionnelle stricte. Aussi paraît-il indiqué de pratiquer la suture nerveuse comme étant encore le plus sûr moyen d'assurer la régénération précoce du nerf.

M. VERNEUIL fait observer que l'intégrité fonctionnelle de la sensibilité n'implique pas toujours l'intégrité anatomique des nerfs. Dans un fait qu'il a eu l'occasion de suivre autrefois, le nerf médian fut pris dans une cicatrice de brûlure : les doigts se rétractèrent en griffe et la sensibilité persista. Elle persista même lorsque, voulant corriger la cicatrice, il enleva, sans chercher à le faire, le nerf compris dans son tissu.

M. POLAILLON, à la suite d'une plaie du radial, a cherché la régénération rapide en pratiquant une suture du nerf. Deux mois après son intervention, les mouvements n'étaient pas encore revenus.

M. VERNEUIL cite un fait d'expérience qui démontre la possibilité de la suppléance fonctionnelle des nerfs voisins. Quand le nerf cubital est paralysé, jamais les mouvements du petit doigt ne retrouvent leur intégrité. Innervé par le cubital seul, en effet, le petit doigt ne saurait être le siège d'une circulation nerveuse collatérale.

M. LANNELONGUE dit qu'il y a, dans ces phénomènes de suppléances nerveuses et de régénération anatomique des nerfs, encore bien des problèmes assurément difficiles à résoudre. Il a lui-même observé le phénomène suivant :

Chirurgien de Bicêtre, il avait ce qu'il appelait son petit bataillon d'amputés. Il a exploré tous les moignons de ces malades, et il n'a pas été difficile d'y constater des points qui correspondaient toujours à une région disparue, au mollet, au talon, au gros orteil, etc. Bien plus, ces points, constants quant à leur siège, avaient également en petit la forme de la région dont ils conservaient la sensibilité. Mais, dans un autre ordre d'idées, comment expliquer le retour de la sensibilité morbide dans les névralgies de la face après les résections nerveuses ?

PRÉSENTATION

Résections sous-périostées. — M. ROBERT présente une pièce qui montre la disposition anatomique des tissus après les résections sous-périostées.

Homme de vingt-sept ans, qui a succombé à la pyohémie, trente-six jours après une amputation de la cuisse, le malade avait été opéré en pleine septicémie et il est mort des suites de cette affection.

La pièce montre que le canal médullaire peut se fermer et s'obturer sans l'intervention du périoste qui, dans ce cas, est remonté bien au-dessus du point de section de l'os.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la démence mélancolique (1), par M. le docteur A. MAIRET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le titre de *Démence mélancolique*, que M. Mairet donne à ce travail, s'applique à un groupe de faits jusqu'à présent laissés dans l'ombre, et qui cependant lui paraissent constituer une unité, un type morbide. Dégager ce type, l'étudier, tel est le but que l'auteur s'est proposé et vers lequel l'a conduit l'observation clinique.

Parmi les malades que M. Mairet observait dans le service hospitalier auquel il est attaché comme médecin adjoint (2), il en était quelques-uns, regardés comme des lypémaniaques ou comme des persécutés, chez lesquels certains symptômes le frappaient et le ramenaient constamment vers l'idée de l'existence d'une lésion organique du cerveau. C'était la constatation d'un affaiblissement radical de l'intelligence, dont souvent il retrouvait les traces dès les premières périodes de la maladie, et qui par conséquent n'était pas consécutif au délire : c'était la physionomie des malades, à laquelle, entre autres particularités, la congestion passive qui arborisait les pommettes et certains troubles paralytiques localisés, quoique généralement très peu marqués, fugaces même au début, imprimaient une modalité qu'on ne retrouve pas dans les aliénations mentales par troubles fonctionnels.

Plus tard, M. Mairet eut l'occasion de faire l'autopsie de certains des malades qui avaient présenté pendant leur vie les particularités cliniques qu'on vient de signaler.

Dans ces cas, M. Mairet trouvait des altérations très nettes du cerveau, altérations semblables à celles qu'on rencontre dans la paralysie générale, mais restant localisées, et localisées à une même région. Cette localisation du travail anatomique, chez des individus ayant présenté pendant la vie le même ensemble de troubles psychiques, attira seule d'abord l'attention de notre confrère, et c'est au point de vue des rapports possibles entre le siège de ce travail et les symptômes présentés par les malades qu'il étudia ses observations. Mais bientôt il s'aperçut que le point de vue auquel il se plaçait était trop restreint et que ces rapports n'étaient qu'un chapitre important d'une étude plus générale.

Rapprochant, en effet, les données que fournissait l'anatomie pathologique de celles que la clinique avait fournies, M. Mairet se demanda si des faits se caractérisant pendant la vie par un mélange de délire mélancolique et de démence organique, et à l'autopsie par une péri-encéphalite localisée, ne constituaient pas un type morbide méritant une étude à part.

L'attention de M. Mairet attirée de ce côté, il retrouva, soit parmi les malades de l'asile, soit dans les ouvrages des auteurs,

(1) Un vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, G. Masson.

(2) Asile public d'aliénés de l'Hérault.

des observations qui vinrent confirmer l'idée qu'avaient fait naître dans son esprit celles qu'il avait tout d'abord recueillies.

En poursuivant ses recherches, l'auteur avait pu constituer le « type démence mélancolique ». Il avait étudié les rapports de la démence mélancolique avec la paralysie générale. Il avait été amené à montrer que la première est à la seconde ce qu'une inflammation localisée est à une inflammation diffuse, et à distinguer deux ordres de faits qu'on confond généralement : la paralysie générale et la paralysie généralisée.

En résumé, le travail de M. Mairet comprend deux parties : la première consacrée à la constitution, la seconde à l'étude du type clinique : « démence mélancolique ». Il n'est pas sans intérêt d'ajouter, enfin, que l'auteur a enrichi de onze planches lithographiées sa contribution à l'étude de la péri-encéphalite chronique localisée et à l'étude des localisations cérébrales d'ordre psychique.

Microchimie végétale (1), par M. V.-A. Poulsen.

La *Microchimie végétale* est un guide pour les recherches phyto-histologiques, écrit à l'usage des étudiants par M. V.-A. Poulsen et traduit d'après le texte allemand par M. J.-Paul Lachmann, licencié ès sciences naturelles, préparateur à la Faculté des sciences de Lyon.

Dans ces dernières années, la technique du microscope a fait de grands progrès. La physique, par le perfectionnement du microscope, le spectroscope, le polariscope, la bobine d'induction et la photographie, a été appliquée au microscope. M. Poulsen demande à la chimie de nous fournir les moyens de reconnaître et d'interpréter aussi exactement que possible les objets que nous examinons. Cette analyse, appliquée à des objets examinés au microscope, constitue la microchimie.

Dans ce livre, l'auteur cherche à faire connaître les substances dont l'action sur les préparations microscopiques permet de reconnaître la nature et la composition chimique et parfois même la structure physique de ces derniers. M. Poulsen traite d'abord des réactifs employés dans le laboratoire; puis il étudie les substances végétale et leurs réactions.

Un appendice est consacré aux liquides dans lesquels il faut placer les objets que l'on désire conserver longtemps.

(1) In-18. — Prix : 2 fr. — Paris, O. Doin.

— M. le professeur Le Fort reprendra ses conférences cliniques, à l'Hôtel-Dieu, le mercredi 30 mai, à neuf heures, à l'amphithéâtre Desault et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14588.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. Notes rétrospectives sur l'origine et le développement de la thérapeutique algérienne. — Hospice de la Salpêtrière. Paraplégie par mal de Pott. — Société de Biologie. — Société médicale des Hôpitaux. — Nouvelles.

Paris, le 28 mai 1883.

NOTES RÉTROSPECTIVES

SUR L'ORIGINE ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA THÉRAPEUTIQUE ALGÉRIENNE.

Il est bien, ce me semble, dans l'étude des sciences en progrès constant, comme l'est encore la médecine, de jeter, de temps en temps, un coup d'œil en arrière pour examiner ce qu'il reste, après une période d'une trentaine d'années, des théories, des systèmes, au milieu desquels on a été élevé, avec lesquels on a grandi et l'on a vieilli. Que de ruines alors dans le passé, que d'illusions perdues en route, que d'épaves sur le chemin parcouru! Ce qui est vrai à toutes les époques l'est bien plus encore pour ma génération qui ne trouve plus que bien rarement dans les travaux modernes les noms des hommes illustres qui ont été ses maîtres et qui s'appelaient Broussais, Louis, Chomel, Andral et Trousseau lui-même, l'un des derniers grands morts. Que de souvenirs cependant se rattachent à ces noms qui étaient pour nous si glorieux! Mais la science a marché si vite, s'est engagée si résolument, si témérairement peut-être, dans des recherches tout à fait imprévues, qu'il y a, en quelque sorte, une rupture complète entre ce qui était hier et ce qui est aujourd'hui.

Le titre de cet article indique le fait précis que je veux examiner à ce point de vue; je le limite exclusivement à la thérapeutique, laissant de côté les idées théoriques qui, depuis un demi-siècle, ont été émises sur la nature des fièvres paludéennes, spécialement celles de l'Algérie, et auxquelles, je l'avoue très facilement, je n'ai jamais attaché qu'une importance fort médiocre.

Autant, en ce qui me concerne, j'ai défendu et j'ai cherché à propager la médication qui m'avait paru convenir au traitement de ces maladies, autant j'ai été sobre d'explications et peu soucieux de les défendre lorsqu'elles ont été attaquées ; je sentais presque instinctivement qu'elles me constituaient un obstacle bien plus qu'un secours pour faire adopter ce que mes travaux avaient de pratique.

Quand je me reporte à cette époque déjà bien éloignée, 1834-1836, je ne puis m'empêcher de remarquer que ces travaux ont eu, dès les premiers jours, cette singulière fortune d'être entourés, en plein XIXe siècle, d'une auréole de légende. N'en a-t-elle pas vraiment tout le cachet, cette proposition faite sérieusement par un ingénieur, d'entourer la Mitidja d'une grille de fer pour empêcher les soldats d'y entrer, tant son séjour était dangereux? Hésiterait-on aussi, à première vue, à le regarder comme une légende, si on le trouvait consigné dans les anciens, le fait qui, sous mon inspiration, s'est passé à Bône : savoir, l'étonnante diminution de la mortalité qui, en 1834, se traduisit par le chiffre de 1,437 morts en moins avec 856 malades en plus, et cela, immédiatement, sans transition, du jour au lendemain? Je crois qu'on lui appliquerait, sans examen aucun, le jugement sommaire qu'a prononcé Littré sur le rôle attribué à Hippocrate dans la peste d'Athènes, sur son refus fait à Artaxerce de son secours, etc., etc; *événements aujourd'hui controuvés, reposant sur des pièces toutes apocryphes,* affirme le savant et indiscutable helléniste.

Mais, de nos jours, avec notre grande publicité, nous n'avons plus à craindre ni cette exagération dans la louange, ni cette immolation posthume de nos œuvres; nous n'avons plus à redouter que la postérité les traitera de fables, même lorsque, par des circonstances diverses, elles lui paraîtraient s'éloigner des faits ordinaires.

Ainsi, ce m'est déjà un honneur de n'avoir jamais rencontré dans les critiques qui m'ont été adressées, trace du moindre soupçon sur l'exactitude de mes déclarations, de mes affirmations sur les résultats que j'ai obtenus dans mes grands services de fiévreux aux armées qui s'élevaient parfois jusqu'à quatre cents malades.

Les chiffres que j'ai donnés à l'appui sont, à la vérité, incontestables ; ils sont officiels et d'une authenticité absolue. Conformément aux règlements, ils étaient périodiquement adressés à l'autorité militaire; et là, leur régularité était, en quelque sorte, contrôlée par les états de l'administration qui, à leur tour, servaient de base à la comptabilité : il fallait donc que le chiffre de mes entrants, de mes sortants, de mes morts et de mes restants fût en concordance exacte avec ces états qui servaient à prouver et à justifier la dépense. Tout ce que j'ai publié à ce sujet, est donc nécessairement de la plus grande rigueur : *c'est une vérité chiffrée.*

Dans un article inséré en 1850 dans la *Gazette médicale de Paris,* sous le titre de : *Documents pour servir à l'histoire des maladies de l'armée d'Afrique*, je trouve une citation qui était complètement sortie de ma mémoire et que je m'empresse de reproduire comme une preuve de l'assertion que je viens d'émettre, savoir l'intervention constante et effective de l'intendance dans les détails journaliers de nos services

médicaux : « ... Il résulte de ces détails que les 82 décès (en juillet) appartiennent aux services suivants... L'inégalité de ces contributions respectives faisant naître des réflexions affligeantes, à telles causes que soient dues les différences que je vous signale, il convient de les rechercher... Si le mal est dans les choses, il faudrait se hâter d'y porter remède, soit en abandonnant les localités mal exposées, soit en corrigeant leurs vices matériels. Dans une conviction contraire, on ne devrait pas être moins empressé à propager les médications heureuses... »

Ainsi, non seulement le mouvement général de mon hôpital était contrôlé, mais il en était de même de celui de chaque division en particulier; et, je puis le dire aujourd'hui que les acteurs qui ont joué un rôle malheureux dans ce triste drame ont disparu, il y avait dans les résultats des divers services des différences telles que l'on comprend très bien ici l'intervention de l'autorité administrative malgré son incompétence scientifique.

Dans ma réponse, j'expliquai ces grands écarts par l'intervention de conditions accidentelles; mais la vérité est que, dans ces salles, on s'était confiné dans les errements, pour ne pas dire les erreurs, de la doctrine physiologique; on y persista et l'on y fut de plus en plus malheureux à mesure que nous avancions vers l'automne : pour couper court aux plaintes qui s'élevaient de toutes parts, je dus supprimer un de ces services. Le médecin qui en était chargé, resta plusieurs années encore en Algérie sans profiter de l'expérience générale, car je l'ai retrouvé, douze ans après, associé à des attaques auxquelles j'ai dû répondre avec la fermeté, avec la hauteur de parole que m'autorisaient à prendre les résultats si favorables, si probants de la direction, de l'impulsion que j'avais imprimées à la thérapeutique algérienne.

Malheureusement, pendant que je travaillais si courageusement à cette évolution, j'étais, bien jeune encore, livré à mes seules forces; et si mes idées ont prévalu, c'est qu'elles portaient en elles une puissance d'expansion irrésistible. Mais il fallut des années pour que de poste en poste, de ville en ville, d'un camp à un autre camp, elles se fissent connaître et pussent entraîner les convictions. J'ai toujours regretté que l'autorité compétente n'ait pas provoqué à ce moment une circulaire comme il a été fait pour le choléra et le typhus. Des instructions, parties de haut, auraient facilité ma tâche, auraient donné un puissant appui à l'étude des questions que je venais de soulever et dont l'adoption, faite de suite dans toute l'Algérie, aurait prévenu bien des revers dans les hôpitaux où la rumeur qui commençait à se faire autour de mes recherches n'était pas encore arrivée. C'est ainsi que, malgré les succès obtenus à Bône, et par l'introduction de ma médication dans quelques autres localités, la mortalité générale de l'armée d'Afrique est restée très élevée encore pendant assez longtemps, et uniquement peut-être parce que mes idées ne s'étaient pas encore infiltrées partout; car à mesure qu'elles s'étendirent, on vit cette mortalité baisser en corrélation exacte avec leurs progrès; et maintenant qu'elles sont devenues d'une application générale, la proportion des décès aux malades traités dans nos hôpitaux est à très peu près la même en Algérie qu'en France.

D'un autre côté, nos savants confrères de la flotte, dans leurs rapports fréquents avec les médecins de l'armée d'Afrique, avaient eu souvent occasion de se renseigner sur les tentatives d'une médication nouvelle; ils les contrôlèrent, ils les analysèrent, les développèrent en les appliquant au traitement des affections paludéennes dans nos colonies lointaines, et partout ils ont obtenu des résultats identiques à ceux énoncés. C'est, je n'en doute pas, à leur sagacité, à leur impulsion, à leur initiative, à leurs connaissances spéciales, que la Réunion doit de n'avoir eu qu'une mortalité bien faible si on la compare à celle de Maurice, lorsque, presque simultanément (1866-1868), ces deux îles, — sœurs jumelles, pourrait-on dire, — ont été frappées par une épidémie de fièvres palustres.

Il y a là, à mon avis, un grand enseignement; cherchons à le mettre en relief et tâchons de nous expliquer les désastres de Maurice.

Cette île, renommée jusqu'au milieu de ce siècle pour sa salubrité, sa richesse, sa fertilité et ses belles forêts, est, depuis vingt-cinq ans environ, violemment tourmentée par des affections paludéennes. Pourquoi? Parce que, depuis une cinquantaine d'années, on a procédé sans mesure, sans discernement, au défrichement presque entier de ces magnifiques forêts que l'on a remplacées par la canne à sucre. Les terres des montagnes, n'étant plus maintenues par les racines des arbres, se sont délayées pendant la saison des pluies, ont été entraînées dans les parties basses où elles ont formé des terrains d'alluvions considérables, au milieu desquels se sont établis de vrais marécages. Dès cette époque, les fièvres intermittentes qui, jusqu'alors, avaient été sporadiques et bénignes, ont augmenté en nombre et en gravité; on peut juger de la marche de cette dernière progression en voyant la modification qu'elle a entraînée dans la thérapeutique. Jusqu'en 1858, on administrait le sulfate de quinine à la dose de 3 à 6 grains, en deux ou trois fois, dans les vingt-quatre heures. Mais, de 1858 à 1860, les accidents devenant plus graves, les accès pernicieux se multipliant, on élève la quantité du fébrifuge à 3 grammes par jour.

On voit donc, à n'en pas douter, d'après cette progression dans les doses du sulfate de quinine, que le danger devient menaçant et que le pays est décidément entré dans les contrées à fièvres paludéennes endémiques. Mais, malgré tous ces graves avertissements, on était loin de prévoir la terrible explosion de ces fièvres qui, sur une population de 360,000 habitants, en font périr 11,735 en 1866; en 1867, 40,000, — je dis quarante mille; — et dans les six premiers mois de 1868, les décès s'élèvent encore à 12,748; et la *mal'aria* continue toujours à se manifester, mais, heureusement, dans de moindres proportions.

Ce fut en 1867, — et on le comprend très bien, — un affolement général auquel les médecins eux-mêmes ne purent échapper, comme le démontrent deux rapports officiels adressés à l'autorité par une commission médicale chargée par elle de la renseigner sur la nature de l'épidémie et d'indiquer les moyens de la combattre. Dans ces rapports sont exprimées deux opinions contradictoires : l'une pense que l'on a affaire à des fièvres palustres; l'autre, — et c'était la plus répandue dans la population en même temps qu'elle était partagée par un assez grand nombre de médecins, — prétendait que la maladie n'était pas due à la *mal'aria*, mais que c'était la fièvre de Bombay importée dans l'île par des immigrants qui, à cette époque, arrivaient à Maurice en très grand nombre. « Il est bien difficile, disent MM. Le Roy de Méricourt et Layet, de débrouiller le chaos pathologique dans lequel les médecins qui ont écrit sur cette maladie, semblent avoir pris plaisir à se plonger. »

C'est une tâche que, malgré ses difficultés, je vais cependant tenter de remplir, après avoir rendu justice aux mem-

bres de la commission qui soutenaient l'origine paludéenne de la maladie, qu'ils disaient être la reproduction fidèle des épidémies dont l'histoire nous a été léguée par Morton, Torti, Lancisi, Werloff, Lauter, Medicus et Alibert.

Je commencerai par faire remarquer que la commission a eu le très grand tort de ne s'appuyer que sur des travaux anciens, le traité d'Alibert étant lui-même si arriéré qu'il ne peut éclairer en rien la question des fièvres intermittentes et que, en réalité, il n'est pas de notre époque.

Si, au contraire, elle avait consulté, si elle avait médité les recherches modernes que l'on doit surtout aux médecins des armées de terre et de mer sur les grandes épidémies des pays chauds et marécageux, elle aurait mieux compris le problème qu'elle avait à résoudre; elle aurait pu alors apprendre à prévenir les accès pernicieux non moins que le passage à l'état ataxo-adynamique de ces fièvres continues spéciales qui tantôt prennent cette allure dès le début, tantôt ne la revêtent que secondairement, après avoir passé par l'intermittence ou la rémittence; mais qui, dans tous les cas, constituent les formes les plus nombreuses, les plus redoutables, les plus souvent mortelles.

Elle aurait vu bien vite qu'en administrant le sulfate de quinine immédiatement et à haute dose, on n'a plus de ces fièvres malignes dont parlent tant les auteurs des siècles derniers qui ont été si multipliées à l'île Maurice et dont Mazuric a tracé un tableau si saisissant; lequel, du reste, ne diffère en rien de celui que nous a laissé Pinel de ses deux fièvres essentielles, dites l'une ataxique, l'autre adynamique.

Dans le cas actuel, ce n'était pas à trouver des analogies entre la maladie que l'on observait et celles qui ont été décrites par des médecins qui, sauf Alibert, vivaient il y a cent cinquante ans et qui, bien certainement, par l'insuffisance de leurs moyens thérapeutiques, non moins que par leurs données théoriques, contribuaient largement au développement de ces grandes épidémies dont ils se faisaient les historiens sans se douter de la part qui leur revenait dans leurs redoutables manifestations. Ce qu'il y avait à chercher avant tout, c'était de ne pas être réduit à faire une nouvelle édition de ces descriptions, et l'on y serait facilement arrivé en feuilletant quelques-unes des pages écrites sur ce sujet par la médecine moderne; on y aurait appris comment de ces maladies très graves on fait des affections facilement curables.

On le sait très bien en France; on n'y doute plus que c'est aux enseignements que je recommande aux médecins des pays chauds et marécageux, que l'on a dû la fin des épidémies de prétendues fièvres putrides, malignes, ataxiques, typhoïdes, qui ont exercé tant de ravages dans notre armée d'Afrique, dans les premières années de l'occupation, et qui, tout comme à l'île Maurice, avaient présenté des difficultés presque insolubles dans leur diagnostic et dans la détermination de leur nature.

Il faut espérer que cette si douloureuse contre-épreuve faite à Maurice de la thérapeutique algérienne sera le dernier tribut payé aux incertitudes, aux difficultés de la pathologie propre aux contrées infectées par le voisinage des marais. En exprimant ce vœu, je suis heureux de pouvoir me rendre ce témoignage que je n'ai rien épargné, ni mon temps, ni mes peines, ni mes intérêts, pour assurer le triomphe d'une méthode qui a déjà rendu, je crois, de grands services, et qui, pendant longtemps encore, est appelée à en rendre à de nombreuses populations.

Je suis d'autant plus autorisé à me complaire dans cette douce quiétude que l'Académie des sciences, ce juge suprême des grandes questions qui s'agitent dans le monde des travailleurs, vient de récompenser mes travaux, qu'elle veut bien qualifier d'*admirables*, en leur donnant un prix Montyon et en proclamant dans son rapport que, « grâce à la méthode de Maillot, on vit disparaître ces épidémies terribles dont avait tant souffert notre armée en Morée et pendant les premières campagnes d'Afrique... que la possibilité de l'occupation militaire et de la colonisation ne fut plus discutée : la Mitidja cessa d'être *le tombeau des chrétiens*. »

D[r] J.-F. MAILLOT,
Ancien président du Conseil de santé des armées.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Paraplégie par mal de Pott.

Je vais vous montrer aujourd'hui deux de mes malades actuellement à peu près complètement guéries de paraplégie par mal de Pott, après avoir été condamnées au lit pendant près de deux années.

Je vous ai déjà parlé, dans d'autres entretiens, du mal vertébral cancéreux; entre cette affection et le mal vertébral de Pott, le parallèle est intéressant à faire.

Le premier est fréquent dans cet hôpital, car c'est un fait vulgaire de rencontrer à l'autopsie, chez les femmes atteintes de cancer du sein, des foyers cancéreux dans les corps vertébraux, véritables dépôts métastatiques qui, souvent, ne se sont révélés, pendant la vie, par aucun symptôme particulier. D'autres fois ces foyers gagnent les lames, les apophyses, et les vertèbres se ramollissent alors, offrant la consistance du caoutchouc, et se tassent les unes contre les autres. Il semble qu'il y ait fusion de deux vertèbres en une seule par exemple, de telle sorte que les nerfs qui, de la moelle, se rendent à la périphérie, se trouvent plus ou moins comprimés dans leur passage à travers les trous de conjugaison. En pareil cas, le mal se révèle par des phénomènes particuliers, par des accidents névralgiques, c'est-à-dire parce que l'on a appelé la paraplégie douloureuse des cancéreux, paralysie dans laquelle la moelle n'est pas affectée.

Mais il y a un troisième ordre de faits, où la moelle, cette fois, se trouve atteinte. Dans ce cas, la néoplasie cancéreuse de la vertèbre se dirige vers le canal rachidien; une sorte de champignon cancéreux se développe dans le canal; il augmente peu à peu de volume, et détermine une compression plus ou moins considérable de la moelle. Il se produit alors une myélite transverse dans la hauteur de un à deux centimètres; au-dessous, il se fait une dégénération secondaire des faisceaux pyramidaux; enfin, comme conséquence, on observe tous les symptômes de la paraplégie par compression, comme lorsqu'il s'agit d'une tumeur quelconque comprimant la moelle.

Quant au mal vertébral de Pott, s'il offre de grandes analogies avec le mal vertébral cancéreux, il présente cependant aussi quelques différences. Jusqu'en 1870 ou 1871, époque où l'un de mes internes, M. Michaud, a publié, comme thèse inaugurale, un travail très remarquable sur cette question, on ne trouvait que fort peu de choses dans les auteurs sur la paraplégie par mal de Pott, et l'on raisonnait surtout par hypothèses. Aujourd'hui il n'en est

plus ainsi. Cette paraplégie n'est pas le résultat de la compression osseuse comme on l'avait jusqu'alors prétendu à tort, car en réfléchissant un peu on aurait remarqué que la paraplégie guérit, alors même que la déviation angulaire de la colonne vertébrale persiste. Cette déviation ne saurait donc être rendue responsable des phénomènes de paralysie. De plus, il est des cas où cette paralysie existe, sans qu'il y ait la moindre déviation de la colonne vertébrale.

Voici, du reste, le résultat des recherches de M. Michaud, faites sous mes inspirations. Supposons la présence d'un néoplasme dans le corps d'une vertèbre; peu à peu il gagne le ligament vertébral qui résiste pendant un certain temps, jusqu'au moment où il se trouve traversé, et le foyer néoplasique gagne la périméninge, s'y accumule, se trouve ainsi en contact avec la face externe de la dure-mère et détermine une infection locale, l'évolution tuberculeuse s'accomplissant dans tous les points qu'elle touche. La couche la plus externe de la dure-mère s'affaisse à son tour, il se produit un champignon tuberculeux, très facilement reconnaissable, histologiquement parlant, tandis que la face interne de la dure-mère reste saine. Mais ce champignon peut augmenter de volume et se répandre de différentes façons; il peut former parfois une sorte d'anneau plus ou moins complet autour de la moelle, de telle sorte que la gaine se trouve tout à fait cachée. Or, ce champignon, dans son développement, exige une certaine place, de là la compression de la moelle épinière soit d'un côté, soit dans tout son pourtour. Voilà donc encore un fait de compression de la moelle sans qu'il existe aucune déviation des vertèbres, celles-ci, au contraire, ayant conservé à l'extérieur leurs apparences normales. Du reste, même en pareil cas, surviendrait-il une certaine déviation vertébrale, ce ne serait pas elle qui aurait déterminé la paraplégie, mais bien le champignon tuberculeux.

Si dans le mal vertébral cancéreux la symptomatologie se trouve éclairée par l'anatomie pathologique, dans le mal de Pott il existe aussi quelquefois des pseudo-névralgies, il est vrai, mais la cause n'en est plus la même. La douleur est le résultat du passage des tubes nerveux à travers la néoplasie tuberculeuse, d'une véritable névrite se développant avant toute compression. C'est ainsi que l'on observe des névrites intercostales simples ou doubles, reconnaissant pour cause l'enveloppement des nerfs par le champignon tuberculeux en voie de développement.

Ceci posé, examinons nos deux malades, et voyant comment de pareilles lésions peuvent guérir.

L'une de ces femmes est restée deux ans au lit dans notre service; l'autre un an et demi, toutes deux dans un décubitus particulier, c'est-à-dire les cuisses repliées sur le bassin, les jambes sur les cuisses et les talons, pour ainsi dire appliqués contre les fesses. Puis, un beau jour, la contracture disparaît, le réflexe cesse d'exister, les membres s'allongent, les malades se lèvent et marchent.

La mort d'une autre femme qui avait parfaitement guéri, pour succomber, deux ans plus tard, à une coxalgie, nous a montré le mécanisme de la guérison. Mais auparavant, nous devons vous dire quelques mots sur les deux malades qui font le sujet de cette leçon.

La première, chez laquelle la guérison est probablement définitive, a vu son père mourir tuberculeux; elle a perdu huit frères ou sœurs, succombant les uns au carreau, les autres à une méningite tuberculeuse ou à la phtisie pulmonaire; un de ses cousins, issu de germain, est mort paraplégique à la suite du mal de Pott. Enfin, sa grand'mère est morte d'un cancer de l'estomac. De plus, elle a perdu deux enfants en bas âge. Voilà un nécrologe plus que suffisant au point de vue des antécédents.

Quant à elle, elle a éprouvé les premiers symptômes du mal de Pott à l'âge de vingt-quatre ans, pendant le cours d'une de ses grossesses : douleurs intercostales droites puis gauches; puis il y a eu déformation vertébrale, enfin paraplégie. C'est dans cet état qu'elle est entrée dans mon service : elle est restée au lit dix-huit mois, absolument impotente, et c'est huit ans après le début des premiers accidents qu'elle a guéri. Aujourd'hui il ne lui reste plus qu'une déviation angulaire de la colonne vertébrale, et cette femme peut faire maintenant de longues courses sans en être incommodée.

La seconde malade n'est plus dans les mêmes conditions que la précédente; elle n'a aucun antécédent héréditaire. La maladie s'est développée sans cause connue. Elle a débuté par des douleurs intercostales droites, puis gauches, douleurs atroces, suivies peu à peu des phénomènes ordinaires du mal de Pott et de paraplégie. Elle est restée pendant vingt-deux mois dans son lit, et c'est également après une durée de huit ans qu'elle a guéri. Chez elle, cependant, la guérison n'est pas aussi complète. Cette femme marche bien, il est vrai, elle fait bien aussi certaines courses assez longues dans Paris ; mais, à un moment donné, elle commence à éprouver une certaine raideur dans la jambe droite, et elle traîne son pied droit. Quelquefois aussi, dans son lit, ses jambes sautent, ce qui signifie qu'elle conserve encore un peu de paraplégie spasmodique.

Du reste, lorsque nous l'examinons, nous constatons qu'elle a conservé un réflexe rotulien très prononcé, la contracture reste à l'état latent, surtout dans le membre inférieur droit. Cette femme présente aussi une certaine courbure angulaire de la colonne vertébrale, moins prononcée cependant que chez l'autre malade. En un mot, elle n'est pas complètement guérie.

Revenons maintenant aux faits qui nous ont été montrés à l'autopsie de la paraplégique guérie, qui a succombé deux ans plus tard à une coxalgie. L'observation en est rapportée dans la thèse de mon ancien interne M. Michaud.

Tout d'abord, nous avons retrouvé des vestiges du champignon tuberculeux dans la dure-mère; mais ce n'est pas là le fait principal. Ce qui est beaucoup plus important, c'est l'état de la moelle. Au niveau du point où elle était comprimée, la moelle avait conservé son volume normal, tandis qu'immédiatement au-dessous, elle n'était plus représentée que par un cordon fibreux, gros à peine comme une plume d'oie, après quoi la moelle recouvrait son volume ordinaire. Comment se fait-il donc qu'une moelle ainsi réduite, dans une petite étendue, ait pu continuer à fonctionner régulièrement? L'histologie a répondu à cette question, en nous montrant que le cordon fibreux n'était pas exclusivement formé de tissu fibreux, mais qu'il renfermait encore un certain nombre, — le tiers environ du chiffre normal, — de tubes nerveux normalement constitués, qui rattachaient le bout supérieur de la moelle à son bout inférieur. Quant à la substance grise, elle était réduite à un petit moignon formant une sorte de corne antérieure, avec quelques cellules nerveuses. Aussi est-il difficile de comprendre comment cette femme a pu marcher pendant deux ans. C'est là un problème que nous ne pouvons résoudre, je le répète, dans l'état actuel de la science.

Quant au traitement de la maladie qui nous occupe, j'ai eu recours aux pointes de feu. Pourquoi? Parce que je l'ai vu faire avec succès à mes maîtres. Pourquoi Rayer le conseillait-il vivement? Parce que lui aussi l'avait vu faire à d'autres qui réussissaient également bien en l'employant, et notamment à des vétérinaires qui y recouraient avec succès. La guérison serait-elle une simple coïncidence ou bien est-elle la conséquence de ce traitement? Je crois d'autant plus volontiers à cette dernière hypothèse, que j'ai vu des malades, laissés tranquilles, sans aucun traitement, ne pas guérir, tandis qu'en intervenant, comme je viens de le dire, j'ai obtenu de bons résultats, et parfois même si rapides, que ma conviction est faite à cet égard. C'est pourquoi, en terminant, je vous engage à faire comme moi, en pareils cas : à avoir recours aux pointes de feu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 mai 1883. — Présidence de M. Grimaux.

COMMUNICATION

Les bacilles de la tuberculose. — **M. COCHEZ** fait une communication sur ce sujet. Il résulte, des nombreuses recherches qu'il a faites, qu'il existe des bacilles dans tous les crachats de phtisique, que leur nombre plus ou moins considérable donne des indications précises sur l'époque et la marche de la maladie; qu'il n'en existe dans les crachats d'aucune autre affection et qu'on peut affirmer que là où il n'y a pas de bacilles, il n'y a pas de tuberculose; qu'enfin les crachats qui contiennent des bacilles sont virulents.

PRÉSENTATION

De l'astigmatisme de la cornée. — **M. JAVAL** présente, de la part de M. Nordenson, un travail intitulé : *Recherches ophtalmométriques sur l'astigmatisme de la cornée chez des écoliers de sept à vingt ans.* Sur l'invitation de M. Javal, M. Nordenson a examiné les yeux des élèves de l'École Alsacienne de Paris. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

1) Nous avons trouvé, dit-il, sur 226 élèves, 33 myopes = 14.6 °/₀; 158 emmétropes = 69.9 °/₀; 31 hypermétropes = 13.7 °/₀; 4 antimétropes = 1.7 °/₀.

2) Six élèves sur 226 (2.6 °/₀) présentent un astigmatisme irrégulier de la cornée, causé par une kératite.

3) Il y a dix élèves sur 226 qui ne présentent aucune trace mesurable d'astigmatisme cornéen. = 4.4 °/₀.

Ces yeux se distinguent par leur symétrie et leur uniformité; neuf de ces élèves présentent V > 1 1/2; le dixième n'a que l'acuité normale, mais, n'ayant que sept ans, il ne connaissait peut-être pas parfaitement les lettres.

Sur 158 emmétropes il n'y a que 8 élèves (5 °/₀) sans astigmatisme cornéen mesurable. = 5 °/₀.

Sur 31 hypermétropes, un seul n'a pas d'astigmatisme cornéen. Il n'y a pas un élève myope des deux yeux qui n'ait pas d'astigmatisme.

Sur tous les yeux (452) nous avons trouvé 42 yeux sans astigmatisme cornéen mesurable, soit : = 9.2 °/₀.

Ces yeux sont répartis comme suit :

Sur 319	yeux emmétropes	34	=	10.6 °/₀.
— 63	— hypermétropes	4	=	6.3 °/₀.
— 70	— myopes	4	=	5.7 °/₀.

4) La direction du méridien de minimum de courbure est dans le sens horizontal sur 349 yeux = 77.2 °/₀.

vertical	—	6 —	=	1.3 °/₀.
oblique	—	55 —	=	12.1 °/₀.

Dans chaque groupe de réfraction, la plupart des yeux ont le méridien de minimum de courbure dans le sens horizontal; ce méridien n'a la direction verticale que sur six yeux dont cinq sont myopes. La direction oblique des méridiens principaux de la cornée se trouve relativement plus souvent chez les hypermétropes manifestes.

5) Sur tous les élèves (226), nous avons trouvé 69 élèves qui ont un *astigmatisme cornéen d'au moins une dioptrie sur un œil* (30.5 °/₀), et 4 élèves avec *un astigmatisme cornéen supérieur à* 1.50 D. (1.7 °/₀).

6) Dans les trois groupes de réfraction, on trouve plus d'yeux avec le même degré d'astigmatisme cornéen sur les deux yeux qu'avec un degré différent. Dans le groupe des hypermétropes, on trouve relativement le plus grand nombre d'yeux avec un degré différent aux deux yeux. Le degré le plus haut d'astigmatisme cornéen se trouve chez un hypermétrope. La moyenne d'astigmatisme cornéen paraît être plus grande chez les hypermétropes.

7) Sur 158 emmétropes et hypermétropes latents avec astigmatisme cornéen mesurable, 141 ont une acuité visuelle supérieure à 6/6 (89 °/₀).

8) Dans le groupe des emmétropes, le nombre d'yeux avec la même force de réfraction sur les deux yeux dans le méridien de minimum de courbure égale le nombre d'yeux avec une force différente. Dans le groupe des hypermétropes et celui des myopes, il y a relativement plus d'yeux avec une force de réfraction différente dans le méridien de minimum de courbure des deux cornées. La moyenne de différence est la plus grande chez les myopes.

9) La moyenne de force de réfraction de la cornée dans le méridien de minimum de courbure est, pour l'ensemble des yeux, 42.8 D, $\rho = 7.873^{mm}$ pour les hypermétropes; 42.5 D, $\rho = 7.937^{mm}$ pour les myopes 43.6 D, $\rho = 7.739^{mm}$.

Conclusions. — 1) Conformément à ce qui est dit par Donders, Mauthner, etc., dans les yeux exempts d'astigmatisme le rayon de courbure est le même pour les deux yeux; la différence n'est généralement pas mesurable.

2) Chez les enfants exempts d'astigmatisme, en règle générale, l'acuité visuelle est supérieure à une fois et demie la normale.

3) Chez les emmétropes, neuf sur dix présentent un astigmatisme mesurable. La proportion des astigmates est plus forte encore chez les hypermétropes et surtout chez les myopes.

4) Sur l'ensemble des enfants (226), 69 élèves ont un astigmatisme d'au moins une dioptrie à un œil, c'est-à-dire, suivant nous, assez fort pour avoir mérité d'être signalé aux parents, qui devront recourir aux soins d'un spécialiste, pour peu que des symptômes de myopie ou d'asténopie viennent à se manifester.

5) Sur l'ensemble des enfants (226), 4 élèves ont un astigmatisme supérieur à 1.50 D. et demandent à être pourvus de lunettes sans aucun retard.

6) L'acuité normale est compatible avec un astigmatisme cornéen d'au moins une dioptrie et demie, chez les écoliers.

7) Nos observations faites sur les yeux des élèves à l'École Alsacienne nous conduisent à admettre comme une règle générale le rôle du cristallin dans la correction de l'astigmatisme chez les jeunes gens.

8) Nos observations paraissent confirmer ce fait, annoncé depuis longtemps par M. Javal, que l'astigmatisme prédispose à la myopie : en effet, nous n'avons pas rencontré un seul myope parmi les 9 élèves absolument exempts d'astigmatisme cornéen, tandis que, parmi nos 33 myopes, pas un seul n'avait d'yeux sans astigmatisme et les deux tiers avaient au moins une demi-dioptrie de ce défaut aux deux yeux.

Les yeux décentrés. — **M. JAVAL** fait une seconde communication sur la décentration de certains yeux et sur la correction apportée à cette décentration par les pupilles elles-mêmes, dont la contraction ou la dilatation inconscientes corrige les troubles résultant de cette décentration.

M. PONCET fait observer qu'il pourrait également exister un

strabisme compensateur de certains troubles, en particulier de l'astigmatisme, et qu'il importe de faire connaître ces faits aux chirurgiens afin qu'ils ne se pressent pas trop d'opérer certains strabismes.

Des lésions bulbaires chez les ataxiques atteints de crises laryngées. — **M. DÉJÉRINE** fait, en son nom et au nom de M. Landouzy, une communication sur ce sujet. Il cite l'observation d'une femme de cinquante-quatre ans, ataxique depuis un grand nombre d'années, et qui est atteinte de crises laryngées intermittentes. Ces crises consistent en des sifflements laryngés, de l'aboiement, du cornage, un son rauque de la voix et souvent un spasme de la glotte, qui peut nécessiter la trachéotomie. Cette femme ayant succombé, on a trouvé à l'autopsie les lésions classiques de l'ataxie locomotrice, et de plus des lésions évidentes du côté du bulbe, des noyaux du spinal et du pneumogastrique, lésions d'origine dystrophique et auxquelles peuvent être rattachés les symptômes observés pendant la vie, sauf pourtant l'intermittence de ces symptômes, qui reste jusqu'ici inexpliquée.

Anesthésie locale. — **M. VIDAL**, en opérant une chéloïde chez une femme âgée et nerveuse et en pratiquant l'anesthésie locale, a constaté des effets d'inhibition : si on pousse l'anesthésie locale avec l'éther jusqu'au moment où va se produire la congélation ; si à ce moment on pique, immédiatement la congélation se fait. Il y a donc là une action réflexe sur les vaso-moteurs. M. Vidal a trouvé un moyen d'obtenir bien plus vite la congélation et, par conséquent, l'anesthésie à l'aide d'un petit tampon d'ouate appliqué sur la peau, dans le voisinage du point que l'on veut anesthésier et sur lequel se forme du givre.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mai 1883. — Présidence de M. Millard.

COMMUNICATIONS

La fièvre puerpérale dans les hôpitaux. — **M. MOUTARD-MARTIN**, à l'occasion d'une communication faite dans la dernière séance par M. Rendu (voy. *Gazette des hôpitaux*, nº 56, p. 446) et dans laquelle il s'agit de deux malades mortes d'accidents puerpéraux dans le même service, fait observer que la première de ces malades n'aurait pas dû rester, malade, dans le service d'accouchements. En effet, l'article 2 du règlement, modifié comme l'a proposé M. Moutard-Martin, est ainsi conçu :

« Art. 2. — Chaque service spécial d'accouchements se compose de femmes sur le point d'accoucher ou en couches. Les accouchées qui tombent malades doivent immédiatement être transportées dans un service d'isolement et confiées aux soins d'un médecin de l'hôpital.

Les accoucheurs ne doivent donc pas conserver, dans les services d'accouchements, des femmes malades. Dans le cas actuel, l'accoucheur a été coupable de conserver une femme atteinte de fièvre puerpérale.

M. MILLARD, à l'occasion de la même communication, donne lecture d'une lettre de M. Budin qui, en l'absence de M. Ribemont empêché, a été appelé dans le service d'accouchements de l'hôpital Tenon, pour opérer l'une de ces malades. Trois applications du forceps ayant été faites sans succès chez cette malade, — l'une par un médecin de la ville, l'autre par l'interne, la troisième par M. Budin, — celui-ci pratiqua la craniotomie pour délivrer la femme. Cette femme a succombé sept jours après à une péritonite ; M. Rendu a trouvé, à l'autopsie, une perforation de l'utérus.

M. Budin oppose les dénégations les plus formelles aux assertions émises sur cette malade par M. Rendu et demande à M. le président de la Société médicale des hôpitaux de constituer une commission devant laquelle il s'engage à produire les pièces justificatives.

M. LE PRÉSIDENT pense qu'il n'y a pas lieu, dans ce cas, de constituer une commission, et qu'il suffit d'ouvrir la discussion sur ce point dans les formes ordinaires.

M. RENDU déclare s'être contenté d'exposer les faits dans toute leur vérité et n'avoir eu, en aucune façon, l'intention de blesser M. Budin. Il a dit avoir trouvé une perforation de l'utérus à l'autopsie, mais il n'a pas attribué cette perforation à l'intervention de M. Budin. Il n'en sait rien, cette malade ayant subi auparavant deux applications de forceps, l'une par un médecin de la ville, l'autre par un interne de l'hôpital. Il a, en outre, voulu montrer le danger du maintien d'une accouchée malade dans le service d'accouchements.

M. BLACHEZ fait observer que M. Budin, appelé pour un cas d'urgence dans le service d'accouchements de l'hôpital Tenon, n'est pas responsable du maintien de cette malade dans ce service.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR LES BAINS FROIDS.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que la statistique donnée dans la dernière séance (voy. nº 56) par M. Féréol ne semble pas très favorable au traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand, puisque sur six cas il compte deux décès par pneumonie. Il faut attendre, toutefois, pour se prononcer définitivement, que M. Féréol ait continué ses expérimentations. Les partisans de la méthode de Brand diront que M. Féréol n'a pas employé la méthode dans toute sa rigueur puisqu'ils veulent qu'on y ait recours avant même que la fièvre typhoïde soit avérée. Nous savons que l'application de la méthode, dans ces conditions, est impossible dans nos hôpitaux où les malades nous sont amenés généralement au second septenaire de la maladie.

M. Dujardin-Beaumetz répond ensuite à M. Dumontpallier relativement à la cure des congestions viscérales par le refroidissement lent. Les faits avancés par M. Dumontpallier sont en opposition formelle avec toute la tradition médicale. C'est, en effet, un fait de tradition que la plupart des congestions internes reconnaissent pour cause le froid.

Il y a, dans la communication de M. Dumontpallier, deux ordres de faits : des faits expérimentaux et des faits cliniques. Aux faits expérimentaux exposés par M. Dumontpallier, il sera facile d'opposer un grand nombre de faits également expérimentaux qui prouvent que l'on peut produire des congestions viscérales sous l'influence du refroidissement de la périphérie. On connaît cette expérience qui consiste à mettre à nu le cerveau d'un chien et à plonger l'animal dans l'eau froide ; on voit se produire une congestion cérébrale. Il serait aisé de multiplier les faits de ce genre. Quant aux faits cliniques publiés par M. Dumontpallier et dans lesquels il s'agit de traitement des congestions pulmonaires par le refroidissement, ils sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en rien conclure. On peut dire, en effet, que ces malades ont guéri malgré le traitement par le refroidissement. Enfin il suffira d'opposer aux faits de M. Dumontpallier ceux de M. Féréol dans lesquels deux malades, traités par l'eau froide, ont eu des pneumonies mortelles. Il y a donc, dans les faits cliniques invoqués par M. Dumontpallier, quelques points qui demandent à être éclaircis. M. Beaumetz se résume en disant qu'il n'est pas encore démontré qu'on puisse guérir des congestions viscérales par le refroidissement extérieur.

M. FÉRÉOL fait observer que la pneumonie n'est pas si rare dans la fièvre typhoïde que semble le croire M. Dujardin-Beaumetz. Il reconnaît que les deux faits qu'il a publiés sont émotionnants et qu'il y a lieu d'en tenir grand compte ; mais M. Beaumetz a tort de les invoquer pour combattre la méthode de Brand. Ces deux cas malheureux, en effet, ne sauraient entraîner la condamnation de cette méthode.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ répond que la pneumonie est rare dans la fièvre typhoïde à cette saison.

M. ÉDOUARD LABBÉ, dès 1868, a eu recours à l'emploi des

cataplasmes glacés dans le traitement de la fièvre typhoïde; c'est là un mode de refroidissement d'une application facile. Il n'a pas vu, dans un assez grand nombre de cas, une seule fois se développer des congestions pulmonaires sous l'influence de ce traitement. Si, au contraire, il en existait antérieurement, cette congestion semblait se dissiper plus vite. Aussitôt après l'application de ce traitement, on constate dans les premières heures une élévation de la température, puis ensuite un notable abaissement.

M. Labbé a repris ces expérimentations depuis deux mois, et il fera connaître ultérieurement ses nouveaux résultats.

Carie du larynx dans la fièvre typhoïde. — M. GOUGUENHEIM présente des pièces anatomiques provenant d'un malade mort de fièvre typhoïde. Ce malade était devenu aphone dans le cours de sa fièvre typhoïde. A l'autopsie, l'examen du larynx a montré l'existence d'une carie des cartilages aryténoïdes; les cordes vocales étaient presque complètement détruites; il y avait une infiltration tuberculeuse des replis arythéno-épiglottiques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'est terminé jeudi soir. Bien que les résultats n'en soient pas encore proclamés, nous croyons savoir que les deux candidats qui l'ont emporté sont MM. les docteurs Paul Segond et Quenu, qui auraient obtenu le même nombre de points.

— Par décret, en date du 21 mai 1883, les docteurs en médecine ci-après désignés ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve (emplois vacants par organisation) :

MM. Mossmann, Carret, Pris, Natu, Bitat, Cayla, Hanriot, Jourdain, Laconche, Marty, Aubry, Bessière, Jorry, Lesdos et Magnan.

— Par décret, en date du 26 mai 1883, M. le docteur Lecoq, maire de Cany, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décision ministérielle, en date du 25 mai 1883, M. Guillot, pharmacien aide-major de deuxième classe à l'hôpital de la Charité, à Lyon, est passé aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, par permutation avec M. Lacomme.

— Les travaux de l'École de médecine de Paris sont en pleine activité. Tous les bâtiments qu'il a été possible de commencer sont aujourd'hui couverts. La façade sur le boulevard Saint-Germain, qui mettra son auteur au premier rang des architectes contemporains, est faite. On pose les escaliers, on fait les ravalements à l'intérieur et à la fin de l'année il sera possible de disposer de la bibliothèque.

En ce qui concerne l'École pratique, 320 maçons y travaillent.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rigal, d'Auterive.

— Dans sa séance solennelle du 27 de ce mois, la Société nationale d'encouragement au bien a proclamé, parmi ses lauréats, MM. les docteurs : Bastide, à Laissac; Bernard, à Cannes; Bonnejoy, à Chars; Chevalier, à Paris; Dupasquier, à Mâcon; Hacquart, aux Lilas; de Finance, à Paris; Moulin, à Bourg-Argental; Noskowski, à Norges; Reuillé, à Brissac, et Roth (Mathias), à Londres.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 14600.

52

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIRÉE, maladies de l'appareil urinaire ;— RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..................		
Chlorure de sodium.................		
Matières organiques.................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

721

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

64

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

33

Vin de Baudon **antimonio-phosphaté.**

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

124

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

90

Sirop Balsamo-diurétique

(à l'extrait de Buchu)

Contre toutes les *Maladies des voies urinaires,* spécialement le *Catarrhe chronique de la vessie,* l'*Irritation du canal de l'urèthre,* les *Maladies de la prostate,* l'*Incontinence de l'urine,* la *Gravelle urique,* etc. — Prix : 5 francs le flacon.

SWANN, ph.-chim., r. Castiglione, 12, Paris.

71

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone **phosphatée** Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

81

Établissement thermal Vichy

(Allier) PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT (Allier)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabte, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

COURSES DE CHEVAUX

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

122

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

123

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales ph^ies.

50

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. Duval, seul élève de son père, le docteur V. Duval, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

78

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : Lebeault, Mayet et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

113

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

11

Sirop de goudron créosoté

DE LA PHARMACIE GUYOT

(GUERNIER, succr), 61, rue de Seine, Paris, contient le goudron de Norwège **en nature, à l'état soluble,** combiné à la créosote du hêtre. Il titre 0g,20 de goudron et 0g,10 **créosote** par cuill. à bouche. Préparation magistrale constituant pour le praticien qui veut prescrire le goudron ou la créosote, le seul médicament assimilable puissant et fidèle. — De 2 à 6 cuill. par jour. Un échantillon est envoyé *franco* à tout médecin qui désire en contrôler les propriétés.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure. pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard),

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

28

Sirop gélatineux de T. Gras

(AU PHOSPHATE DE CHAUX GÉLATINEUX).

Phtisie, bronchites chroniques, anémie, convalescences, épuisements, maladies des enfants.

Expérimenté aux hôpitaux. La plus assimilable des préparations phosphatées.

3 gr. de phosphate gélatineux par cuillerée.

Pharmacie T. Gras, 9, rue Le Peletier, Paris.

13

Huile DE FOIE DE MORUE de Godin

au benzoate de fer.

M. le dr Bazin apprécie ainsi cette préparation :

« Cette huile est mieux supportée par les malades que l'huile de foie de morue et le sirop « de fer administrés séparément ou combinés « ensemble; son action est plus efficace que celle « de ces deux agents donnés séparément.

Paris, 96, faub. St-Martin, et toutes pharmacies.

99

Eau minérale de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON)

SEULE DÉCRÉTÉE D'INTÉRÊT PUBLIC.

Employée avec succès depuis plus d'un siècle **contre la goutte, la gravelle, les coliques néphrétiques et hépatiques, le catarrhe vésical et toutes les maladies des voies urinaires.**

Expéditions dans le monde entier.

Dépôt Central, à Paris, 31, boulev. des Italiens. En vente chez les pharmens et mds d'eaux minles.

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.— Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

N° 62. — JEUDI 31 MAI 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 31 MAI 1883. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Histoire de la rage. — HÔPITAL DU MIDI. Phagédénisme syphilitique. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a engagé la discussion sur le rapport de la commission chargée de rédiger les conclusions relatives à la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Nos lecteurs ont sous les yeux le texte de ce rapport. Notre impression sur ces conclusions reste, après la lecture, ce qu'elle avait été au moment de l'audition. Elles nous paraissent répondre à ce qu'on avait le droit d'en attendre, elles expriment l'opinion presque unanime de l'Académie sur la question ; évitant toute formule doctrinale sur les points d'étiologie qui sont encore l'objet de doutes et de contestations, se renfermant dans la seule considération des conditions qui, soit directement, soit indirectement, ont paru à la généralité des observateurs jouer un rôle important dans le développement et la propagation des épidémies de fièvres typhoïdes, se bornant à indiquer les grandes mesures qui, en améliorant la situation hygiénique des grandes villes et celles de Paris en particulier, tendraient à diminuer l'action de ces causes épidémiogènes, sans entrer dans les détails administratifs ou techniques d'exécution qui eussent dépassé la compétence de l'Académie, elles remplissent le but utile que l'on s'était proposé, sans engager ni compromettre en quoi que ce soit l'autorité de l'Académie, ni outrepasser les limites de sa compétence.

Nous pensions qu'à quelques nuances près, cette opinion serait celle de la presque unanimité de l'Académie. Nous étions dans l'erreur. Deux honorables académiciens se sont élevés contre les conclusions de la commission, M. Fauvel, l'un de ses membres, et M. Blot. M. Fauvel trouve que les conclusions en disent trop, M. Blot qu'elles ne disent pas assez. Aux yeux de M. Fauvel, elles engagent et compromettent l'autorité de l'Académie par des propositions contestables, elles outrepassent sa compétence en s'immisçant dans des questions d'art et d'administration dont elle n'a point à connaître. Dans sa soucieuse préoccupation pour la dignité et pour les traditions de l'Académie, il réduit les propositions de la commission à des termes tellement timides et cauteleux qu'elles finissent par ne plus rien dire, et qu'une seule d'entre elles subsiste, celle qui n'est que le corollaire des autres, la proposition de créer une direction de la santé publique.

M. Blot est plus radical : il voudrait que l'Académie s'abstînt, du moment où elle n'a pas de propositions plus précises, plus nettes et plus catégoriques à présenter que celles qui sont formulées dans le rapport. Et pourquoi d'ailleurs ce rapport, puisque l'administration ne demande rien à l'Académie?

Ce sont ces dernières paroles surtout qui ont éveillé la verve du rapporteur. Dans une de ces improvisations si brillantes et si animées qui lui ont valu partout où il s'est fait entendre, à bord, aux colonies, dans les écoles navales, au milieu de nous, dans les sociétés savantes, dans les comités officiels, comme dans les réunions privées, le nom de charmeur, M. Rochard a esquissé de main de maître, à côté du rôle effacé que l'on voudrait faire jouer à l'Académie en la réduisant à ses attributions officielles de corps consultatif, tandis que, autour d'elle, s'élèvent des sociétés libres qui prennent une part active, croissant de jour en jour, aux progrès de l'hygiène et de la médecine, celui qu'il voudrait lui voir prendre et qui est le sien, en réalité, à la tête du progrès de toutes les sciences médicales.

Si, après la salve d'applaudissements qui a accueilli cette brillante charge, le président avait mis aux voix les conclusions du rapport, toutes les mains se seraient probablement levées simultanément, peut-être même celles de M. Fauvel et de M. Blot. Nous ne saurions le blâmer, toutefois, d'avoir résisté à cet entraînement. Encore huit jours de réflexion, et quelles que soient les nouvelles objections qui pourraient être opposées à ces conclusiens, il est plus que probable qu'elles seront votées à une grande majorité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire de la rage.

(Leçons recueillies par M. le docteur O. GUILLIER.)

Nous allons étudier aujourd'hui une maladie vieille d'un grand nombre de siècles et qui cependant reste toujours aussi menaçante, toujours aussi effrayante, et dont le poète a dit :

Le bruit seul de son nom fait trembler...

Comparable à la peste par l'effroi qu'elle jette au milieu des populations, si ses victimes sont moins nombreuses, la terreur qu'elle inspire est peut-être plus grande encore.

Qu'est-ce donc que la *rage*? Car c'est d'elle qu'il s'agit.

Voici la définition que je vous propose. C'est une maladie virulente, générale, causée par la pénétration dans l'organisme humain d'un virus spécifique, élaboré chez les animaux surtout des espèces canine et féline, ayant une période d'incubation longue et un ensemble de symptômes spéciaux : hyperesthésie cutanée, spasmes respiratoires, convulsions pharyngées, par excitation excessive de la région bulbo-céphalique des centres nerveux, et amenant la mort en trois ou quatre jours.

La rage vient prendre place à côté de la morve, de la pustule maligne, de la vaccine, et présente des affinités avec d'autres maladies virulentes telles que la syphilis et la variole.

Enfin les symptômes rabiques ont encore une grande analogie avec ceux des empoisonnements par les strychnées.

La synonymie en est longue ; c'est ainsi que nous trouvons chez les Grecs les dénominations de Λύσσα, ὑδροφοβία (ὕδωρ, eau ; φόβος, crainte, horreur), ὑδροφόβος, ὑδροφοβικὸν πάθος.

Chez *les Latins* : Hydrophobia, hygrophobia, aquifuga, phobodipson, rabies, aquæ timor, aerophobia, pheugydron, cynolisson, lyssa canina, clonos hydrophobia, etc.

En *France* : Rage, hydrophobie, rage furieuse, cynanthropie, angine spasmodique, panophobie, pantophobie, brachypotie, toxicose rabique, tétanos rabien.

En *Italie* : Idrofobia, rabbia.

En *Espagne* : Hidrophobia, mal de rabia.

En *Angleterre* : Canine madness, hydrophoby, hydrophobia, rabidity.

En *Allemagne* : Wassercheu, Hundswuth, Hundtollheit, Wuth, Lyssa, Hydrophobie.

En *Hollande* : Water vrees, Dolheid.

En *Danemark* : Vandskrœk.

En *Suède* : Vatterskräck.

Cette maladie, dont nous venons de donner une si longue synonymie, peut-elle se comparer aux grandes épidémies qui font des miliers de victimes? Non. Le nombre des morts est restreint et les statistiques faites de nos jours tant en France que chez les autres peuples, démontrent que la rage ne fait pas, dans notre pays, cent victimes par an.

Pourquoi donc la regarde-t-on comme une calamité publique et pourquoi prend-on contre elle tant de précautions? C'est que cette affreuse maladie ne laisse aucune espérance, le malheureux qui en est atteint est encore voué à une mort horrible, pleine d'angoisses physiques et morales : c'est, pour la personne mordue par l'animal enragé, la possibilité de la mort à échéance inconnue ; les jours de l'infortuné sont comptés et il n'en connaît pas le terme. Plus de sommeil, plus d'espoir de vivre ; isolé de tous, devenant un objet de pitié pour ses parents, ses amis, et tout cela sans connaître le moment où la rage va éclater. Telle est la terrible situation de l'homme en puissance du virus rabique, situation plus pénible, en vérité, que la mort elle-même.

Une fois la rage déclarée, tous les remèdes employés jusqu'à présent sont impuissants ; et si je dis jusqu'à présent, c'est que j'espère que la science moderne, engagée dans la voie ouverte par Pasteur, trouvera, comme pour le charbon, un virus atténué, une sorte de vaccin pour préserver les animaux, et dès lors l'humanité se trouvera délivrée de la rage, car l'homme n'a jamais, spontanément, cette maladie.

I

Pour bien connaître la rage, il faut posséder l'histoire du passé ; il faut surtout l'étudier chez les animaux, car j'aurai bien des préjugés à détruire, et ce ne sera qu'en donnant un certain développement à la rage des animaux de plusieurs espèces que je pourrai vous faire bien comprendre celle de l'homme.

Daremberg, dans ses études sur la médecine dans les temps héroïques, fait remarquer que, dans l'*Iliade*, Homère dit, en parlant d'Hector furieux : « Il était comme un chien plein de rage. » Démocrite se sert aussi de cette expression, mais toujours dans un sens figuré ; les poètes les plus anciens n'ont pas connu la vraie rage humaine.

Les hippocratiques ne la connaissaient pas davantage.

Cinquante ans après, Aristote, dans son *Histoire des animaux*, écrivait ce qui suit : « Tous les animaux mordus par un chien enragé en meurent contractant sa maladie, *excepté l'homme* (πλὴν ἄνθρωπου). » La rage des animaux était donc reconnue à cette époque, mais celle de l'homme était encore ignorée, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'existait pas, mais seulement que les anciens ne l'avaient pas encore distinguée nettement. Plus tard encore, Athénodore, philosophe et médecin, confond la lèpre et la rage comme maladies de commune origine.

Au temps d'Asclépiade, cent ans environ avant notre ère, il en était de même.

Mais est-ce bien la vraie rage dont ces auteurs veulent parler? Tous les renseignements donnés par les Grecs sont douteux.

Il faut arriver à l'École d'Alexandrie, pour trouver des renseignements précis sur la rage humaine. Chose remarquable, ce sont les prosateurs et non pas les médecins qui nous en donnent la certitude : Plaute, Lucain, parlent de la rage. Enfin c'est au temps d'Auguste que Celse, surnommé le Cicéron médical, décrit magistralement la rage de l'homme et en indique le traitement.

Dans un de ses livres, *De re medica*, on lit ce passage admirable : « Si quelqu'un est mordu par un chien enragé, il faut attirer le virus au dehors avec des ventouses ; brûler l'endroit mordu s'il n'est ni nerveux, ni tendineux. » Quoi de plus remarquable de retrouver aujourd'hui, dans Celse, la thérapeutique la meilleure que nous puissions mettre en vigueur?

Malheureusement de si bonnes maximes devaient être perdues pour longtemps. Galien, avec ses théories, confond toutes les manifestations rabiques : la vraie rage est méconnue à nouveau ; le traitement si rationnel de Celse est abandonné pour faire place à la thériaque et à la poudre de cendres d'écrevisses.

D'autres, comme Cœlius-Aurelianus, admettent une hydrophobie spontanée dangereuse et une autre qui ne l'est pas.

Puis vient la médecine arabe, qui copie servilement les théories de Galien.

Il faut arriver au XVIII[e] siècle pour rencontrer des travaux sérieux. Mead, Van Swieten, Morgagni, faisant justice de certains préjugés, entre autres celui de croire que la rage du chien venait de vers dans le cerveau, etc. Morgagni émet l'idée que le chien peut donner la rage sans l'avoir. Je vous signale : Andry (1780), Chaussier (1785), Bosquillon (1802) qui dit que le virus rabique est une chimère ; Girard, de Lyon (1809), Marochetti (1821), Villermé et Trolliet (*Dict. en 60 vol.*), Rochou (*Dict. en 30 vol.*), Virchow, et de plus

Youatt, vétérinaire anglais, le professeur H. Bouley, qui tous les deux ont fait des traités magistraux et approfondi plusieurs côtés de la question.

Quant à la répartition géographique de la rage, plusieurs auteurs en avaient fait une maladie des zones tempérées ; c'est inexact, les statistiques établies depuis plusieurs années nous montrent que cette terrible affection existe partout en Afrique, en Amérique et en Asie, aussi bien dans les pays chauds (Syrie, Cochinchine, Havane) que dans les régions froides (Sibérie et même le Groenland).

Voici, quant à la France, quelques relevés des cas de rage, faits par l'Administration depuis 1850 :

1850.	27	morts de la rage.
1851.	12	— —
1852.	46	— —
1858.	17	— —
1863.	49	— —
1864.	66	— —
1869.	36	— —
1870.	6	— —
1872.	15	— —

En somme, de 1850 à 1872, il a été constaté, en France, 685 cas de rage, c'est-à-dire une moyenne de 30 par an. Je pense, pour ma part, que ces chiffres sont au-dessous de la vérité et qu'on peut grossir la moyenne sans crainte d'exagération, car combien de cas sont mal appréciés ou restent inconnus !

Étudions d'abord la rage chez les animaux afin de bien comprendre celle de l'homme.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Phagédénisme syphilitique (1).

VIII

Le pronostic implique deux ordres de considérations qui ont trait, d'une part, à la disposition morbide individuelle qui produit le phagédénisme et, d'autre part, à toutes les circonstances de gravité, de danger, de malignité, de délabrements locaux qui en peuvent résulter.

La disposition au phagédénisme ne peut ni se prévoir, ni se calculer même approximativement dans ses effets. Tout ce que nous devons dire, c'est que du moment qu'elle se manifeste chez un malade, il y a de grandes probabilités pour que, durant une très grande période de son existence, sinon toute son existence, les lésions dont il sera atteint prennent un caractère de malignité locale. Aussi faut-il toujours s'enquérir s'il n'a pas existé, à une époque antérieure plus ou moins éloignée, des accidents vénériens de cette nature. Il y a à cet égard une étroite solidarité entre le passé, le présent et l'avenir, du moins en ce qui concerne les actes morbides de même nature. Ainsi, quand un malade a un chancre simple devenu phagédénique, il est grandement à craindre que les chancres ultérieurs subissent la même déviation, et que les chancres d'inoculation fortuite ou expérimentale durant le phagédénisme actuel, fassent de même. La solidarité est peut-être encore plus étroite entre l'accident primitif de la syphilis et ses conséquences immédiates pendant une période de temps plus ou moins longue. Le phagédénisme primitif entraîne le phagédénisme secondaire presque fatalement. Quant au phagédénisme tertiaire, il est aussi très souvent la conséquence des deux premiers. Toutefois, on trouve des cas de syphilis à déterminations tardives phagédéniques qui se montrent d'emblée avec toute leur malignité locale, sans qu'on en puisse découvrir aucune trace dans leurs antécédents. Ce fait ne prouve-t-il pas que la disposition au phagédénisme peut être transitoire, et que si parfois elle semble congénitale, tant ses efforts sont constants, identiques et durables, d'autres fois elle est susceptible de s'acquérir et de se perdre.

Est-ce la même disposition qui engendre toutes les espèces de phagédénismes ? ou bien existe-t-il plusieurs espèces de dispositions phagédéniques ? C'est là un point sur lequel il serait important d'être édifié, car il fournirait des renseignements précieux pour le pronostic. Un individu, par exemple, qui a eu un chancre simple phagédénique, contracte la syphilis. En faudra-t-il conclure que l'accident primitif sera chez lui fatalement ulcéreux et phagédénique, et que toutes les manifestations consécutives, prochaines ou éloignées, seront entachées de la même malignité ? Non. La solidarité entre les phagédénismes vénériens ne va pas jusque-là. J'ai soigné pour des syphilis bénignes à leur début, et restées telles plus tard, des malades qui avaient eu antérieurement, à une époque assez reculée, il est vrai, des bubons chancrelleux devenus phagédéniques. Il est permis cependant de penser qu'un phagédénisme semblable et de date récente ne serait rien moins que rassurant pour l'avenir syphilitique du patient, s'il venait à être infecté. La contre-partie est-elle vraie ? Le phagédénisme syphilitique constitue-t-il une prédisposition au phagédénisme chancrelleux ? Là encore la solidarité est loin d'être absolue ; il est probable même qu'elle n'existe à aucun degré. Mais je comprends qu'il soit rationnel en principe et prudent en pratique de l'admettre dans une certaine mesure. Les deux expressions du phagédénisme vénérien sont aussi distinctes dans leurs sources que dans leurs effets. La disposition organique d'où ils émanent n'est pas une et ne répond pas indistinctement à l'excitation chancrelleuse et à l'excitation syphilitique. Elle est double et spécifique comme les deux virus qui la mettent en jeu. Donc il serait téméraire de se fonder sur l'existence de l'une pour pronostiquer l'existence de l'autre chez le même individu. Mais s'il y a entre elles une indifférence réciproque plutôt qu'une étroite affinité, je ne vois rien qui prouve qu'elles soient incompatibles.

Ces réflexions s'appliquent aux deux phagédénismes syphilitique et scrofuleux. Quoique leur substratum constitutionnel les rapproche plus l'un de l'autre du phagédénisme chancrelleux, la disposition organique qui les engendre n'est pas identique. Un scrofuleux à manifestations phagédéniques n'est pas condamné, s'il contracte la syphilis, à devenir aussi la proie du phagédénisme primitif ou tertiaire. On voit souvent cette dernière maladie se borner à des manifestations résolutives, superficielles et éphémères chez des individus dont la face est rongée par le lupus scrofuleux. Mon collègue et ami M. Simonet m'en citait hier un cas remarquable qu'il avait soigné dans ses salles. Ces deux espèces de phagédénismes ne sont donc point les corollaires l'un de l'autre quand les deux maladies constitutionnelles coexistent. Il y a là aussi spécificité dans la disposition, comme il y a spécificité dans les diathèses et dans leurs conséquences. Mais l'autonomie n'implique pas l'anta-

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 mai 1883.

gonisme. Aussi faut-il garder une prudente réserve dans le pronostic.

La gravité du phagédénisme syphilitique varie suivant un grand nombre de conditions que vous connaissez déjà et que je me bornerai à vous rappeler. Ainsi le phagédénisme primitif est infiniment moins redoutable que le phagédénisme tertiaire. Il se termine de lui-même au bout d'un temps très court et guérit spontanément. Le phagédénisme tertiaire est au contraire susceptible de s'étendre et de durer indéfiniment, de récidiver sans cesse et de produire en tous sens et partout d'épouvantables ravages. Heureusement que nous avons pour le combattre un spécifique merveilleux : l'iodure de potassium.

Dans le pronostic du phagédénisme syphilitique, il faut tenir compte de sa forme, de sa marche, de son siège et de ses complications.

Le phagédénisme serpigineux qui s'étend en surface et ne creuse pas est beaucoup moins à craindre que celui qui s'enfonce dans la profondeur des tissus.

Le phagédénisme qui progresse très lentement présente moins de danger que celui qui procède par attaques violentes ou qui, après des débuts insidieux, éclate brusquement et ne nous laisse pas le temps de le prévenir et de le maîtriser.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mai 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° Des lettres de candidatures de MM. Le Dentu, Périer, Lannelongue, pour la section de pathologie chirurgicale ; Worms, Magitot, de Quatrefages, Brame, Durand-Claye, pour la section des associés libres ; Blachez, pour la section de thérapeutique, et Berne (de Lyon), pour le titre de membre correspondant; 2° une note de M. le docteur Pons (du Vigan), sur les épidémies qui ont régné dans les environs de cette ville ; 3° une lettre de M. le professeur Dupré (de Montpellier), qui émet le vœu que l'Académie ouvre la discussion sur les mesures à prendre vis-à-vis des aliénés ; 4° une lettre de M. Maze, député, accompagnant l'envoi de son rapport à la Chambre sur les modifications à apporter à la loi des logements insalubres.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé national. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Cazaneuve (de Lille); en deuxième ligne *ex æquo*, MM. Durand-Fardel, Fonssagrives, Rouget, Tholozan, Tourdes.

M. Cazaneuve, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de la commission chargée d'exprimer les vœux de l'Académie sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

La parole est à M. Fauvel.

DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. FAUVEL lit l'exposé suivant des motifs de son dissentiment avec la majorité de la commission chargée d'exprimer les vœux de l'Académie.

Membre de la commission, je viens, dit-il, exposer à l'Académie comment, d'accord avec la majorité de mes collègues sur le but à atteindre, je me suis trouvé en dissidence avec eux sur la forme à donner à ces vœux.

Je suis en désaccord avec la commission sur trois points :

1° Sur l'opportunité de se départir des usages traditionnels de l'Académie en matière de discussion scientifique ;

2° Sur les opinions émises par la commission qui tranchent des questions contestées ou qui sont en dehors de la compétence de l'Académie;

3° Sur la forme donnée aux vœux qui doivent être présentés au gouvernement.

Première question. — Par les conclusions formulées dans le rapport, on déroge aux usages traditionnels de l'Académie qui veulent qu'aucun jugement ne soit porté par elle sur les questions scientifiques débattues, sous peine de porter atteinte à la liberté de discussion si profitable à la science.

Il n'en est plus de même quand l'Académie est consultée par le gouvernement sur une mesure à prendre ou sur une instruction à donner.

La commission dira qu'elle ne s'est prononcée, au point de vue étiologique, que sur des points en dehors de toute controverse. Je ne suis pas de cet avis, et, en réalité, elle tranche des questions importantes fortement controversées. Dans l'espèce, il y aurait grand inconvénient à déroger aux usages traditionnels de l'Académie.

Deuxième question. — Il y avait, pour la commission, deux manières d'agir : ou bien s'en tenir aux banalités hygiéniques admises par tout le monde ; ou bien se lancer dans des conclusions qui tranchent des questions controversées ou qui ne sont pas de la compétence de l'Académie. Elle a choisi le second parti ; aussi s'est-elle lancée dans des propositions hardies et tranchantes, quand elle affirme, par exemple, que l'augmentation de la mortalité par la fièvre typhoïde a été déterminée par un ensemble de mauvaises conditions hygiéniques parmi lesquelles elle range l'encombrement, quand elle dit que les ouvriers sont attirés par l'impulsion exagérée donnée à l'industrie du bâtiment, etc.

M. Fauvel, après la discussion de ces divers points, propose de substituer aux conclusions de la commission la formule suivante :

« L'Académie a entendu avec le plus vif intérêt les communications faites dans le cours de la discussion sur la fièvre typhoïde, touchant l'étiologie et la prophylaxie de cette maladie, et elle attache une grande importance à ce que le gouvernement sache qu'elle ne saurait rester indifférente aux solutions qui seront données aux questions soulevées devant elle.

L'Académie n'ignore pas que la plupart de ces questions ont été, dans ces derniers temps, l'objet des préoccupations des autorités supérieures et que des études sérieuses ont été entreprises pour remédier aux diverses causes de l'insalubrité actuelle à Paris; cependant elle ne croit pas inutile de former des vœux pour que ces études aboutissent le plus tôt possible au résultat désiré.

C'est pourquoi, sans se départir de son usage traditionnel de n'émettre aucun jugement sur la valeur intrinsèque de chacune des opinions émises dans le cours de la discussion, l'Académie recommande vivement les questions traitées devant elle à la sollicitude du gouvernement.

Ces questions sont relatives : au fonctionnement défectueux des égouts de Paris; à l'infection provenant des dépotoirs et des usines à sulfate d'ammoniaque qui l'entourent; à l'assainissement de la Seine; à la mauvaise distribution des eaux potables livrées au public et à leur insuffisance; à l'insalubrité actuelle des maisons par les cabinets d'aisance; à la nécessité d'exécuter strictement et d'améliorer la loi qui régit les logements insalubres; aux agglomérations ouvrières; en un mot, à toutes les causes d'insalubrité signalées dans le cours de la discussion.

De plus, comme corollaire de cette discussion, l'Académie croit devoir appuyer de toute son autorité le vœu, depuis longtemps formulé, que ce qui touche à la santé publique en France soit, à l'exemple d'autres pays, placé sous une direction spéciale et compétente qui assurerait l'exécution des mesures relatives à l'hygiène publique.

M. BERGERON ne veut pas laisser passer sans protestation une opinion émise par M. Fauvel. M. Fauvel a grand souci de la dignité de l'Académie. MM. Hardy, Rochard, Colin et M. Bergeron lui-

même n'en ont pas moins souci que lui et ils pensent, contrairement à M. Fauvel, que l'Académie ne peut pas, après avoir entendu pendant cinq mois une discussion sur une aussi importante question, ne pas dire un mot, ne pas exprimer son opinion sur cette question. M. Fauvel a commencé par dire qu'il valait mieux se taire quand on n'avait rien de bon à dire; puis il a changé et a proposé lui-même, à son tour, des conclusions. Je ne saurais, ajoute M. Bergeron, en vouloir à M. Fauvel d'avoir ainsi changé d'opinion, puisque moi-même j'en ai changé deux fois en l'espace d'un quart d'heure, dans le cours de la discussion. Tant qu'il ne s'agissait que d'engager l'opinion de l'Académie sur la question du traitement et de l'étiologie de la fièvre typhoïde, j'ai voté contre les conclusions de la commission; mais quand il s'est agi d'indiquer des mesures prophylactiques à prendre, alors j'ai voté pour les conclusions proposées par la commission. C'est pourquoi je m'élève contre la crainte, exprimée par M. Fauvel, d'engager et de compromettre l'Académie dans des questions qui, suivant lui, ne sont pas de sa compétence, et de donner des conseils qu'on ne lui demande pas. Ce ne serait d'ailleurs pas la première fois que l'Académie donnerait des conseils qu'on ne lui demande pas. Est-ce que la question des nourrissons n'est pas née ici? N'est-ce pas de la discussion qui a eu lieu au sein de l'Académie sur cette question de premier ordre que sont parties toutes les mesures si importantes qui ont été prises et qui assurent pour l'avenir et qui ont déjà assuré un accroissement notable de la population? L'Académie n'avait pourtant pas été consultée sur ce sujet. Il en est de même de la répression de l'alcoolisme, et l'avis au peuple qui est aujourd'hui affiché dans tous les hôpitaux et lieux publics n'a-t-il pas été rédigé par l'Académie?

La commission ne me semble donc pas compromettre l'Académie ni dépasser sa compétence quand elle indique les causes probables de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi l'année dernière et les moyens d'en prévenir de semblables.

Au reste, M. Fauvel enveloppe de miel les conclusions proposées par la commission, mais au fond il demande et propose la même chose.

M. BLOT pense que quand on donne des conseils à quelqu'un qui ne vous les demande pas, il faut au moins que ces conseils apprennent quelque chose. Or rien dans les conclusions de la commission ne peut apprendre quoi que ce soit aux pouvoirs publics; il s'agit de réformes nécessaires, de mesures insuffisantes, et ces mots vagues, nécessaires, insuffisants, reviennent sans cesse sans jamais rien indiquer de précis. Il semble que la commission ait surtout été préoccupée de ne rien dire; il s'agit de problèmes posés, mais non résolus. C'est là une manière d'exprimer sa pensée....... tout à fait insuffisante. Il n'y a qu'une seule chose bien nette et bien précise qui semble être la base de toutes les propositions émises par la commission : c'est le vœu de la fin, la nécessité d'une direction de la santé publique. En outre, il faut éviter autant que possible d'émotionner, sans utilité, le public; or dans les conclusions de la commission se trouvent exposés plusieurs faits de nature à jeter le trouble dans les populations. En somme, M. Blot ne votera pas les conclusions de la commission parce qu'elles ne concluent pas.

M. ROCHARD, habitué jusqu'ici à suivre M. Fauvel, à marcher avec lui, a le regret cette fois-ci de ne pas partager son opinion. L'argumentation de M. Fauvel porte sur deux points : Il n'est pas, dit-il, dans les traditions de l'Académie de donner des conseils, de formuler des règles qui ne lui sont pas demandées; il y a là une question de convenance, d'opportunité, qui retient M. Fauvel et l'empêche d'accepter les conclusions de la commission telles qu'elles sont proposées. Le second point est celui-ci : vous intervenez, dit M. Fauvel, vous vous engagez sur un terrain qui n'est pas le vôtre; vous ne pouvez dès lors que proposer des solutions ou banales ou fausses, et vous risquez de compromettre l'Académie. Je laisserai le premier point pour ne m'occuper que du second.

Est-il vrai que nous n'ayons pas la compétence nécessaire pour nous occuper d'une question d'hygiène? Il me semble que la compétence de l'Académie en pareille matière est aussi incontestable que son existence même. L'hygiène, c'est aujourd'hui les deux tiers de l'art de guérir; elle a envahi en grande partie le terrain de la thérapeutique; l'hygiène ne comprend-elle pas une foule de questions diverses, n'est-elle pas la vie même de la thérapeutique? Devant les progrès considérables accomplis dans ces derniers temps dans cette vaste science de l'hygiène, appartient-il à l'Académie de se désintéresser de toutes les questions qui s'y rattachent, de décliner toute compétence en cette matière, et de se contenter de vanter les effets du sulfate de quinine, ou de se traîner derrière le char triomphant du salicylate de soude? Sommes-nous donc si étrangers aux questions que nous avons soulevées! N'avons-nous pas visité ces logements insalubres sur lesquels nous appelons l'attention de l'autorité? N'avons-nous pas respiré les odeurs des égouts que nous demandons d'assainir? N'avons-nous pas acquis, par la lecture de brochures spéciales, par des conversations avec les ingénieurs, par nos propres enquêtes, la somme de connaissances nécessaires pour parler de ces questions et pour émettre une opinion à leur sujet? Oui, certes, nous avons qualité, nous avons la compétence nécessaire pour nous occuper de questions d'hygiène; et si quelque chose m'étonne, c'est que ce soit un membre de la section de médecine opératoire qui soit obligé de prendre la défense de l'hygiène contre des hygiénistes.

M. RICORD. C'est une bonne opération.

M. ROCHARD. M. Fauvel ne veut pas reconnaître que l'encombrement doit entrer pour une large part dans l'étiologie de cette dernière épidémie de fièvre typhoïde. Les faits et les chiffres sont là cependant pour le démontrer, et je crois avoir suffisamment expliqué comment s'est produit cet encombrement de certains quartiers par le fait de ces larges voies ouvertes au milieu de quartiers populeux, par le fait de la construction de ces maisons droites, hautes et imposantes, mais fermées à l'ouvrier à la place de ces constructions beaucoup plus nombreuses, mais aussi beaucoup plus modestes, et qui étaient accessibles aux petites bourses. Il a donc fallu que cette nombreuse population ouvrière qui occupait la Butte aux Moulins et bien d'autres quartiers, se portât dans les faubourgs et envahît ces quartiers excentriques au point d'encombrer les maisons et surtout les garnis de ces quartiers.

Nous avons montré aussi l'influence fâcheuse de ces dépotoirs aux portes de Paris; nous avons cru aussi devoir appeler l'attention de l'autorité sur la nécessité d'assurer une bonne exécurion de la loi sur les logements insalubres, d'assainir les égouts, d'assurer enfin une juste répartition des eaux potables. Tout cela n'est-il pas du ressort de l'Académie? Est-ce donc dépasser sa compétence que de s'occuper de ces questions?

M. Blot considère le vœu émis en terminant par la commission, comme le post-scriptum de certaines lettres qui ne sont écrites qu'en vue de ce post-scriptum. Que M. Blot se rassure, ni M. Hardy, ni M. Fauvel, ni moi n'aspirons au portefeuille de la Santé. M. Blot craint aussi de nous voir alarmer les populations. Le danger est passé maintenant. Mais il faut savoir prévenir les bourrasques, et c'est quand le calme est revenu qu'il importe de s'occuper de ce soin.

Vous voterez à l'unanimité les conclusions de la commission parce que vous ne voudrez pas qu'il soit dit qu'alors que le public, la presse tout entière, se sont occupés de ces questions, qu'alors que toutes les Sociétés savantes les étudient, les approfondissent en suivant avec un soin jaloux toutes les voies du progrès, seule l'Académie de médecine, majestueusement enfermée dans sa dignité, se sera désintéressée de ces questions, se contentant de rechercher les causes des épidémies de fièvre typhoïde en courant après quelques microbes insaisissables et par conséquent impossibles à combattre, ou bien en se bornant à vanter les hauts faits ou à déplorer les méfaits du sulfate de quinine à hautes doses. Non certes, l'Académie a trop de jeunesse, trop de vie, trop de vitalité pour s'endormir ainsi dans l'indifférence.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 mai 1883. — Présidence de M. Grimaux.

COMMUNICATION

Sur l'empoisonnement par la strychnine. — M. DELAUNAY communique des recherches relatives à l'influence exercée par le degré de concentration ou de dilution d'une solution de strychnine sur l'empoisonnement par cet alcaloïde.

D'après ces recherches, qui ont été faites au laboratoire de physiologie de la Faculté, avec la collaboration de M. Rondot, préparateur, une solution de strychnine agit d'autant plus qu'elle est plus concentrée. En effet, si l'on injecte à deux cobayes la même quantité de poison, mais au quarantième chez l'un et au cent vingtième chez l'autre, on voit que chez ce dernier l'empoisonnement est moins intense et plus lent que chez le premier.

Cette expérience permet d'expliquer pourquoi l'on peut ingérer une grande quantité d'alcool étendu d'eau sans éprouver aucun symptôme d'ivresse.

Si, au lieu de donner l'eau avec le poison, on la donne après, le résultat est le même. Si, après avoir empoisonné deux cobayes avec la même dose concentrée de strychnine, on injecte à l'un, sous la peau ou dans l'estomac, de 10 à 20 centimètres cubes d'eau, on le voit revenir peu à peu à l'état normal. Les convulsions cessent et l'animal qui était sur le flanc se relève et se met à marcher.

Cette expérience explique une pratique en usage chez les Hollandais qui, à leurs repas, boivent successivement un petit verre de vin pur et un grand verre d'eau destiné à diminuer l'effet du vin. D'autre part elle justifie l'emploi de l'eau à haute dose comme remède dans les empoisonnements aigus. Orfila conseille, dans ce cas, de « faire avaler au malade une grande quantité de liquide pour neutraliser ou délayer la substance vénéneuse ».

M. Delaunay a voulu savoir si les maladies exercent une influence sur l'action de la strychnine. Si l'on injecte la même quantité de poison à deux cobayes dont l'un a été préalablement rendu malade au moyen d'une injection de 3 centimètres cubes d'urine ammoniacale purulente, on voit que ce dernier succombe très rapidement à l'empoisonnement par la strychnine, tandis que le premier est peu affecté par la même dose de poison.

Un animal atteint de maladie aiguë est donc plus sensible à l'action de la strychnine. Il faut moins de poison pour le tuer. M. Delaunay est porté à croire qu'il n'en est pas de même dans les maladies chroniques où les phénomènes nutritifs sont ralentis. En effet, il a montré dans une précédente communication qu'une grenouille anémique qui n'a pas mangé depuis longtemps résiste plus à l'empoisonnement par la strychnine qu'une grenouille en bonne santé.

A 5 heures, la Société se forme en comité secret.

Lundi 28 mai ont eu lieu, à Saint-Étienne-du-Mont, les funérailles d'Édouard Laboulaye, sénateur, membre de l'Institut et directeur du Collège de France. Les journaux politiques ont consacré au professeur, au publiciste, à l'homme d'État, des articles qu'eussent complétés, sans doute, les discours qui ne pouvaient manquer d'être prononcés à cette occasion, si la volonté expresse de l'illustre mort n'eût imposé le silence autour de sa tombe.

La presse médicale ne manquera pas aux derniers désirs exprimés par M. Laboulaye, en rappelant comment il combattit par la plume et la parole, pour faire introduire dans les institutions sanitaires de l'armée les réformes réclamées par l'humanité et l'intérêt du pays et pour aider le corps de santé militaire à conquérir l'indépendance sans laquelle sa mission est impossible.

Au lendemain de la révolution de 1789, pendant les vingt-deux années de guerre que soutint la France contre l'Europe entière, Coste, Desgenettes, Percy, Larrey, avaient, mais en vain, adjuré le gouvernement de faire cesser un état de choses qui était la principale cause de ruine des armées françaises et contribua puissamment à amener les désastres où sombra le premier Empire, malgré le génie militaire de Napoléon.

Sous le gouvernement de Juillet, Antonini, Broussais, Guyon, Bégin, ne furent pas plus heureux. Leurs cris d'alarme ne parvinrent à émouvoir ni le pouvoir ni le public.

Avec le second Empire, les grandes guerres recommencèrent. On sait ce qui advint en Crimée. Les réclamations que firent entendre Scrive, Baudens, Michel Lévy, avaient été bien accueillies par le chef de l'État, et l'on espérait voir enfin se produire des réformes; quand de puissantes influences parvinrent encore à les faire ajourner. Toute l'énergie de M. le baron H. Larrey, en 1859, pendant la campagne d'Italie, ne put empêcher le renouvellement d'un état de choses aussi fâcheux. Il durait encore en 1869, à la veille de la guerre franco-allemande. M. Laboulaye ayant lu, cette année-là, le rapport du docteur Chenu, médecin principal de l'armée, sur les résultats du service médico-chirurgical pendant la campagne d'Orient en 1854, 1855, 1856, fut si ému des révélations de ce livre, que sa spécialité tenait éloigné du public, qu'il résolut de le faire connaître à celui-ci. Qui ne se rappelle l'émotion produite à Paris par l'apparition de l'article de la *Revue des Deux Mondes* intitulé : *De la médecine militaire en France et aux États-Unis?*

L'éminent publiciste montra que s'il y avait dans notre armée des médecins militaires, il n'existait pas de corps de santé. « Comment, disait-il, est-on arrivé à cette prodigieuse aberration? Deux idées qui sont vraies dans certaines limites ont été poussées à l'extrême et sont devenues ainsi des erreurs funestes. L'une est l'idée d'économie, l'autre est l'idée d'unité... J'espère, ajoutait-il, que la Chambre inscrira prochainement, au nombre des réformes nécessaires, la réforme du service médical de nos armées. »

Quelques mois plus tard, notre pays était aux prises avec l'Allemagne. Malgré le vœu formulé par M. Laboulaye, rien n'avait été fait. Le désastre médical fut à la hauteur du désastre militaire, s'il ne fut pire.

Dès la conclusion de la paix, on se hâta d'entreprendre la réorganisation de l'armée. Au nombre des projets de loi qu'elle nécessitait, il y en avait un sur l'administration. On y proposait l'autonomie du service de santé. Une lutte ardente s'engagea sur ce terrain entre les partisans de l'ancien système et ceux des réformes. Édouard Laboulaye vint soutenir à la tribune du Sénat la cause de l'indépendance de la médecine militaire. Ce n'était ni par esprit d'opposition, ni par désir d'être bienveillant pour les médecins militaires, mais par conviction que cette indépendance leur était nécessaire pour s'acquitter de leur tâche envers l'armée. La victoire fut longtemps douteuse. Enfin, éclairée par les arguments apportés à la tribune par des hommes d'État comme MM. Laboulaye, de Freycinet; des militaires, comme le colonel de Bastard, les généraux Guillemaut, Pélissier; des médecins militaires, comme le baron Larrey, le docteur Cazalas, le docteur Legouest; que soutenait la presque unanimité de la presse politique et militaire; l'opinion publique se prononça avec un courant irrésistible pour l'autonomie du corps de santé, et la loi fut votée. Son application dure depuis près d'un an.

Il est à désirer, pour l'humanité, qu'une nouvelle guerre n'éclate pas avant que cette loi bienfaisante ait eu le temps de produire son effet. On peut espérer que l'armée recueillera, alors, le bénéfice des efforts tentés en sa faveur par les plus illustres médecins qu'elle ait comptés dans ses rangs et par l'homme de bien qu'on vient de conduire à sa dernière demeure.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — L'épreuve clinique des candidats de la section de chirurgie et d'accouchements s'est terminée mardi soir. Le dépôt des thèses de concours devra être fait le mercredi 13 juin prochain. Le même jour, à cinq heures du soir, l'ordre dans lequel devra avoir lieu la soutenance et l'argumentation des thèses sera fixé par la voie du tirage au sort.

— M. le docteur Jacques Bertillon est nommé chef des travaux de la statistique municipale, en remplacement de son père, décédé au mois de mars dernier.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Curie, préparateur de minéralogie, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, des fonctions de répétiteur de minéralogie.

— Un congrès international de la protection de l'enfance s'ouvrira, à Paris, le 15 juin prochain. On trouvera tous les renseignements au siège de l'administration de la Société générale de protection pour l'enfance abandonnée ou coupable, rue de Lille, 47.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Luc Leroy, étudiant en médecine, décédé à la suite d'une variole contractée dans le service hospitalier auquel il était attaché.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation dans la forêt de Montmorency, le dimanche 3 juin 1883. Le rendez-vous est à la gare du Nord, où l'on prendra le train de huit heures vingt-cinq du matin pour la station de Domont.

— M. le professeur Chatin, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique, le dimanche 3 juin, aux environs de Mantes. Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare, à huit heures dix minutes du matin.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 3 juin 1883, dans la forêt de Montmorency. — Départ de Paris, gare du Nord, pour Domont, à huit heures vingt-cinq. Les inscriptions seront reçues aux galeries du Muséum, de midi à quatre heures, jusqu'à vendredi inclusivement.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique publique le dimanche 3 juin 1883, à Grignon, Thiverval et Beynes.

Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare Montparnasse (cour du haut), où l'on prendra, à neuf heures quarante-cinq, le train pour Plaisir-Grignon; on sera rentré à Paris à six heures quatre minutes.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie (galerie de géologie), avant samedi à quatre heures.

— M. Kœhler soutiendra, à la Faculté des sciences de Paris, le jeudi 31 mai, à deux heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante : *Recherches sur les échinides des côtes de Provence.*

— M. Léon Bourgeois soutiendra, à la Faculté des sciences de Paris, le 2 juin, à quatre heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, la thèse suivante : *Reproduction, par voie ignée, d'un certain nombre d'espèces minérales appartenant aux familles des silicates, des titanates et des carbonates.*

De l'hérédité syphilitique, par le docteur H. Blaise, professeur agrégé. Broch. in-8°. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14619.

81

RACHITISME, MALADIES DE PEAU, SYPHILIS.

Le Rob Lechaux

Préparé par MARIO LECHAUX, pharmacien, rue Sainte-Catherine, 164, **Bordeaux.**

contient exactement 40 centigrammes d'Iodure de potassium par cuillerée à bouche.

Le **ROB LECHAUX** est un excellent produit, qui a depuis longtemps fait ses preuves dans de nombreuses affections d'origine dyscrasique, telles que : la *syphilis invétérée*, les *adénopathies strumeuses*, les *Anémies graves et rebelles*, le *Rachitisme*, etc., etc.

Dans le **ROB LECHAUX**, les sucs de **Cresson**, de **Salsepareille rouge** et d'**Écorce d'Orange** sont savamment combinés à l'**Iodure de potassium**, et c'est grâce à cette combinaison que l'on peut éviter à coup sûr les *Gastralgies*, les *Entéralgies* que produit trop souvent l'iodure administré en solution.

Le flacon : 4 fr., dans toutes les pharmacies.

76

Méd. aux Exposit. Vienne 1873, Philadelphie 1876

Cachets de sulfate de quinine

LIMOUSIN, ph., Paris, 2 *bis*, r. Blanche.

Suppression de l'amertume. Solubilité complète. Contrôle de pureté. 20 cachets de 0,10 cent., l'étui 3f; 10 cachets de 0,20 cent., l'étui 3f. Envoi poste. *Touj. prép. avec le sulf. de quinine des 3 cachets.*

65

Vins d'Ossian Henry,

membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences*, etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

19

Quina Anti Diabétique Rocher

Préparation spéciale contre le DIABÈTE.

A base de GLYCÉRINE *redistillée et chimiquement pure.*

Les expériences faites sur des Malades ont donné de très-beaux résultats.

M. ROCHER met à la disposition de MM. les Médecins des Flacons d'échantillons qu'il envoie *gratis*, à titre d'expérimentation, sur demande adressée à la Pharmacie ROCHER, 1, rue Perrée, à Paris. — Flacon : **3** fr. **50.**

65

PHTISIE, ANÉMIE, RACHITISME.

Vin de Barabeau

PEPTONE ARSÉNIO-PHOSPHATÉE.

10 gr. viande, 1 gr. bi-phosphate de chaux arsénié par cuillerée à bouche.

Reconstituant énergique, entièrement assimilable, Paris, CARMOUCHE, 19, rue Vieille-du-Temple. — Angoulême, BARABEAU, phen-chimiste, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

20

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

64

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS: Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

8

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

103

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

117

Maladies de poitrine, GUÉRISON

par les **Sirops d'Hypophosphite de Soude ou de Chaux,** du Dr CHURCHILL.

Nombreuses attestations médicales.

Prix : 4 fr. le flacon, avec instruction.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

22

AFFECTIONS DES BRONCHES ET DE LA GORGE

Une petite mesure (12 centigr.) de

Sulfureux Pouillet

dans un verre d'eau donne de suite une Eau sulfureuse incolore et d'une conservation parfaite.

Marcellin Pouillet Fl. pr 10 litres d'eau. 2f,50 Fl. pour un bain. . 1 fr.

Donc, **économie** et **préparation** toujours **identique.**

Approuvé par l'Académie de médecine.

CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

2

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

12

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Vin et Huile de foie de Morue

CRÉOSOTÉS du Dr G. FOURNIER.

0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,05.

Seules récompensées à l'Exp. univ. de Paris, 1878

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde Paris. — Exiger la signature.

51

Rubinat, EAU MINERALE NATURELLE PURGATIVE

Supérieure à toutes les Eaux purgatives allemandes. — Effet rapide, obtenu à très-petite dose sans irritation intestinale.

Grande médaille d'or. Expon intle Francfort 1881.

73

Globules Névrosthéniques

de T. GRAS

(*à base d'éthérolé de castoréum valérianique*).

Ne contiennent ni bromure de potassium, ni opium, ni sels de quinine.

Palpitations nerveuses du cœur, névroses générales, névralgies, agitations nerveuses, hystérie, épilepsie.

Pharmacie T. GRAS, 9, rue Le Peletier, Paris.

41

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.

REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard),

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: QUATRE francs.

DÉPÔT: Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

49

Vin Defresne à la Peptone

Admise première, après analyse, dans les hôpitaux de Paris.

Récompensée à l'exposition universelle 1878.

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire fluidifiée digérée rendue assimilable.

Dose: 1/2 verre à madère après le repas; 4 fr.

ELIXIR DEFRESNE à la PEPTONE, 5 fr., nutriment agréable et reconstituant.

PEPTONE DEFRESNE : 25 p. 100 de peptonet

Dose : 2 cuillerées à la fois dans eau tiède et salée, 5 fr.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine,** Paris.

123

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

93

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorragies* (*hémoptysies*) *métrorragies, ménorragies, etc.*), des *flux muqueux*, tel que les *leucorrhées*, *les diarrhées imples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.

Phie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, Paris.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

PARIS, phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

N° 63. — SAMEDI 2 JUIN 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 2 JUIN 1883. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Histoire de la rage. — — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Un cas d'épulis. — ASILE DE MARÉVILLE. Hernie crurale. Taxis progressif et prolongé suivi de succès. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire de la rage (1).

(Leçons recueillies par M. le docteur O. GUILLIER.)

II

LA RAGE CHEZ LES ANIMAUX.

Il faut que je vous mette, dès à présent, en garde contre la donnée funeste qui existe depuis Galien, à savoir que *rage* et *hydrophobie* sont synonymes ; c'est une grave erreur, car les animaux, comme nous allons le voir, ne sont pas hydrophobes.

I. *Rage du chien.* — Parlons tout d'abord du chien, du bon chien que tous vous avez caressé, et avec lequel vous avez tous joué, cet animal qui est notre commensal, notre hôte, notre gardien, notre compagnon, notre ami : tous vous aimez cet animal bienfaisant et cependant, à un moment donné, ses caresses peuvent être mortelles, car le chien a spontanément la rage.

En général, on se figure que le chien enragé est toujours furieux, féroce. Erreur profonde, car dans cette période l'animal n'est pas le plus à craindre, c'est au contraire dans la période de calme, alors qu'il vous témoigne de l'affection que la bave du chien est déjà virulente ; c'est précisément à cette période que l'on se méfie le moins.

Il est donc bien important de connaître les symptômes de cette maladie rabique, car du diagnostic fait à temps peut dépendre la vie de plusieurs personnes. On admet chez le chien deux formes principales de rage :

A. *Rage furieuse ;*

B. *Rage silencieuse ou mue.*

A. La rage furieuse présente deux périodes : une première initiale, prodromique et non agressive ; une deuxième confirmée, où l'animal est plus ou moins furieux.

1° Dans la période initiale, l'animal éprouve des malaises, son humeur change, il cherche de tous côtés, il se cache, il est inquiet, agité, somnolent, inattentif à la voix du maître et d'autres fois trop affectueux.

Dès ce moment, sa bave est virulente et l'inoculation en est mortelle.

On constate ensuite certaines modifications du regard qui devient fixe : l'animal disperse sa litière ; si c'est un chien d'appartement, il gratte et bouleverse toutes choses, puis s'arrête subitement. Youatt, Delabère-Blaine, Bouley, Dubuc, qui ont parfaitement étudié ces hallucinations, nous disent que l'animal croit voir des objets imaginaires, entendre certains sons qui n'existent pas ; il s'élance dans le vide pour saisir quelque chose, puis percevant la voix du maître, il revient à lui pour quelques instants, jusqu'à ce que de nouveaux fantômes se présentent. Les hallucinations reprennent leur cours ; dans cette période, on voit le chien rechercher le froid, lécher le fer, la pierre, le museau des autres animaux. Cet état persiste ainsi jusqu'à la période de rage confirmée, mais il faut savoir que, même au commencement de cette dernière, l'animal obéit encore à la voix de son maître, tandis qu'il est hargneux à l'égard des étrangers ; aussi dès le début faut-il le maintenir séquestré et attaché avec une chaîne métallique et non avec une simple corde. On a vu des chiens en puissance de rage rechercher plus que de coutume les caresses de leur maître, lécher des enfants et jouer avec eux, et cependant pouvant avec leur bave inoculer le virus rabique sur des parties dénudées telles qu'une petite écorchure, une surface eczémateuse, etc. Aussi combien d'accidents peuvent être conjurés en séquestrant l'animal dès le début, chose que l'on ne peut faire qu'en connaissant bien les symptômes de la rage !

Il est un réactif que les vétérinaires connaissent et que l'on doit employer aussitôt qu'un chien paraît suspect, c'est ce qu'on peut appeler le *réactif du bâton*. A la vue d'un bâton que le maître tient à la main, l'animal devient furieux, s'élance pour mordre, tandis qu'il est calme s'il n'est pas menacé. Quand vous verrez un chien devenir furieux à la vue d'un bâton, méfiez-vous, et sequestrez-le.

Afin de bien connaître les symptômes de cette terrible maladie, examinons chaque appareil en particulier.

Immédiatement, élevons-nous contre une grande erreur, en affirmant, contre ce qui est généralement admis, que *le chien enragé n'est pas hydrophobe*. Non, le chien enragé n'a pas horreur de l'eau ; au contraire, il se précipite sur ce liquide, le happe avidement et y plonge le museau ; on en a vu traverser des rivières pour aller mordre des animaux sur l'autre rive.

Le chien n'est donc pas hydrophobe, et si cette opinion a

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 mai 1883.

été soutenue, c'est par analogie avec l'homme, qui, lui, est hydrophobe. Quant au chien, ainsi que pour les autres animaux; non, c'est faux.

De plus, l'appétit est loin d'être perdu; l'animal, au contraire, mange avec voracité, dévore tout ce qui lui tombe sous la dent : paille, bois, couvertures, rideaux, tapis, etc. L'appétit est dépravé; quelquefois l'animal vomit du sang et semble avoir un corps étranger dans la gorge; gardez-vous bien d'y aller porter la main, car ces explorations ont coûté la vie à plusieurs vétérinaires, qui n'y ont jamais rien trouvé de ce qu'ils cherchaient.

A cette période prodromique, la bave n'apparaît pas encore, et cependant la salive est abondante et déjà très virulente.

Auzias-Turenne, en 1868, a insisté sur la présence des *lysses*, signalées surtout par Marochetti, et auxquelles on a attribué trop d'importance. Ce sont des vésicules situées sous la langue. Les lysses existent quelquefois chez le chien, car elles ont été vues par Vianne de Résende (Thèse de Paris, 1831) et par Barthélemy aîné, qui fit l'expérience célèbre que voici :

Barthélemy aîné, ayant trouvé à Alfort, sous la langue d'un chien enragé, quatre lysses de la grosseur d'un haricot, les ouvrit, inocula l'humeur qu'elles contenaient à d'autres chiens et vit chez eux la rage se déclarer.

Le larynx et les voies respiratoires sont également atteints; c'est ainsi que la voix du chien subit une modification bien connue des vétérinaires et qui est caractéristique. L'aboiement, qui tout d'abord est normal, se transforme en une espèce de hurlement lugubre, prolongé, effrayant et que l'on n'oublie plus après l'avoir entendu. Les auteurs le comparent à celui du chien qui la nuit hurle à la lune, mais beaucoup plus sinistre encore.

Nous avons vu précédemment l'expérience du bâton déterminer des accès de fureur; mais il est un autre réactif meilleur encore, c'est celui du chien lui-même. A la vue d'un autre chien, l'animal enragé devient furieux et cherche à le mordre; il se précipite sur lui, le roule, le « pille », le mordille.

D'ailleurs le chien est non seulement un excellent réactif de la rage pour ses semblables, mais encore pour les autres animaux tels que le cheval, le taureau, le mouton en puissance de rage.

Bien des faits intéressants viennent prouver cette assertion; malheureusement le cadre restreint de notre étude ne nous permettant pas de les rapporter ici, je me bornerai à vous citer brièvement les deux observations suivantes :

1° Une personne amène à la consultation d'Alfort, dans un cabriolet à deux roues, un petit chien d'appartement qui depuis deux jours ne mangeait plus comme d'habitude; pendant tout le trajet l'animal avait été très doux et le diagnostic était fort embarrassant, quand, par hasard, un autre chien venant à passer, l'animal devint aussitôt furieux. Le diagnostic de rage fut porté et trois jours après le petit chien périssait, enragé.

2° On avait conduit, à la longe, un cheval, pour la consultation d'Alfort. L'animal était un peu souffrant depuis quelques jours. Un examen minutieux ne faisait rien découvrir. Tout à coup un chien vient à passer et le cheval devient furieux. La personne qui l'avait amené fut interrogée et raconta que, pendant le trajet, son cheval devenait furieux chaque fois qu'il rencontrait un chien.

On attacha l'animal à un arbre dans la cour, on fit ensuite passer devant lui un chien et chaque fois les mêmes symptômes de fureur se manifestèrent.

Le cheval était enragé et périt quelques jours après.

Que d'exemples nous pourrions citer encore! Mais la place nous manque; cependant, avant de terminer sur ce point, il faut que je vous fasse connaître l'opinion de Renault, à qui est due la relation d'un fait rare dans la science. D'après cet auteur, *le meilleur réactif de la rage chez un animal serait l'animal qui l'aurait donnée.*

Renault appuyait son opinion sur le fait suivant : « Un cheval devint enragé après avoir été inoculé avec la salive d'un mouton enragé. Ce cheval supporta sans aucune fureur la vue et la compagnie des chiens qu'on mit avec lui; ayant été chercher un mouton et l'ayant mis en présence du cheval, ce dernier se précipita furieux sur lui et le broya. » De là, Renault conclut que l'animal qui avait donné la rage était le meilleur réactif de l'enragé.

On constate encore, chez les chiens enragés, de l'analgésie; c'est ainsi qu'en leur présentant un fer rouge, ils le mordent sans rien sentir. L'animal est tellement insensible, que le professeur Henri Bouley a vu des chiens se mutiler et se couper eux-mêmes la queue. Aussi faut-il se tenir en garde contre les animaux qui se mordent ainsi et se font des plaies auxquelles ils paraissent insensibles. Mais il a été constaté également que les endroits où l'animal a été mordu deviennent, plus tard, le siège d'une hyperesthésie manifeste, si bien que l'animal se mordille sans cesse à ces endroits. Ajoutons à ces symptômes des ardeurs sexuelles inusitées, et nous aurons passé rapidement en revue les principaux phénomènes de la rage, pendant la période prodromique.

En résumé, tous ces symptômes sont dus à une excitation du système nerveux : hallucinations, analgésie, hyperesthésie et ardeur sexuelle inusitée.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Paul Berger.

Un cas d'épulis.

Je vais vous parler aujourd'hui de certains faits se rattachant à la tumeur que j'ai enlevée ces jours derniers; il s'agit d'une épulis, c'est-à-dire d'une tumeur du bord alvéolaire de la mâchoire supérieure, sans adhérences aucunes avec les parties voisines, progressant sans cesse et résistant à toute espèce de traitement autre que l'extirpation.

L'épulis est une variété de tumeur qui affecte des formes très différentes, d'où l'embarras parfois de certains chirurgiens des temps passés. Aujourd'hui il n'en est plus ainsi et l'épulis est une affection bien connue. Partie du bord alvéolaire, elle n'est qu'une variété de l'ostéosarcome des mâchoires, tirant sa bénignité relative de son siège et de son mode de développement.

La malade que nous avons opérée est une femme de quarante-cinq à cinquante ans, qui s'aperçut pour la première fois, il y a deux ans environ, d'une petite tumeur charnue, du volume d'un pois, qui apparaissait au niveau des dernières molaires. Bientôt la dent de sagesse se trouvait ébranlée et tombait spontanément. C'est un fait habituel, du reste, dans l'épulis, que l'apparition de la tumeur soit précédée ou suivie de la chute d'une dent. La tumeur continuait à augmenter, mais comme elle ne déterminait aucune douleur, — fait également normal, — la malade ne s'en inquiétait pas beaucoup. Ce ne fut que dans ces derniers temps, alors seulement qu'elle avait acquis un certain volume et qu'elle entraînait une gêne assez notable ainsi

qu'une certaine déformation de la face, que la malade se décida à venir à l'hôpital.

A cette époque, l'épulis était à peu près grosse comme une noix, et formait pour ainsi dire deux lobules. Le premier, — le plus volumineux, — occupait le sillon de séparation de l'arcade dentaire et de la joue. Il était lisse, d'un rouge foncé, ferme, dur même, mamelonné, libre de toutes parts et sans autre adhérence que son point d'implantation sur le bord alvéolaire, implantation sur une large surface, ce qui lui donnait l'apparence d'une tumeur sessile. Le second lobule, — formant une sorte de diverticulum, — était venu s'appliquer, par la pression de la langue, contre la voûte palatine, si bien qu'il paraissait s'être développé aux dépens de cette voûte, tandis qu'en réalité il s'insérait comme la première tumeur sur le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure et que le doigt introduit dans la bouche pouvait passer entre la tumeur et la voûte palatine. Ce second lobule était d'une teinte quelque peu différente du premier, elle était d'un blanc rosé et présentait un bord frangé, festonné.

La tumeur, sur aucun de ses lobes, n'était ulcérée ; sa surface était parfaitement lisse, elle ne donnait lieu à aucune sécrétion muqueuse ni purulente. Du reste, les épulis ne s'ulcèrent presque jamais et les quelques petites plaies passagères que l'on y rencontre parfois sont exclusivement dues à l'action des dents pendant la mastication.

Abandonnées à elles-mêmes, les épulis augmentent sans cesse de volume, déterminant une gêne de plus en plus grande, chassant la langue devant elles, entraînant peu à peu une déformation de la joue, mais ne donnant jamais lieu par elles-mêmes à aucune douleur, et n'étant jamais le siège d'hémorragies.

Ces tumeurs, dont la dénomination est d'origine hippocratique, ont été bien décrites par Boyer, tout en laissant un grand desideratum au point de vue de leur constitution anatomique, et l'opinion qui prévalait encore il y a une quarantaine d'années, voulait que les épulis fussent des tumeurs de nature fibreuse et d'un pronostic plus grave. Mais les travaux de M. Robin et ses communications, en 1849, à la Société de biologie, sur les médullocelles et les myéloplaxes et les tumeurs formées par l'agglomération de ces éléments anatomiques de la moelle des os vinrent jeter un jour absolument nouveau sur la question. Un peu plus tard sir Paget confirmait la description de M. Robin et en 1860 M. Eugène Nélaton donnait, dans sa thèse inaugurale, une excellente description des tumeurs à myéloplaxes et à médullocelles et de leurs principales variétés, des tumeurs myéloïdes, notamment des épulis.

Les épulis renferment un très grand nombre de vaisseaux, au point même d'avoir quelquefois l'apparence de tumeurs érectiles, et leur coloration rouge foncée tient bien plus à la couleur même des myéloplaxes qu'à la présence des vaisseaux sanguins. Du reste, cette coloration varie selon que les myéloplaxes ou les médullocelles prédominent dans la tumeur.

Certaines variétés d'épulis, au lieu d'être des ostéosarcomes de consistance plus ou moins molle, sont constituées par un sarcome ossifiant, c'est-à-dire que l'on trouve, dans leur intérieur, des trabécules osseuses formant des éléments durs, implantés au milieu d'une masse plus molle.

Quelques auteurs, comme Virchow, croient que les épulis se développent dans le périoste de l'alvéole ; d'autres, comme M. Magitot, dans l'alvéole elle-même, d'où elles chasseraient la dent au dehors pour sortir à leur tour et se développer plus librement. Quant à M. Eugène Nélaton, — et la même opinion est soutenue par MM. Cornil et Ranvier, — pour lui c'est dans la moelle osseuse elle-même que la tumeur a son origine, rompant plus tard la coque osseuse qui l'environne pour se développer au dehors. Ce qui revient à dire que ces tumeurs peuvent s'étendre aussi du côté de l'intérieur des os, où elles ont pris naissance et gagner les aréoles voisines. Partant, la tumeur de notre malade pourrait avoir des racines étendues dans le bord alvéolaire et jusqu'à la voûte palatine. Aussi, si l'on se bornait à enlever seulement les parties superficielles, on ferait de mauvaise besogne et les portions restantes permettraient, faciliteraient même la reproduction de la tumeur, d'où la nécessité de faire une extirpation aussi complète que possible pour éviter toute récidive. Celle-ci, en effet, peut se faire soit localement, soit même généralement, dans quelques cas.

Le mot de sarcome qui caractérise la nature de l'épulis, réveille en soi l'idée d'une malignité relative, non pas celle du cancer qui s'ulcère, s'étend et se généralise pour ainsi dire fatalement. Le caractère de malignité cancéreuse n'appartient pas à la maladie qui nous occupe : aussi les métastases et la généralisation du mal sont-elles fort rares, tandis que la récidive sur place, au contraire, est fréquente. Néanmoins nous devons nous rappeler que la maladie peut se généraliser et se terminer alors fatalement. C'est ainsi que j'ai là, devant moi, des pièces anatomiques qui m'ont été communiquées par M. le professeur Le Fort. Elles proviennent d'une femme qui fut opérée par M. Panas aussi complètement que possible d'une épulis de la mâchoire. La tumeur ne repullula pas sur place. Mais un an après l'opération, une tumeur de même nature se développait sur le fémur, en même temps que l'on voyait se former plusieurs tuméfactions sur différents points du corps. Bientôt la malade devenait cachectique et succombait. A l'autopsie, on découvrit de nombreux foyers métastatiques d'ostéosarcome, tandis que la portion malade du fémur était transformée en une coque osseuse renfermant des kystes multiloculaires remplis d'un tissu mou, friable, constitué par des médullocelles et des myéloplaxes analogues aux médullocelles et aux myéloplaxes que l'on avait constatés dans l'épulis de la gencive primitivement extirpée.

Chez notre malade, ce qui rend notre pronostic peut-être plus incertain, c'est que nous avons trouvé, dans la région crânienne, une petite tumeur dure, dont l'existence, au dire de la malade, remontait déjà à plusieurs années. Aussi restons-nous dans le doute et dans la crainte d'une généralisation possible de quelque ostéosarcome secondaire.

Quoi qu'il en soit, la tumeur de la mâchoire exigeait, chez elle, une intervention large et immédiate, non point par l'emploi des caustiques qui, en pareils cas, sont insuffisants, mais par l'instrument tranchant, de façon à enlever l'épulis avec son point d'implantation lui-même. C'est ce que nous avons fait. L'opération, du reste, a évolué avec la plus grande facilité, elle n'a été suivie d'aucune réaction fébrile, grâce à l'emploi, toutes les deux heures, comme antiseptique, d'une solution de chloral. La guérison promet d'être rapide ; cependant pour être rassuré contre toute récidive ou généralisation, il faut encore attendre un certain temps.

ASILE DE MARÉVILLE. — M. Sigaret.

Hernie crurale. Taxis progressif et prolongé suivi de succès.

Par M. le docteur A. Paris, interne à l'asile d'aliénés de Maréville.

S..., veuve V..., est affectée depuis très longtemps d'une hernie crurale gauche qu'un bandage maintient habituellement réduite. Lorsqu'elle se reproduit, ce qui est déjà arrivé plusieurs fois, la malade la fait rentrer elle-même. Dans la soirée du 9 mai dernier, la hernie est sortie et Mme V... n'a pu la réduire.

10 *mai*. — La malade se plaint de douleurs abdominales et paraît très fatiguée. Elle entre à l'infirmerie et on constate l'existence d'une hernie crurale gauche, du volume d'un gros œuf de canard, dure, sonore à la percussion. Le taxis pratiqué plusieurs fois n'amène aucun résultat.

Traitement. — Repos dans le décubitus dorsal et, de temps en temps, taxis pratiqué par la malade.

11 *mai*. — La nuit n'a pas été très bonne; Mme V... a éprouvé quelques douleurs abdominales; elle a eu quelques nausées.

Huit heures matin. — Nausées, constipation, douleurs abdominales très supportables. La tumeur herniaire présente les mêmes caractères qu'hier. Pas de symptômes de péritonite.

Après dix minutes de taxis, pas de résultat.

Traitement. — Cataplasmes émollients sur la tumeur.

Quatre heures soir. — Depuis midi vomissements bruns fréquents, inodores, douleurs abdominales vagues mais presque continues, fatigue générale. Pouls régulier, petit, mais non serré. Tumeur dure, de même volume que le matin. De quatre heures à quatre heures vingt minutes, taxis sans résultat.

Traitement. — Cataplasmes émollients sur la tumeur.

Lavement purgatif (suivi de selle abondante).

Six heures trente soir. — Vomissements bruns fréquents fatiguant beaucoup la malade. Aucun symptôme local de péritonite. La tumeur est un peu douloureuse à la pression. A six heures trente nous commençons le taxis; la malade le supporte assez facilement. A sept heures, au moment où l'engourdissement des doigts va nous obliger à nous retirer, quelques gargouillements se font entendre, et à sept heures cinq minutes la hernie est réduite, après *trente-cinq minutes de taxis continu*.

12 *mai*. — Mme V... se trouve très bien et n'éprouve aucune douleur, aucun malaise.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mai 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Innervation collatérale. — M. **RICHELOT** fait connaître plusieurs faits qui lui ont été communiqués par M. Onimus et qui prouvent que l'innervation collatérale existe aussi bien pour les nerfs sensitifs que pour les nerfs moteurs. S'il en résulte un grand avantage au point de vue de la sensibilité, il n'en est pas de même au point de vue du mouvement puisque cette innervation collatérale peut avoir pour conséquence des atrophies musculaires qui, sans elle, ne se seraient pas produites.

Ankyloglosse totale. — M. **DUPLOUY** (de Rochefort) communique un cas d'ankyloglosse totale et désire consulter la Société sur les trois points suivants : Quelqu'un des membres de la Société a-t-il observé un fait semblable? Y a-t-il lieu d'opérer, et s'il y a lieu d'opérer, quelle opération faut-il pratiquer?

Il s'agit d'un enfant de deux mois et demi dont le père et la mère ne présentent aucun vice de conformation et dont la langue est totalement adhérente au plancher de la bouche, de telle sorte que la succion est à peu près impossible, qu'à chaque mouvement de déglutition il se produit un accès de suffocation, qu'enfin l'enfant se nourrit très mal et dépérit. Bien que l'extrême débilité de l'enfant soit une contre-indication opératoire, étant donné la presque impossibilité de le nourrir, n'est-il pas indiqué de chercher à dégager la langue à l'aide du thermo-cautère, en parant à l'hémorragie par des pinces hémostatiques laissées, au besoin, à demeure. M. Duplouy attend l'avis de ses collègues.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** a vu à l'hôpital Cochin un enfant qui présentait un vice de conformation analogue à celui dont vient de parler M. Duplouy : la langue était absolument appliquée sur le plancher buccal ; la pointe elle-même ne pouvait pas se dégager. Un coup de ciseaux a suffi pour libérer la pointe et permettre dès lors à l'enfant de téter d'une façon très suffisante. Ne suffirait-il pas, dans le cas de M. Duplouy, de se contenter de faire le même débridement, sans courir les risques d'une opération complète? Ne voyons-nous pas des enfants avec le filet très prononcé, qu'on laisse en place et qui n'en tettent pas moins bien? Peut-être M. Duplouy obtiendrait-il un fonctionnement suffisant avec cette opération incomplète.

M. **VERNEUIL** dit qu'il est possible qu'une petite opération semblable à celle dont vient de parler M. Lucas-Championnière suffise. Dans le cas contraire, si l'on était forcé de recourir à une opération plus grave, il y aurait deux manières de procéder ; il faudrait tout d'abord obtenir qu'une des faces de la plaie se recouvrît d'épiderme afin d'éviter le retour à peu près certain des adhérences. On pourrait donc, la langue détachée de ses adhérences, l'inciser sur la ligne médiane dans le sens de la longueur, et la replier sur elle-même pour éviter que deux faces cimentées se trouvent en contact, ou bien faire la même opération dans le sens de la largeur, quitte à la dégager complètement par la suite, lorsqu'on serait assuré de la parfaite cicatrisation.

M. **TRÉLAT** a observé un cas analogue dans lequel il existait, de chaque côté du frein, des replis frangés qui faisaient adhérer la langue à chacun des côtés du maxillaire. Il existait un véritable vide entre ces replis membraneux, si bien qu'il a suffi d'un coup de ciseaux pour dégager la langue. Peut-être M. Duplouy rencontrerait-il une disposition analogue dans le cas présent et obtiendrait-il de même un résultat satisfaisant par un simple débridement.

M. **DESPRÉS**, en examinant un dessin présenté par M. Duplouy, fait observer que la langue fait presque complètement défaut; il n'y a pas seulement ankyloglosse, il y a aussi atrophie très marquée. Voici la conduite qu'il tiendrait vis-à-vis de cet enfant : il lui donnerait pendant un an une vieille nourrice dont le mamelon soit très long; il chercherait ainsi à lui donner les forces nécessaires pour supporter une opération qui serait faite en deux temps ; dans un premier temps, au moyen d'un trocart courbe, il passerait un drain au-dessous de la langue et appliquerait ensuite l'un des procédés proposés par M. Verneuil. Il rappelle un cas analogue qu'il a présenté en 1877 à la Société de chirurgie et dans lequel il a obtenu un très bon résultat de l'allaitement par une vieille nourrice.

M. **MARC SÉE** fait observer que si l'on se borne à détacher la langue de ses adhérences avec le plancher de la bouche, on aura fatalement une récidive de l'ankyloglosse. Il faudrait donc tâcher d'interposer entre la langue détachée et le plancher de la bouche un lambeau de muqueuse qu'on pourrait prendre sur la face interne des joues.

M. **TILLAUX** pense qu'avant de se demander ce qu'on pourrait faire, il faut d'abord savoir s'il y a quelque chose à faire. Cet enfant de deux mois, chétif, débile, ne résistera très probablement pas à l'une des opérations qu'on vient de proposer. Lorsqu'il s'agit d'un bec-de-lièvre compliqué, nous attendons toujours au moins un an avant d'opérer. J'hésiterais beaucoup, quant à moi, à opérer cet enfant. S'il s'agit d'un simple coup de ciseaux comme dans le cas de M. Trélat, très bien ; mais s'il faut décoller le plancher de la bouche, inciser les insertions des génio-glosses, etc., cela me paraît très grave. Comment nourrirez-vous ensuite cet enfant ? Je serais donc disposé à attendre, bien convaincu que cet enfant ne

résisterait pas à une intervention chirurgicale importante. Or il vaut mieux laisser mourir un enfant que de le tuer.

M. GUÉNIOT. Ce qui importe ici, c'est surtout la difficulté de l'alimentation. Cette difficulté peut être tournée par l'emploi d'une longue tétine permettant à l'enfant de déglutir par les seuls mouvements du plancher de la bouche. On verrait plus tard s'il y a lieu d'opérer. Je m'associe donc pleinement aux sages réflexions de M. Tillaux.

M. DUPLOUY répond à MM. Desprès et Tillaux que, chez cet enfant, la succion ne s'opère pas; la vie de cet enfant est donc très compromise; si on l'abandonne à lui-même, il est perdu. Il y aurait donc lieu de tenter l'opération de M. Trélat, et si l'on n'a pas, comme lui, la chance de trouver un vide entre les deux faces de la langue, on serait alors à temps de recourir à l'une des opérations proposées par MM. Verneuil et Sée. Il ne semble pas impossible de s'opposer ultérieurement à la reproduction des adhérences; la langue étant libérée, il y aura des mouvements incessants, dans une cavité constamment lubrifiée, mouvements qui, joints à un décollement artificiel continu, seraient sans doute très suffisants pour empêcher les adhérences de se reproduire.

M. POZZI dit qu'il y a atrophie en même temps qu'ankyloglosse, de telle sorte qu'on n'arriverait qu'à libérer un petit bout de langue qui ne servirait sans doute pas beaucoup. Il propose donc d'essayer de nourrir cet enfant à la cuiller comme les enfants atteints de gueule de loup.

M. FARABEUF se demande pourquoi on n'emploierait pas la sonde œsophagienne.

M. VERNEUIL l'a employée avec succès dans un cas analogue et déclare que l'introduction d'une sonde urétrale n° 18, même chez des enfants qui viennent de naître, n'offre aucune difficulté.

M. GUÉNIOT dit qu'il faut répéter sept fois par jour cette introduction; ce ne serait certainement pas pratique ni sans inconvénients pour l'enfant.

M. LANNELONGUE serait d'avis d'essayer la cuiller, le verre, une tétine appropriée et même la sonde œsophagienne à demeure pour relever les forces de l'enfant et l'opérer ensuite.

M. TRÉLAT. C'est le cas de dire : « Le moindre grain de mil ferait mieux mon affaire. » La question est complexe. Qui d'entre nous peut présenter un enfant atteint de gueule de loup qui a été nourri pendant la première année par la sonde œsophagienne? Sans doute c'est là un procédé possible, physiologique, mais pour lequel l'expérience fait complètement défaut.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait remarquer qu'il y a une foule de procédés pour nourrir un enfant privé de la succion, depuis la seringue introduite par le nez, conseillée par Malgaigne, jusqu'à la sonde œsophagienne.

M. DUPLOUY préférerait l'emploi de la longue tétine à celui de la sonde parce qu'elle a moins d'inconvénients pour la déglutition.

Appareils. — **M. ROBIN** (de Lyon) présente un appareil pour le redressement des ankyloses du genou.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des aconits et de l'aconitine (1), par MM. les docteurs LABORDE et DUQUESNEL.

Une histoire physiologique et thérapeutique complète des alcaloïdes ou principes immédiats médicamenteux est un des plus importants desiderata des sciences biologiques modernes. Une expérience déjà longue a montré à MM. Laborde et Duquesnel que la forme monographique est la seule qui puisse convenir et s'adapter, en l'état actuel de nos connaissances, à des recherches qui, quoique ayant pour base essentielle la méthode expérimentale, ne sauraient encore aboutir à une classification définitive et indiscutable des substances à l'étude.

Coup d'œil sur l'histoire naturelle de la famille végétale qui fournit les alcaloïdes qui vont être étudiés; étude chimique et pharmacologique de ces alcaloïdes; étude physiologique et toxicologique; enfin, étude thérapeutique ou d'application pratique : telles sont les divisions fondamentales qui constituent le plan conçu et suivi dans cet excellent travail.

(1) 1 vol. in-8, avec 4 planches d'anatomie pathologique chromolithographiées et nombreux graphiques dans le texte. Prix : 15 fr. — Paris, G. Masson.

Leçons de clinique thérapeutique (1), par M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ.

Le premier fascicule du troisième volume de ces leçons recueillies par M. le docteur Carpentier-Méricourt est consacré au traitement des malades du système nerveux.

Ce fascicule comprend les dix leçons suivantes : I. Du système nerveux au point de vue thérapeutique. — II. De l'hydrothérapie. — III. De l'électricité médicale. — IV. Traitement des névralgies. — V. Traitement de l'hystérie. — VI. Traitement de l'épilepsie. — VII. Traitement de la chorée. — VIII. Traitement des méningites. — IX. Traitement de l'apoplexie. — X. Traitement des myélites.

Les canaux de sûreté (2), par M. le docteur L. JARJAVAY, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Certaines questions anatomiques peuvent être utilement remises à l'étude. Ainsi, pour le système veineux, la question des anastomoses dont la solution n'a pas encore été nettement formulée.

On connaît bien toutes les variations de direction, de nombre et de rapports que présentent ces communications veineuses. Mais, comme les auteurs ont soin de dire que le système n'a en lui rien de fixe et qu'il échappe presque à toute description méthodique, on recherche souvent, sans les saisir, les raisons qui commandent à toutes ces variétés de dispositions.

Ce n'est certainement pas le hasard seul qui a présidé à cet arrangement complexe des canaux à sang noir; l'appareil ne peut être compliqué que dans le but de satisfaire aux besoins de l'écoulement veineux.

Aussi, pour saisir le mode de fonctionnement des diverses pièces qui le composent, est-il nécessaire de n'omettre aucun des détails de sa construction, ni aucune des particularités qui le distinguent.

Pour une veine donnée, par exemple, il ne suffit pas de connaître le nombre des valvules qui la cloisonnent ou celui des rameaux plus ou moins nombreux qui y aboutissent. Il faut encore connaître l'insertion de ces branches veineuses, indiquer le mode d'abouchement sur le vaisseau principal, préciser les rapports avec les valvules, et ce travail doit, pour ainsi dire, être fait pour chaque vaisseau, si l'on veut déterminer avec soin le rang qu'il occupe comme vecteur dans la circulation veineuse.

Les canaux veineux, en effet, n'ont pas tous un rôle physiologique absolument semblable. Les uns sont parcourus par une onde à direction franchement centripète; les autres par une onde récurrente à direction déterminée par le sens même du reflux veineux. Ces derniers servent de voie dérivative et deviennent le courant sanguin vers des points du système où le reflux ne s'est pas fait sentir.

Ce sont ces canaux particuliers que M. le docteur L. Jarjavay étudie avec le plus grand soin, dans ce travail qui nous rappelle, par son intérêt, les travaux de son regretté père, le professeur J.-F. Jarjavay.

L'électricité comme force motrice (3), par M. le comte TH. DU MONCEL, membre de l'Institut, et M. FRANCK GÉRALDY, ingénieur des Ponts et Chaussées.

La force motrice est la base de la plupart des grandes industries, et dès les premiers âges du monde on s'est occupé d'en rechercher

(1) 1 vol. in-8. Prix : 6 fr. — Paris, O. Doin.
(2) In-8, avec 35 figures dans le texte. Prix : 3 fr. — Paris, O. Doin.
(3) 1 vol. in-18 jésus. Prix : 2 fr. 25. — Paris, Hachette et Cie.

des sources économiques et fécondes. L'énergie musculaire de l'homme et des animaux, les éléments de la nature ont été d'abord mis à contribution. La vapeur, les machines fondées sur la dilatation des gaz ont joué leur rôle. Mais voici une source nouvelle de force motrice obtenue par l'intermédiaire d'un agent physique auquel on n'aurait guère pensé il y a un demi-siècle à peine, et qui dans ces derniers temps est venu nous révéler des effets que l'on oserait à peine concevoir. Quand on pense que l'on peut aujourd'hui transporter à toute distance une force de plusieurs chevaux par un fil que l'on pourrait faire passer par le trou d'une serrure, sans qu'on découvre en lui aucun mouvement, aucun changement dans son aspect, l'imagination elle-même est stupéfiée et l'on se demande si ce n'est pas de la magie. Tel est cependant ce que peuvent produire aujourd'hui les électro-moteurs. Grâce à eux, des forces naturelles inutilisables peuvent fournir à distance un travail qui n'aurait pu être exécuté sur place. Les emplacements ne signifient plus rien, et vous pouvez demander une concession de force comme vous demanderiez une concession d'eau ou de gaz. Le même fluide qui vous fournit la force peut vous donner la lumière.

Les auteurs de ce petit volume, après des notions préliminaires sur les organes électriques employés dans les moteurs, nous font assister au deux phases de l'histoire de l'électricité considérée comme force motrice. De là deux parties dans ce travail : l'une traitant de la première phase dans laquelle sont entrés les moteurs électriques depuis leur origine jusqu'au moment où l'on a pensé à recourir au principe de la reversibilité des machines d'induction, l'autre traitant de cette seconde phase de la question, de tout ce qui se rapporte aux recherches et applications qu'on a faites du principe de la reversibilité aux moteurs industriels, au transport de la force et à sa distribution à domicile.

Ce livre, très intéressant, semble un vrai roman scientifique, mais nous l'avons vu en œuvre, et la science nous ménage bien d'autres surprises.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La première épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'est terminée mardi. Ont été admis à subir la seconde épreuve — épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie — les vingt candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique : MM. Barié, Brault, Brissaud, Chauffard, Chouppe, Comby, de Beurmann, Decaisne, Dreyfous, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgar), Jean, Josias, Letulle, Lorey, Lucas-Championnière, Martin, Renault et Variot. Ce dernier s'est retiré du concours.

Sur les quarante-huit candidats inscrits, trois ne s'étaient pas présentés à la première épreuve.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Une décision de la commission scolaire, en date du 28 mai 1883, informe les candidats ajournés à leurs examens avant le 15 juin 1883, que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées fin juin ou commencement de juillet ;

2° Les épreuves orales seront renouvelées du 15 juin au 1er juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai ;

3° Les candidats ajournés avant le 15 mai, consigneront au plus tard les 11 et 12 juin; ceux qui ont été ajournés après le 15 mai, consigneront au plus tard les 18 et 19 juin 1883. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date de leur échec.

— Par décret, en date du 27 mai 1883, ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire, et ont reçu les affectations ci-après, les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de première classe : (Choix.) M. Bourot, médecin principal de deuxième classe à l'École d'application de cavalerie, à Saumur, en remplacement de M. Léon Dufour, retraité. — Est maintenu à ladite école.

(Choix.) M. Hurst, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital du camp de Châlons, en remplacement de M. Reeb, retraité. — Est nommé médecin chef de l'hôpital de Versailles.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : (Choix.) M. Émery Desbrousses, médecin-major de première classe à l'École de Saint-Cyr, en remplacement de M. Meige, retraité. — Est affecté aux hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie.

(Choix.) M. Nogier, médecin-major de première classe au régiment des sapeurs-pompiers de Paris, en remplacement de M. Bourot, promu. — Est nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice de Dijon (emploi créé).

(Choix.) M. Ducelliez, médecin-major de première classe des hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Hurst, promu. — Est maintenu auxdits hôpitaux.

Au grade de médecin-major de première classe : (Ancienneté.) M. Playoust, médecin-major de deuxième classe au 5e dragons, en remplacement de M. Bertherand, retraité. — Est affecté au 64e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : (Deuxième tour de l'ancienneté.) M. Ferrié, médecin aide-major de première classe au 53e d'infanterie, en remplacement de M. Playous, promu. — Est affecté au 100e d'infanterie.

(Choix.) M. Bassompierre, médecin aide-major de première classe au 1er tirailleurs algériens, en remplacement de M. Ringeisen, promu. — Est maintenu audit régiment provisoirement.

(Premier tour de l'ancienneté.) M. Aubertin, médecin aide-major de première classe au 9e hussards, en remplacement de M. Guien, promu. — Est maintenu audit régiment.

(Deuxième tour de l'ancienneté.) M. Sibille, médecin aide-major de première classe à la légion de la garde républicaine, en remplacement de M. Zuber, promu. — Est maintenu à ladite légion.

(Choix.) M. Grodvolle, médecin aide-major de première classe au 18e chasseurs à cheval, en remplacement de M. Boyer, promu. — Est affecté au 142e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 30 mai 1883, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent, ont été désignés, savoir :

M. Jacob, médecin principal de deuxième classe, provisoirement aux Colinettes, de Lyon, pour le Gros-Caillou ;

M. Boutonnier, médecin-major de première classe au 111e d'infanterie, pour le 141e de même arme;

M. Huguet, médecin-major de première classe au 95e d'infanterie, pour le 46e de même arme ;

M. Tardif, médecin-major de première classe au 46e d'infanterie, pour le 31e de même arme ;

M. Ferra, médecin-major de première classe au 93e d'infanterie, pour le 45e de même arme ;

M. Apté, médecin-major de première classe des hôpitaux de la division d'Alger, détaché à l'hôpital de Sousse (Tunisie), pour l'hôpital du camp de Châlons ;

M. Richard, médecin-major de première classe des hôpitaux de la division de Constantine, pour le régiment des sapeurs-pompiers de Paris ;

M. Josien, médecin-major de première classe au 7e d'artillerie, pour le 17e d'infanterie ;

M. Viry, médecin-major de première classe des hôpitaux de la division d'Alger, pour l'École de Saint-Cyr;

M. Hintzy, médecin-major de première classe au 2e d'infanterie, pour le 7e d'artillerie ;

M. Scovazze, médecin-major de première classe au 17e d'infanterie, pour le 111e de même arme;

M. Pau de Saint-Martin, médecin-major de deuxième classe des hôpitaux de la division d'Alger, pour l'hôpital de la Charité, à Lyon ;

M. Marchant, médecin-major de deuxième classe au 127e d'infanterie, pour le 43e de même arme ;

M. Grosjean, médecin-major de deuxième classe au 43e d'infanterie, pour la légion de la garde républicaine ;

M. Bourdon, médecin-major de deuxième classe au 70e d'infanterie, pour le 21e de même arme ;

M. Lauzeral, médecin-major de deuxième classe au dépôt du 83e d'infanterie, pour le 9e de même arme;

M. Vinsac, médecin-major de deuxième classe au 142e d'infanterie, pour le 46e de même arme (provisoire);

M. Capdevielle, médecin-major de deuxième classe au dépôt du 142e d'infanterie, pour le 53e de même arme (provisoirement);

M. Carivenc, médecin-major de deuxième classe au 47e d'infanterie, pour le 22e bataillon de chasseurs à pied;

M. Favier, médecin-major de deuxième classe au 82e d'infanterie, pour le 5e dragons;

M. Gross, médecin-major de deuxième classe, provisoirement au 69e d'infanterie, pour le 4e bataillon de chasseurs à pied;

M. Pugibet, médecin-major de deuxième classe au 51e d'infanterie, pour le 7e bataillon de chasseurs à pied;

M. Chopinet, médecin-major de deuxième classe, provisoirement au 138e d'infanterie, pour le dépôt du 83e de même arme;

M. Torio, médecin aide-major de première classe au 10e chasseurs à cheval, pour le 30e d'infanterie;

M. Oriou, médecin aide-major de première classe au 12e hussards, pour le 96e d'infanterie;

M. Butel, médecin aide-major de première classe au 2e dragons, pour le 13e de même arme;

M. Brault de Bournonville, médecin aide-major de première classe au 15e d'artillerie, pour le 123e d'infanterie;

M. Joannet, médecin aide-major de première classe au 114e d'infanterie, pour le 16e d'artillerie;

M. Coquand, médecin aide-major de première classe des hôpitaux de la division d'Oran, pour le 15e d'artillerie;

M. Gancel, médecin aide-major de première classe au 41e d'infanterie, attaché à la direction du service de santé du 10e corps d'armée, pour l'hôpital de Rennes. — Continuera à remplir ses fonctions actuelles à ladite direction.

M. Godin, médecin aide-major de première classe au 12e chasseurs à cheval, pour l'hôpital de la Charité, à Lyon;

M. Lagrange, médecin aide-major de première classe au 125e d'infanterie, pour le 36e de même arme;

M. Barthe, pharmacien aide-major de première classe des hôpitaux de la division de Constantine, pour les hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie.

— Par arrêté préfectoral du 21 mai 1883 (effet du 1er janvier), M. le docteur Noël (Georges), licencié ès sciences naturelles, est chargé, à titre provisoire, au collège Chaptal, du cours d'histoire naturelle (4e et 6e années), en remplacement de M. Desplats, empêché.

— M. le professeur Hébert fera sa première excursion géologique, le dimanche 3 juin 1883, à Beauchamp-Argenteuil. Le rendez-vous est à la gare Saint-Lazare, à sept heures trois quarts précises du matin.

Creuznach. Études médicales sur les eaux chlorurées, par M. le docteur V. Deneffe, professeur à l'Université de Gand. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Bruxelles, H. Manceaux.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14625.

13

Eau minérale de Contrexéville
(SOURCE DU PAVILLON)
SEULE DÉCRÉTÉE D'INTÉRÊT PUBLIC.

Employée avec succès depuis plus d'un siècle **contre la goutte, la gravelle, les coliques néphrétiques et hépatiques, le catarrhe vésical et toutes les maladies des voies urinaires.**

Expéditions dans le monde entier.

DÉPÔT CENTRAL, à Paris, 31, boulev. des Italiens. En vente chez les pharmens et mds d'eaux minles.

64

Quina-Laroche.
ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies suites de fièvres*, etc.

Paris, 22, rue Drouot. *J. Laroche*

80

Darbo 86, PASSAGE CHOISEUL, PARIS.

MÉDECINE, *chirurgie* (appareils en ts genres).
CAOUTCHOUC (Emploi général du).
CEINTURES, *corsets* sans baleines, pr dames.
ALLAITEMENT artificiel et tous articles pour dames en couches, les nourrices, les bébés.

70

Liqueur des Dames
A BASE D'ANÉMONINE

Retirée de l'Anémone Puls, vulgairement appelée « FLEUR DES DAMES ».
(*Off. de Dorvault*, xe édit., p. 252.)

Très efficace dans les cas d'AMÉNORRHÉE et de DYSMÉNORRHÉE.

FACILITE L'ACCOUCHEMENT

MM. les docteurs qui voudraient bien faire l'essai de cette Préparation et constater ses excellents résultats, sont priés d'écrire au préparateur, M. ENJOLRAS, pharmacien, 16, cours de Brosses, à Lyon, *qui se fera un plaisir de leur en envoyer gratis un ou deux flacons à titre d'expérimentation.*

99

Vin du docteur Forestier
TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON. r. des Francs-Bourgeois, 14.

66

Cachets digestifs H. Mourrut
PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Éviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138; Académie de médecine, 12 août 1879.)

Phie CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39; 10, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

4

NEVRALGIES — MIGRAINES
PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens
du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — Prix : 3 francs.

78

Vin de Bugeaud, toni-nutritif
AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

34

Poudre de viande de bœuf
DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.
(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

79

Poudre de viande de bœuf
DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE
De Trouette-Perret
(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 164 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

13

La Réveille est la plus **tonique**, la plus **reconstituante**, la plus **digestive**, la plus **agréable** à boire de toutes les *Eaux bicarbonatées ferrugineuses gazeuses*. — 24 bouteilles, 15 fr. en gare d'Issoire, caisse et emballage compris.

Régie à Sauxillanges (Puy-de-Dôme).

6

Capsules Oberlin

Une des principales difficultés rencontrées dans l'administration de l'**Huile de Foie de morue**, de l'**Huile de Foie de Morue créosotée** et de l'**Huile de Ricin** est occasionnée par le goût nauséeux et désagréable de ces médicaments.

Avec les **CAPSULES OBERLIN**, les malades peuvent, grâce à l'élasticité et à la complète solubilité de ces Capsules, absorber vingt ou trente fois plus de médicaments qu'avec celles fabriquées jusqu'à ce jour.

Les **CAPSULES OBERLIN**, formées d'une enveloppe élastique, s'avalent aussi facilement que le bol alimentaire; elles ont trois dimensions (*petites, moyennes, grosses*) et contiennent :

3, 4 ou 5 gr. d'Huile de Ricin;
3, 4 ou 5 gr. d'Huile de Foie de Morue;
3, 4 ou 5 gr. d'Huile de Foie de Morue pure et 0g,10 de Créosote.

Pharmacie OBERLIN, 17, Place Cadet, Paris.
Envoi d'Echantillons à MM. les Médecins.

131

Papier et cigares de Gicquel
PHARMACIEN DE PREMIÈRE CLASSE, A PARIS.

Recommandés par les docteurs *Pidoux, Courty, Béhier*, dans l'ASTHME, l'*oppression*, l'*emphysème* et les *affections des voies respiratoires*.

3 fr. la boîte dans les principales pharmacies.

74

Pansement antiseptique
Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

172

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

19

Quina Anti Diabétique Rocher
Préparation spéciale contre le DIABÈTE
A base de GLYCÉRINE
redistillée et chimiquement pure.

Les expériences faites sur des Malades ont donné de très-beaux résultats.

M. ROCHER met à la disposition de MM. les Médecins des Flacons d'échantillons qu'il envoie *gratis*, à titre d'expérimentation, sur demande adressée à la Pharmacie ROCHER, 1, rue Perrée, à Paris. — **Flacon : 3 fr. 50.**

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard),

7

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

68

Poudres alimentaires Adrian
Préparées avec un soin tout particulier pour les usages de la médecine.

Richesse des différents produits.. —	Azote %	Acide phosphorique total %	Équivalent en phosphate de chaux %	Prix le Ko en divisions
Poudre de bifteck garantie pure viande de bœuf.	13.80	1.69	3.68	24 fr.
Poudre de viande.	12.50	1.66	3.62	12 »
Poudre de lait.	5.32	1.62	3.55	10 »
Poudre de lentilles cuites à la vapeur..	4.19	0.63	1.37	5 »

Comme garantie de pureté et de bonne conservation de ces produits, exiger le cachet et la marque ADRIAN, ancien préparateur et lauréat de l'École de Pharmacie, directeur de la Société française de produits pharmaceutiques, fournisseur des hôpitaux.

VENTE EN GROS, 11, rue de la Perle, Paris.

Envoi *franco* d'échantillons par la poste aux médecins qui en font la demande.

102

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique, pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très utile « pour empêcher le retour des fièvres intermit- « tentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, Pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

122

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier
Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL NECKER. Lymphadénome de la base du crâne. — HÔPITAL DU MIDI. Phagédénisme syphilitique. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. Examen des médecins et des pharmaciens-majors de deuxième classe. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

Lymphadénome de la base du crâne.

Nous avons dans nos salles un cas véritablement navrant par sa gravité et l'impuissance dans laquelle nous sommes de ne pouvoir le combattre avec la moindre chance de succès.

Il s'agit d'une pauvre jeune femme de vingt-trois ans, blanchisseuse, qui est entrée dans notre service il y a trois semaines, atteinte d'une affection des plus redoutables. Jusqu'au mois de février dernier, elle avait toujours joui d'une excellente santé.

Donc le début de son mal remonte au mois de février dernier. A cette époque elle a commencé à être inquiétée par des coryzas fréquents, sans douleur de tête cependant; elle mouchait un peu de sang. Puis elle a eu pendant quinze jours des épistaxis réitérées, ainsi qu'une légère gêne de la respiration. Il y a un mois, elle a éprouvé pour la première fois des douleurs frontales sus-orbitaires du côté droit, douleurs qui descendaient jusqu'au niveau de l'arcade dentaire supérieure. A ce moment, elle s'aperçut que son œil droit était un peu projeté en avant.

Comme antécédents, cette femme nous a appris qu'elle avait eu un enfant quelques années auparavant. Sa mère est morte de la poitrine, son père est vivant et bien portant; elle a eu quatre frères ou sœurs, il lui en reste deux.

Voici l'état dans lequel cette malade se trouvait le jour de son entrée à l'hôpital : On n'observe aucune déformation des os du nez ; on ne découvre aucune trace de gonflement de la face ni des os maxillaires supérieurs. Il n'y a pas, par conséquent, d'asymétrie. L'œil droit est projeté en avant et en dehors ; il est douloureux à la pression. La vue est conservée. Les mouvements de la paupière sont intacts ; on n'aperçoit pas la moindre trace d'inflammation du globe oculaire. La respiration est impossible par le nez ; la narine droite est complètement obstruée, malgré les efforts de la malade pour chercher à faire passer l'air. La narine gauche ne laisse elle-même aussi que quelque peu passer l'air, et par intervalles seulement. Elle ne sent rien ; la perception des odeurs est complètement abolie.

La sensibilité est émoussée dans la région de la lèvre supérieure droite; dans tout le reste de la face, elle est conservée. Le voile du palais est intact. Il n'y a pas de déviation de la luette. On ne constate aucun trouble dans la déglutition. Toute la gencive du côté droit jusqu'à la première molaire est presque insensible.

Par l'exploration de la bouche, on sent dans l'arrière-cavité des fosses nasales, et à droite, une saillie faisant relief. Cette saillie saigne avec la plus grande facilité et les explorations que l'on pratique sur la tumeur amènent chaque fois un écoulement sanguin. Nous ne trouvons dans ses antécédents aucune trace de syphilis, et rien dans les questions que avons faites à notre malade n'indique qu'elle ait eu le moindre accident vénérien. Il n'y a pas de céphalalgie. Les douleurs qu'elle éprouve se manifestent seulement sous la forme de névralgies sus-orbitaires du côté droit. Enfin la santé générale est bonne.

Telle est l'observation de cette pauvre femme telle qu'elle a été prise au moment de son arrivée à l'hôpital Necker.

J'ajouterai que l'œil droit, tout en formant une certaine saillie, restait encore à cette époque parfaitement mobile et se déplaçait dans le même sens que son congénère. Mais, dans l'espace de trois ou quatre jours, ses mouvements commencèrent à perdre de leur étendue, à rester limités ; il survint du strabisme de l'œil droit par cette insuffisance même des mouvements, lesquels à l'heure actuelle existent à peine. Enfin si la vue était encore bien conservée, cependant à l'ophtalmoscope on constatait l'existence d'une toute petite hémorragie rétinienne ainsi qu'une légère coloration nuageuse du fond de l'œil.

Cinq ou six jours après l'arrivée de cette femme dans le service, l'exploration de la tumeur en fit détacher quelques fragments et donna lieu à un écoulement sanguin abondant. Les douleurs sus-orbitaires sont devenues plus violentes dans les jours qui suivirent, notamment dans la nuit du 22 au 23, — c'est-à-dire douze jours après son entrée, — et le matin à son réveil elle s'est aperçue que la vue était complètement perdue de l'œil droit. Le lendemain, un petit fragment de tumeur apparaissait à l'entrée de la narine du côté droit. En même temps on voit le nez se déformer plutôt par un œdème des parties profondes que par un soulèvement véritable des os du nez, et l'exorbitisme augmenter encore ; l'œil devient de plus en plus saillant avec chémosis : aussi peut-être en serions-nous réduits, — simple mesure palliative, — à en faire l'énucléation. Les douleurs sont de plus en plus vives chaque jour dans tout le côté droit de la face et surtout dans la région sus-

orbitaire. La morphine seule parvient à les calmer un peu.

De tous les phénomènes que je viens de rapporter, quel diagnostic pouvions-nous porter, dès les premiers jours, chez une femme jeune chez laquelle il fallait exclure tout d'abord tuberculose et syphilis, chez laquelle enfin le mal s'était développé avec une telle rapidité ? L'examen histologique fait par M. Latteux des fragments qui se sont détachés, dès les premiers jours, d'une tumeur dont le siège ne pouvait guère se trouver qu'à la base du crâne, nous a complètement éclairé à ce sujet. En voici le résultat : Les fragments sont très mous et d'apparence pulpeuse. Sur des coupes pratiquées en divers sens, M. Latteux a trouvé :

1° Un tissu infiltré de cellules arrondies et imprégné en grande partie de granulations annonçant un commencement de régression. Si, à l'aide d'un pinceau, on vient à chasser les cellules, on fait alors apparaître un reticulum très élégant, formé de petites mailles plus ou moins serrées et plus ou moins irrégulières, au milieu desquelles se montrent des orifices vasculaires très nombreux et quelquefois d'un calibre considérable. Si l'on fait usage d'un fort grossissement, on remarquera que c'est la couche externe de ces vaisseaux qui donne naissance au reticulum.

2° Des cellules arrondies pour la plupart, et le plus souvent granuleuses ; quelques-unes sont munies d'un ou deux noyaux. Il existe également des noyaux à l'état de liberté.

3° Une portion de tissu dans laquelle les éléments ne sont plus distincts, mais bien manifestement en voie de dégénérescence.

La présence de ce tissu réticulé, analogue à celui des ganglions, ne saurait laisser aucun doute sur le diagnostic. Il s'agit, en effet, d'un lymphadénome de la base du crâne.

Quant au pronostic, il ne faut pas oublier que ces tumeurs sont extrêmement malignes, que dans le cas qui nous occupe les choses sont encore aggravées par la rapidité d'évolution du mal, que le siège même de la tumeur rend toute intervention chirurgicale absolument impossible, et qu'il nous faut assister, absolument désarmés, aux progrès d'un mal qui ne pardonne pas, ne pouvant faire d'autre médication que celle des symptômes, c'est-à-dire rendre les derniers moments de la malade le moins douloureux possible.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Phagédénisme syphilitique (1).

IX

De quelle importance la question du siège n'est-elle pas dans le pronostic ? Un phagédénisme, qui ronge les fesses par exemple, est-il comparable comme conséquences à celui qui détruit les orteils ou les doigts, menace les vaisseaux, perfore les conduits, effondre la charpente osseuse des cavités, ravage la figure et porte une atteinte irrémédiable à des fonctions telles que la déglutition, la phonation et la respiration, etc. ?

Enfin les complications que suscite le phagédénisme assombrissent toutes le pronostic, sauf peut-être l'érysipèle dont les effets sont quelquefois salutaires.

L'administration de l'iodure de potassium est indispensable. Il faut le donner à hautes doses et commencer hardiment par 3 ou 4 grammes, puis augmenter plus ou moins vite suivant l'urgence. On peut aller sans crainte jusqu'à 8 ou 10 grammes par jour. Mais en général avec 6 grammes l'action curative est très rapide et fort efficace, même dans les cas les plus graves. Il y a du reste à cet égard-là de grandes différences individuelles. Le mercure est loin de produire d'aussi heureux résultats, mais il ne faut pas cependant l'exclure de la thérapeutique du phagédénisme. Il y a même des cas dans lesquels il est un utile adjuvant, soit combiné avec l'iodure sous forme de sirop de bi-iodure ioduré, soit en frictions.

Quant au traitement topique, il consiste en bains généraux, tièdes, quotidiens, lotions détersives, pansements à l'emplâtre de Vigo hydrargyrisé, à l'iodoforme, cautérisations légères avec le nitrate d'argent, badigeonnages avec la teinture d'iode, gargarismes au chlorate, au borate de soude, pulvérisations avec une solution d'iodure de potassium au 50e, etc.

Pour terminer ces leçons cliniques sur les déterminations cutanées et hypodermiques graves et ulcéreuses de la syphilis, je ne saurais mieux faire que de vous montrer un malade qui est dans la salle n° 7 de mon service et de vous raconter son histoire.

Ce malade, âgé de cinquante-neuf ans, est grand, robuste, d'un embonpoint modéré, d'une bonne constitution. Il a toujours eu une santé parfaite et jamais aucune maladie sérieuse accidentelle ou constitutionnelle. Il est marié depuis quinze ans et affirme que depuis cette époque il ne s'est jamais exposé à la contagion vénérienne. Dans son passé, en fait d'affections de cette nature, on ne trouve qu'une blennorragie contractée en 1857. Des personnes qui s'intéressent à lui me l'ont adressé en me faisant remarquer qu'on ne devait pas le ranger dans la catégorie si nombreuse de ceux qui sont malades par leur propre faute. Ce qui saute aux yeux, c'est qu'il est atteint d'une syphilis des plus graves. Depuis les extrémités jusqu'à la tête, sa peau est couverte de plaques d'un rouge sombre ; on dirait un tatouage dont les lignes courbes et les taches circulaires s'enchevêtrent, se superposent, s'entassent d'une façon inextricable et ne laissent entre elles que fort peu de peau saine. Et en effet les deux tiers au moins de la surface du corps sont envahis à peu près partout dans la même proportion. Je n'ai jamais vu de syphilide aussi confluente et aussi uniformément répandue. Les plaques dont la teinte rouge présente des nuances variées sont la plupart un peu saillantes, soit dans leur totalité, soit seulement sur leurs bords annulaires. Quelques-unes sont recouvertes de croûtes. Sur la tête et aux extrémités il existe de profondes ulcérations phagédéniques. La face est tuméfiée et bossuée de plaques nummulaires reposant sur des nappes de néoplasie intra-dermiques. La maladie générale a concentré tout son effort sur la peau : les muqueuses sont intactes. Les grandes fonctions s'exécutent régulièrement ; et si cet homme est obligé de rester au lit, c'est que ses pieds sont labourés par des ulcérations phagédéniques très douloureuses.

Quel est l'âge de cette affection ? Comment le malade a-t-il été contaminé et à quelle époque ? Par quelles phases, par quelles transformations a passé cette syphilodermie dont le seul aspect vous indique la malignité ? que deviendra-t-elle et comment faut-il la traiter ? Tels sont les points que nous devons élucider.

Ce qui frappe au premier coup d'œil, c'est l'extrême confluence et la généralisation complète de l'éruption. Ces deux caractères, à un pareil degré surtout, sont une preuve certaine que cette syphilodermie est survenue à une époque très rapprochée de l'accident primitif. C'est une affection qui incontestablement appartient encore à la phase virulente de la syphilis. Jamais la surface entière du tégument n'est atteinte partout et en même temps, de cette façon, dans la phase tertiaire, c'est-à-dire après la troisième

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 mai 1883.

ou la quatrième année de sa durée. J'ajoute que les éléments éruptifs que nous voyons aujourd'hui concordent avec la confluence et la généralisation de la syphilodermie pour nous fixer sur sa date dans l'évolution diathésique. Il est vrai qu'ils sont en train de se transformer; mais presque tous appartiennent à l'ordre des larges papules plates, des plaques annulaires simples ou conglomérées et relèvent en un mot de la papulation syphilitique dans ce qu'elle offre de plus sévère. Le récit du malade confirme notre manière de voir. Il y a quinze mois environ, dit-il, qu'il vit survenir pour la première fois des boutons sur sa peau. C'est à la poitrine qu'ils se montrèrent d'abord; mais ils ne tardèrent pas à se multiplier, à envahir tout le corps, à s'étaler et à se réunir. Quelques-uns avaient une forme allongée; la plupart étaient ronds et saillants; ils empiétaient les uns sur les autres et formaient de grandes plaques entourées de cercles ronds ou polycycliques beaucoup plus élevés que la partie centrale. Chose curieuse et véritablement exceptionnelle en pareille occurrence, la santé générale de cet homme ne subit aucune atteinte sérieuse, ni avant ni après cette éruption qui en peu de temps le couvrit de la tête aux pieds d'une espèce de côte de maille papuleuse, à anneaux et à disques imbriqués et étroitement entrelacés. Aucune douleur, aucune démangeaison.

En mai 1882, le malade entra dans le service de mon savant collègue et ami M. le docteur Guibout, à l'hôpital Saint-Louis. On le traita par l'hydrargyre, le sirop de Gibert et enfin par l'iodure seul. Malgré cette médication continuée pendant deux mois et demi, l'amélioration, s'il y en eut, ne fut pas décisive. Les lésions ne tardèrent pas à prendre une nouvelle extension; elles s'aggravèrent surtout en novembre par suite de la métamorphose que subirent plusieurs des éléments générateurs. Jusque-là l'éruption était restée sèche; elle n'avait pas même été squameuse; elle était d'un rouge foncé et on aurait dit qu'elle était formée par des rondelles, des tranches et des cercles de chair de jambon collés sur la peau. C'est l'aspect qu'elle présente encore aujourd'hui dans son ensemble. Mais sur quelques-unes de ces plaques il se creuse des ulcérations, et ces ulcérations se recouvrent de croûtes. En certains points les ulcérations sont devenues phagédéniques et reposent sur de grandes nappes tuberculeuses. Bref, l'éruption a passé par place de l'état papuleux à l'état tuberculeux, et elle est en voie de se phagédéniser sur le cuir chevelu et sur les extrémités.

Évidemment cette éruption survenue brusquement, il y a quinze mois, avait été précédée d'un accident primitif, d'un chancre infectant. Le malade nous affirmait qu'il n'avait rien eu de semblable sur les parties génitales, ni ailleurs. En recherchant les traces de cette lésion dont l'existence n'était point douteuse pour moi, j'ai fini par découvrir sur la face interne de la cuisse droite, à 4 travers de doigt, au-dessous du pli de l'aine, une cicatrice arrondie de 4 ou 5 centimètres de diamètre. Eh bien, cette cicatrice a été consécutive à une ulcération qui s'est formée là, sans cause appréciable au dire du malade, il y a dix-huit ou vingt mois ou même plus, deux ans peut-être; qui, d'abord petite, s'est agrandie peu à peu et est devenue aussi large qu'une pièce de 5 francs en argent et qui est restée indolente et a duré trois ou quatre mois au moins. Notre patient n'y attachait pas la moindre importance. Il a été fort étonné quand nous lui avons dit que cette ulcération avait été l'origine et la cause de sa maladie. Il attribuait son affection cutanée au bouleversement produit, il y a deux ans, dans tout son organisme, par des causes d'ordre moral. Il a passé, dit-il, par de rudes épreuves à cette époque et ses souffrances physiques ont été, selon lui, la conséquence de peines et de ses chagrins. Il est placé dans de bonnes conditions hygiéniques et mène une vie sobre. Quant à la cause du chancre crural, il l'ignore absolument, et quoique nous ayons fait pour la découvrir, nous n'y sommes point parvenus. Le mode de la contamination en cet endroit reste le point le plus mystérieux de son histoire. Tout le reste est d'une clarté parfaite.

N'est-il pas très plausible que l'état de dépression et de souffrance morales dans lequel se trouvait le malade lorsqu'il a été atteint de ce chancre, a imprimé à la syphilis ce cachet de malignité locale qui persiste et qui s'accentue même depuis quelques mois? Je dis malignité locale, car la peau seule a souffert, tous les autres organes ont été respectés et la santé générale est restée à peu près intacte. Une autre condition étiologique dont il faut tenir compte, c'est l'âge du malade; il a cinquante-neuf ans. Peut-être qu'à vingt ou vingt-cinq ans le chancre infectant n'eût pas été suivi d'une syphilodermie aussi sérieuse. Il est probable aussi qu'il y avait en lui la *disposition,* car tous les hommes de son âge ne sont pas condamnés à avoir des syphilis aussi graves. J'en ai vu qui, à quatre-vingts ans et plus, supportaient assez gaillardement leur maladie et, entre autres, je me souviens qu'un vieillard, âgé de quatre-vingt-cinq ans, que j'ai soigné pendant plusieurs mois dans cette même salle où est couché notre malade, fut infiniment moins malheureux que lui, quoique plus coupable, car ayant contracté un chancre syphilitique de la verge avec sa bru, il n'eut que des accidents consécutifs qui furent, dès le début, et restèrent longtemps très bénins.

Aussi la syphilis de cet homme ne remonte qu'à vingt mois ou deux ans. Elle a débuté comme toutes les syphilis acquises par un accident primitif. Cet accident primitif de source inconnue et situé sur la cuisse a été ulcéreux, et ses conséquences, ainsi qu'il arrive presque toujours en pareil cas, ont été très sérieuses. Au bout de cinq ou six mois (les dates sont-elles bien exactes? mais il importe peu), ce chancre ulcéreux a été suivi d'une syphilide papuleuse, en plaques, extrêmement confluente, qui persiste encore au bout de quinze mois, sous sa forme primitive, et qui, par places, se transforme en nappes tuberculeuses sur lesquelles se creusent des ulcérations phagédéniques.

L'une d'elles, qui est la plus grande et la plus profonde, occupe la région temporo-pariétale droite du cuir chevelu, derrière l'oreille. Elle mesure 15 à 20 centimètres de haut en bas, et 4 ou 5 d'avant en arrière. C'est un grand fossé ulcéreux, à bords déchiquetés et irréguliers, qui est concave en avant, et s'étend presque depuis la ligne médiane du crâne jusqu'au niveau du lobule de l'oreille. Son fond est pultacé et verdâtre; la sécrétion très abondante qui le remplit est sanieuse et infecte; tout autour de lui le cuir chevelu est dur, épaissi et empâté, et sa surface est parsemée de petits mamelons tuberculeux, qui s'enfoncent dans l'épaisseur de cette plaque néoplasique. C'est là un type de suffusions tuberculo-gommeuses dermo-hypodermiques, qui servent si souvent de substratum au phagédénisme et qui sont comme les avant-coureurs de son action destructive.

A la plante du pied droit, en avant, au niveau de la ligne métatarso-phalangienne, il existe aussi une ulcération serpigineuse, à bords déchiquetés et à pic, de même aspect et de même date que la précédente, et qui est entourée comme elle d'une gangue néoplasique, et qui sécrète une grande quantité de liquide ichoreux. Une ulcération semblable, mais moins profonde, a envahi la face dorsale du pied gauche à la racine des orteils; sur quelques doigts de la main, des ulcérations envahissantes se sont aussi développées; enfin, en divers points du tronc, des plaques papulo-tuberculeuses épaissies deviennent ulcéro-crustacées; mais ce processus est encore très circonscrit, et les ulcérations rares qu'on trouve sur le gland, sur le tronc et sur les membres n'entaillent pas encore profondément le derme.

En somme, l'action phagédénique n'est pas imprégnée d'un haut degré de malignité. Quant à l'éruption dans son ensemble, elle est encore, après quinze mois, extraordinaire par son opiniâtreté et sa persistance. Aucun élément papulo-tuberculeux n'a battu en retraite, tous sont encore à leur poste; à peine trouve-t-on quatre ou cinq macules pigmentaires, vestiges de ceux qui n'existent plus. Toutes les formes possibles de la papulation, dans ce qu'elle peut produire de plus large, de plus saillant et de plus confluent, se trouve entassé sur cette malheureuse surface tégumentaire. On se demande comment, avec aussi peu de peau saine, le malade peut se bien porter. Il a cruellement souffert des ulcérations phagédéniques du cuir chevelu et des pieds; maintenant il va beaucoup mieux. Il mange et digère bien. Les muqueuses et les viscères ne présentent aucune lésion. Il est entré le 5 décembre 1882 dans les

salles de mon service, et depuis ce moment il est soumis à un traitement spécifique vigoureux et à un régime reconstituant. Voilà huit jours qu'il prend de hautes doses d'iodure et de bi-iodure ioduré; elles sont bien tolérées. On fait des pansements avec de l'eau phéniquée. L'éruption paraît avoir un peu pâli, les bords des ulcérations phagédéniques se sont un peu affaissés. Il y a un peu de mieux, mais il ne faut pas s'attendre à obtenir une guérison rapide; les syphilis malignes exposent à bien des déceptions, on en vient difficilement à bout; ou bien elles résistent, ou bien, si elles cèdent, elles ne tardent pas à revenir.

Le pronostic est donc très grave. L'affection, au lieu de reculer, a franchi dans ces derniers temps la redoutable étape du tertiarisme, moins par sa date, puisqu'elle est encore très récente, que par ses dernières lésions phagédéniques. Jusque-là, elle avait été papuleuse, elle est maintenant papulo-tuberculo-ulcéreuse. Ira-t-elle plus loin ? C'est à craindre. Dans tous les cas, ce n'est pas en surface qu'elle gagnera, la chose est impossible; mais les lésions vont se circonscrire, se concentrer sur certains points, et ce que la syphilodermie perdra en étendue, elle la gagnera en profondeur. — Ce qui diminue la gravité du pronostic, c'est l'état relativement parfait de la santé générale et l'intégrité des muqueuses et des viscères.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 2 juin 1883. — Présidence de M. Bouley.

COMMUNICATIONS

Emploi de l'acide chlorhydrique pour empêcher la fermentation de l'urine. — M. CHARLES RICHET a recherché une substance propre à empêcher la fermentation ammoniacale de l'urine, qui, comme on sait, est due à des organismes inférieurs. Ces recherches l'ont conduit aux résultats suivants : 1 gramme d'acide chlorhydrique par litre d'urine suffit pour empêcher la fermentation ammoniacale de cette urine pendant trois semaines. Pour empêcher cette fermentation de se produire pendant cinq ou six mois, il faut 4 à 6 grammes d'acide chlorhydrique par litre d'urine. Mais il résulte de ces recherches ce fait important au point de vue de l'hygiène publique qu'on peut empêcher la fermentation ammoniacale de l'urine dans les fosses par de très petites doses d'acide chlorhydrique. Or on sait que l'acide chlorhydrique ne coûte presque rien.

M. GRIMAUX fait observer que depuis qu'il existe un nouveau procédé de préparation de la soude, on n'a plus l'acide chlorhydrique comme produit secondaire, et il cessera dès lors d'être aussi bon marché, puisqu'il faudra en fabriquer spécialement pour cet usage.

M. RICHET a calculé qu'avec 300 francs par jour on pourrait désinfecter toutes les urines de la population parisienne.

M. LABORDE demande si l'on n'a pas songé à employer l'acide chlorhydrique pour faire directement des injections dans la vessie.

M. RICHET répond qu'un interne de M. Guyon a fait des expériences sur ce sujet et n'a pas obtenu de bons résultats. Le sublimé donne, au contraire, de très bons effets.

Modifications fonctionnelles du cœur produites expérimentalement. — M. FRANCK a étudié expérimentalement les modifications fonctionnelles qui surviennent dans l'état du cœur quand on sectionne les valvules sigmoïdes de l'aorte. Le premier effet qui se produit à la suite de cette section est un grand arrêt du cœur avec chute de pression; on observe ensuite une grande accélération des mouvements du cœur. Le fait seul de la production d'une insuffisance aortique suffit pour exagérer la force de propulsion systolique du cœur.

Toxicité des alcools. — M. RABUTEAU a fait une série de recherches sur les différents alcools, d'où il résulte que les alcools sont d'autant plus toxiques que leur point d'ébullition est plus élevé. Il a également constaté qu'on peut attribuer tel ou tel symptôme d'alcoolisme à tel ou tel produit contenu dans les vins. Enfin il existe une très grande différence entre les effets des bons vins et ceux des mauvais alcools ; les premiers déterminent peu l'affaiblissement musculaire et ne rendent pas malades, une fois qu'ils sont éliminés ; les seconds, au contraire, déterminent une grande faiblesse musculaire, rendent malades après 5 ou 6 heures, c'est-à-dire alors même qu'il ne reste plus d'alcool dans l'organisme et enfin déterminent de la glycosurie, de l'albuminurie, des convulsions, des congestions, quelquefois même la mort subite.

Démonstration en faveur des vivisections. — M. BROWN-SÉQUARD fait connaître un incident qui s'est passé récemment dans son cours au collège de France ; une femme l'a frappé d'un coup d'ombrelle au moment où il faisait une expérience sur un singe vivant. A la séance suivante, il y eut en faveur de la vivisection une manifestation des plus enthousiastes, et au moment même où il citait le nom de Claude Bernard, toute la salle a éclaté en applaudissements. M. Brown-Séquard déclare avoir été très sensible à cette manifestation. (Applaudissements unanimes.)

M. LABORDE a été l'objet des mêmes traitements de la part de la même personne qui agit à l'instigation de la Société protectrice des animaux. On serait presque tenté de se féliciter des agissements de cette femme en voyant les résultats qu'ils amènent, c'est-à-dire des manifestations des plus favorables aux vivisecteurs.

M. BOULEY fait observer qu'on ne trouve aujourd'hui des adversaires de la vivisection que parmi des femmes sensibles ou des rédacteurs ignorants. Tous ceux qui savent et qui ont véritablement souci de la science et de l'humanité protesteront avec nous contre ces adversaires ignorants.

M. Bouley ajoute quelques observations tendant à montrer les résultats déplorables et souvent ridicules auxquels aboutit la Société protectrice des animaux.

ÉLECTION

M. HENNINGER est élu membre titulaire de la Société de biologie.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

LE MINISTRE DE LA GUERRE

A MM. les gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, les généraux commandant les corps d'armée et le corps d'occupation de Tunisie.

Paris, le 24 mai 1883.

Examen des médecins et des pharmaciens-majors de deuxième classe.

Mon cher Général,

J'ai l'honneur de vous informer que désormais tous les médecins-majors de deuxième classe, appartenant à la moitié la plus ancienne du cadre de ce grade, seront astreints à subir un examen spécial conformément aux dispositions prévues dans le rapport au Président de la République, relatif à l'abrogation du concours pour l'admission des médecins-majors dans le service hospitalier. Les professeurs agrégés du Val-de-Grâce, ainsi que les médecins ayant précédemment satisfait aux épreuves de l'ancien concours pour le service hospitalier, en seront seuls dispensés.

Cet examen, destiné à apprécier la valeur scientifique et professionnelle des officiers du corps de santé et à faciliter le roulement des médecins militaires entre le service des corps de troupe et celui des hôpitaux comprendra les épreuves suivantes :

1re ÉPREUVE. — Composition écrite sur une question d'hygiène militaire et rédaction de certificats pour des cas donnés, de blessures ou d'infirmités ouvrant des droits à la retraite ou à la gratification de réforme renouvelable ou nécessitant des congés de réforme n° 1 et n° 2, l'envoi en congé de convalescence ou aux eaux thermo-minérales, etc.

Il sera accordé cinq heures pour ces rédactions qui seront faites, sans l'aide de livres ni de notes, sous la surveillance d'un membre du jury.

2e ÉPREUVE. — Examen clinique de quatre malades choisis, moitié parmi ceux atteints d'affections médicales, moitié parmi ceux atteints d'affections chirurgicales; un de ces derniers sera un sujet d'ophtalmoscopie. L'examen des malades terminé, chaque candidat exposera devant le jury le résultat de son observation clinique et les déductions pratiques à en tirer. Autant que possible la durée totale de cette épreuve ne devra pas dépasser une heure.

3e ÉPREUVE. — Pratique de deux grandes opérations chirurgicales avec exposé préalable de l'anatomie des régions sur lesquelles elles devront porter.

La durée de cette épreuve ne sera point limitée.

4e ÉPREUVE. — Interrogations sur la législation et l'administration militaires :

Organisation générale. — Loi du 27 juillet 1872, sur le recrutement de l'armée. — Instruction du 27 février 1877, sur les maladies, infirmités ou vices de constitutions qui rendent impropres au service militaire. — Lois du 24 juillet 1873, relative à l'organisation générale de l'armée; du 13 mars 1875, relative à la constitution des cadres et des effectifs; du 16 mars 1882, sur l'administration de l'armée.

Avancement. — Loi du 14 avril 1832. — Ordonnance du 16 mars 1838. — Articles 21 et 22 du décret du 23 mars 1852. — Article 29 du décret du 1er décembre 1852.

Pensions militaires. — Lois du 11 avril 1831. — Ordonnance du 2 juillet 1831. — Instruction du 13 avril 1841. — Loi du 25 juin 1861. — Loi du 20 juin 1878, sur les pensions des veuves et les secours aux orphelins. — Loi du 22 juin 1878, relative aux pensions de retraite des officiers. — Circulaire du 3 janvier 1879. — Loi du 18 août 1879, sur les pensions des sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats de l'armée de terre, modifiée par la loi du 23 juillet 1881.

Gratifications renouvelables. — Circulaire du 24 décembre 1864. — Instruction du 6 novembre 1875, relative à la délivrance des congés de réforme. — Circulaire du 4 mars 1878, au sujet des pièces à joindre aux propositions d'admission à la gratification renouvelable.

État des officiers. — Loi du 19 mai 1834. — Décret du 31 août 1878, sur l'état des officiers de réserve et de l'armée territoriale. — Décrets des 29 juin 1878 et 8 juin 1879 sur les conseils d'enquête.

État civil aux armées. — Décret du 16 juin 1808 et instruction du 8 mars 1823 (actes de l'état civil, testaments, procurations). — Circulaire du 2 septembre 1881 (plaques d'identité).

Réquisitions. — Loi du 3 juillet et décret du 2 août 1877, sur les réquisitions militaires.

Service de santé. — Loi du 7 juillet 1877, relative à l'organisation des services hospitaliers. — Décrets du 1er août 1879 et du 3 février 1880. — Circulaires du 13 octobre 1879 et du 31 juillet 1880. — Convention internationale relative aux blessés (convention de Genève du 22 août 1864, articles additionnels du 20 octobre 1868). — Décret du 2 mars 1878, sur le fonctionnement de la Société de secours aux blessés militaires. — Note ministérielle du 18 août 1879, relative au costume et aux insignes du personnel actif de la Société de secours aux blessés. — Décret du 27 mai 1882. — Instructions provisoires du 7 novembre 1882 et du 26 février 1883. — Décret du 30 avril 1883. — Règlement du 31 août 1865. — Règlement général du 1er juillet 1874, pour les transports militaires par chemins de fer (spécialement le titre V). — Instruction du 29 septembre 1882, sur la statistique médicale de l'armée. — Ordonnances du 2 novembre 1833, sur le service intérieur des troupes d'infanterie et des troupes à cheval. — Fonctionnement des infirmeries régimentaires. — Note ministérielle du 22 janvier 1883, relative aux vaccinations. — Notions sur l'organisation du service de santé dans les armées étrangères.

Service du logement. — Règlements du 30 juin 1856, sur le service du casernement, du 2 octobre 1865 sur le couchage des troupes dans l'intérieur et en Algérie (dans leurs parties afférentes au service de santé).

Service de l'intendance. — Décret du 16 et instruction du 26 janvier 1883. — Circulaire ministérielle du 5 avril 1883.

Contrôle. — Décret du 28 octobre 1882. — Note ministérielle du 16 avril 1883. — La durée de ces interrogations sera de vingt à vingt-cinq minutes.

Tous les pharmaciens-majors de deuxième classe appartenant à la moitié la plus ancienne du cadre de ce grade, sauf le professeur agrégé de l'école du Val-de-Grâce, seront également astreints à subir un examen qui comprendra les épreuves suivantes :

1re ÉPREUVE. — 1° Composition écrite sur un sujet de chimie pharmaceutique. — Il sera accordé cinq heures pour la rédaction de cette composition.

2e ÉPREUVE. — Une ou deux préparations officinales du formulaire des hôpitaux.

3e ÉPREUVE. — Une analyse d'eau ou un examen de denrées alimentaires à l'usage de l'armée, ou une expertise de toxicologie. — La durée de ces deux épreuves sera déterminée par le jury.

4e ÉPREUVE. — Interrogations sur la législation et l'administration militaires :

Service de santé. — Loi du 16 mars 1882. — Décret du 27 mai 1882. — Instruction provisoire du 7 novembre 1882. — Décret du 31 avril 1883. — Règlement du 31 août 1865.

Service de l'intendance. — Décret du 16 et instruction du 26 janvier 1883. — La durée de ces interrogations sera de dix à quinze minutes.

Les médecins et pharmaciens qui auront subi cet examen avec succès recevront du président du jury un certificat le constatant. Ceux qui n'y auront pas satisfait une première fois auront la possibilité de le renouveler les années suivantes, jusqu'à leur nomination au grade supérieur.

Nul officier du corps de santé du grade médecin ou de pharmacien-major de deuxième classe ne pourra être l'objet d'une proposition au choix pour le grade de médecin ou de pharmacien-major de première classe, s'il n'a satisfait à ces épreuves.

L'examen sera passé devant un jury composé de trois membres : le directeur du service de santé du corps d'armée dans lequel il aura lieu, et deux médecins principaux ou majors de première classe du service hospitalier, ou deux pharmaciens principaux ou majors de première classe, suivant le cas.

Lorsqu'un jury unique siégera pour apprécier les candidats de deux corps d'armée, il sera formé des deux directeurs du service de santé de ces corps d'armée et d'un médecin principal ou major de première classe.

La présidence appartiendra au plus ancien des directeurs.

Ces examens auront lieu chaque année, à la fin du mois de février, dans les hôpitaux suivants :

Au Val-de-Grâce, pour les médecins du gouvernement militaire de Paris.

A l'hôpital militaire Saint-Martin, pour ceux des 2e et 3e corps.

A l'hôpital militaire du Gros-Caillou, pour ceux des 4e et 5e corps.

A l'hôpital militaire de Lille, pour ceux du 1er corps d'armée.

A l'hôpital militaire de Nancy, pour ceux des 6e et 7e corps.

A l'hôpital militaire de Bourges, pour ceux des 8e et 9e corps.

A l'hôpital militaire de Rennes, pour ceux des 10e et 11e corps.

A l'hôpital militaire de Lyon, pour ceux des 13e et 14e corps.

A l'hôpital militaire de Bordeaux, pour ceux des 12e et 18e corps.

A l'hôpital militaire de Marseille, pour ceux des 15e et 16e corps.

A l'hôpital militaire de Toulouse, pour ceux du 17e corps.

A l'hôpital militaire du Dey à Alger, pour ceux de la division d'Alger.

A l'hôpital militaire d'Oran, pour ceux de la division d'Oran.

A l'hôpital militaire de Constantine, pour ceux de la division de Constantine.

A la Goulette (Khéreddine), pour ceux du corps d'occupation de Tunisie.

Les pharmaciens-majors de deuxième classe seront convoqués dans le courant du mois de mars, dans les hôpitaux des villes ci-après :

A Paris (Val-de-Grâce), ceux du gouvernement militaire de Paris, des 1er, 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 8e, 9e et 10e corps;

A Lyon (la Charité), ceux des 7e, 13e, 14e, 15e et 16e corps;

A Bordeaux, ceux des 11e, 12e, 17e et 18e corps;

A Alger, Oran et Constantine, ceux du 19e corps;

A la Goulette (Khéreddine), ceux du corps d'occupation de Tunisie.

Le général commandant le 19e corps d'armée, sur la proposition du directeur du service de santé, fixera le jour auquel auquel les candidats, médecins et pharmaciens, devront être réunis au chef-lieu de chaque division.

Exceptionnellement les médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe, portés au tableau d'avancement établi pour 1884, ne seront pas convoqués aux prochaines épreuves. Je vous ferai connaître, en temps utile, les noms des candidats qui devront y être appelés et la date à laquelle elles s'ouvriront.

Les membres du jury, ainsi que les candidats obligés de se déplacer, auront droit aux allocations fixées par les règlements, sous la condition pour les derniers de produire un certificat délivré par le président du jury constatant qu'ils ont pris part à l'examen.

Transitoirement, et tant que le cadre des médecins-majors de première classe comprendra des membres n'ayant point eu à passer les épreuves instituées par la présente circulaire, l'examen d'aptitude précédemment créé pour le grade de médecin principal devra être subi chaque année, dans les conditions prescrites par ma circulaire du 26 avril dernier, par tous les médecins-majors de première classe proposés pour le grade supérieur et n'ayant point satisfait antérieurement, soit dans leur grade actuel, soit dans celui de médecin-major de deuxième classe, aux épreuves du concours hospitalier ou n'ayant point exercé les fonctions de professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce.

Le Ministre de la guerre,

THIBAUDIN.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

176. M. SAUVAT. Recherches sur l'action physiologique de l'iodoforme. — 177. M. SCHREIDER. Contribution à l'étude de la pathogénie des ulcères idiopathiques de la jambe. — 178. M. CHATELAIN. De la putréfaction fœtale intra-utérine. — 179. M. RICHARD. De l'asthénie syphilitique. — 180. M. SOULIER. Contribution à l'étude expérimentale sur l'action physiologique du sulfate de quinine (action sur la circulation, pouvoir toxique, effets convulsivants). — 181. M. LEMONNIER. De la glossite exfoliatrice méningée. — 182. M. ABEILLE. Étude sur le cancer primitif du rein. — 183. M. BOUCHER (Louis). La Salpêtrière de 1656 à 1790.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — Le concours de l'agrégation pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour celle d'histoire naturelle a commencé vendredi dernier 1er juin 1883. Lecture a été donnée d'une lettre de M. le professeur Vulpian, s'excusant de ne pouvoir siéger dans le jury pour cause de maladie. M. le professeur Laboulbène a été appelé à le remplacer.

M. Cogniard, l'un des candidats, a déclaré par lettre renoncer au concours.

Les autres candidats dont les noms suivent ont déclaré se présenter pour les Facultés ci-après désignées :

Paris : MM. Beauvisage, Blanchard, Henneguy, Quenu, Reynier et Variot.

Bordeaux : MM. Beauvisage et Planteau.

Lille : MM. Beauvisage, Demon et Wertheimer.

Lyon : MM. Beauvisage, Debierre, Imbert, Lemaire et Mangenot.

Montpellier : MM. Beauvisage et Granel.

Nancy : MM. Beauvisage, Lemaire, Macé, Mangenot, René et Sadler.

Samedi 2 juin, a eu lieu, à midi, la seconde séance pour la première épreuve, — composition écrite, — pour laquelle il est accordé cinq heures aux candidats. Le sujet donné a été : le système lymphatique (anatomie et physiologie). — Il a été procédé ensuite au tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel les candidats seront appelés à lire les compositions écrites.

Voici cet ordre :

MM. 1° Granel; 2° Henneguy; 3° Lemaire; 4° Sadler; 5° Demon; 6° Macé; 7° Variot; 8° Mangenot; 9° Imbert; 10° Reynier; 11° Planteau; 12° René; 13° Beauvisage; 14° Blanchard; 15° Debierre; 16° Quenu; 17° Wertheimer.

Les séances auront lieu tous les jours, le samedi et le dimanche exceptés, à cinq heures du soir.

— Le concours de l'agrégation pour la section de chimie et de physique a également commencé vendredi dernier 1er juin, à quatre heures du soir. Le jury a été constitué tel que nous l'avons donné dans notre numéro du 22 mai 1883. Tous les candidats étaient présents, ils ont déclaré se présenter pour les Facultés ci-après désignées :

Paris. — Physique : M. Guebhard; chimie : M. Pouchet,

Bordeaux. — Physique : MM. Bergonié et Doumer; chimie : M. Blarez.

Lyon. — Physique : M. Imbert; chimie : MM. Lembling et Linossier.

Montpellier. — Chimie : M. Ville.

Nancy. — Physique : M. Bagneris.

Samedi 2 juin a eu lieu, à une heure, la seconde séance pour la première épreuve, — composition écrite, — pour laquelle il est accordé cinq heures aux candidats. Le sujet donné a été : Le poumon. — Il a été procédé ensuite au tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel les candidats seront appelés à lire leur composition écrite.

Voici cet ordre :

Section de chimie : MM. 1° Pouchet; 2° Linossier; 3° Lembling; 4° Ville; 5° Blarez.

Section de physique : MM. 1° Imbert; 2° Doumer; 3° Bagnéris; 4° Guébhard; 5° Bergonié.

Les séances auront également lieu tous les jours, les samedis et dimanches exceptés, à cinq heures du soir.

— Les candidats inscrits pour le concours à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer, qui doit s'ouvrir le 11 de ce mois, sont au nombre de treize.

— M. Gabriel de Mortillet, professeur à l'École d'anthropologie, fera, le dimanche 10 juin 1883, une excursion scientifique à Nemours, avec le concours de M. Ed. Doigneau. Le rendez-vous est à la gare de Lyon à 7 heures 15 minutes du matin. Course aux polissoirs de Souppes et à une station magdalénienne. Visite de la collection Doigneau. Rentrée à Paris à 9 heures et demie du soir. Les inscriptions sont reçues à l'École d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine, jusqu'au jeudi soir.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera, vendredi prochain 8 juin, à sept heures et demie du soir, rue de l'Odéon 10, ses conférences sur le traitement des maladies vénériennes, et les

continuera, au nombre de quatre, les vendredis suivants à la même heure.

— La Société des ex-militaires donnera, au profit de son fonds de secours, le dimanche 17 juin 1883, au Palais du Trocadéro, de midi à six heures du soir, une grande fête militaire : Kermesse, concert, grande pantomime militaire. — L'hôpital transformé en forteresse ou la défense de Castel-Alfiéri.

200 personnages portant les uniformes des régiments célèbres du XVIIIe siècle figureront dans cette pantomime, tirée d'un fait historique et composée spécialement pour cette fête, avec le gracieux concours d'artistes des principaux théâtres de Paris, de plusieurs sommités musicales, de membres de la Société et d'une musique militaire, mise à la disposition de cette œuvre patriotique par M. le gouverneur de Paris.

Une insertion ultérieure et les affiches indiqueront le nom des artistes et le programme détaillé de cette grande matinée musicale, dramatique et militaire, où, par autorisation spéciale, la poudre parlera pour la première fois dans la grande salle des fêtes du Trocadéro.

La scène, complètement modifiée, représentera au loin un contrefort des Alpes ; à droite, le château de Castel-Alfiéri, et sur le premier plan, la cour et la servitude du château qui, après avoir servi d'hôpital, sera transformé en forteresse.

Prix des places : loge, prix d'une place, 10 francs; fauteuils de parquet et strapontins, 5 francs; amphithéâtre et strapontins, 2 francs ; tribunes, 1 franc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Vingt ans de chirurgie, par le docteur C.-L. Coutaret, chirurgien en chef de l'hospice de Roanne. 1 vol. in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

De l'hystérie gastrique, par le docteur Deniau, ancien interne en médecine. 1 vol. in-8° de 190 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Des névroses du larynx, par M. le docteur Gouguenheim. Brochure in-8° de 29 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14639.

N° 65. — JEUDI 7 JUIN 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 7 JUIN 1883. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Histoire de la rage. — HÔPITAL DU MIDI. Phagédénisme syphilitique. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Traitement des hernies étranglées par les injections de chlorhydrate de morphine. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le professeur Semmola (de Naples) est venu développer, avec de nouveaux arguments, de nouvelles démonstrations expérimentales, sa théorie toute personnelle sur la maladie de Bright. Suivant lui, les altérations qu'on y peut constater dans le tissu rénal ne sont point la cause, mais un résultat de la filtration de l'albumine. La maladie atteint les liquides avant d'atteindre les solides. L'albumine se trouve altérée dans sa quantité et surtout dans sa constitution intime. Elle ne présente plus dans le sérum du sang des caractères absolument normaux. Elle doit donc être éliminée ; et cette élimination s'opère à la fois par les reins et par les autres émonctoires. M. Semmola aurait retrouvé, chez des brightiques, de l'albumine jusque dans la bile. Il a seulement oublié de nous dire comment il est parvenu à se procurer sur le vivant la bile analysée par lui. Quoi qu'il en soit, du reste, de ce point de détail, le fait de la présence de l'albumine dans la salive, dans la sueur, dans les larmes, serait suffisamment probant et d'une constatation certainement plus facile. Ainsi l'affection humorale se trouverait nettement établie dans la maladie de Bright. Mais il restait à démontrer que le passage de l'albumine à travers le tissu rénal pouvait suffire pour y faire naître les altérations considérées comme caractéristiques.

Tel a été le but d'expériences récentes.

M. Semmola a injecté, par petites quantités, sous la peau d'animaux bien portants, de l'albumine de diverses espèces. Cette albumine a été en partie éliminée dans les urines, et les animaux sacrifiés vers le commencement de cette albuminurie artificielle ne présentaient encore aucune lésion rénale. Puis, l'expérience se prolongeant, les reins sont devenus malades d'autant plus vite que l'albumine dont on s'était servi différait davantage de l'albumine normale du sérum. L'albumine de l'œuf s'est montrée, de toutes, la plus nocive.

Voilà donc le cycle complet : albumine à éliminer parce qu'elle joue dans le sang le rôle d'une substance étrangère ; filtration de cette albumine à travers les reins ; altérations consécutives du tissu rénal.

Mais d'où vient chez les brightiques la modification primitive de l'albumine du sang ? M. Semmola, faute de temps peut-être, n'a pas exposé devant l'Académie ses théories sur ce sujet.

On sait, il est vrai, d'autre part, que certaines piqûres du quatrième ventricule, sur un point peu distant de ceux qu'il faut atteindre pour produire le diabète sucré, peut amener chez les animaux l'apparition de l'albumine dans les urines.

Il se peut donc que dans les glandes hémopoiétiques, particulièrement dans le foie, il existe une fonction spéciale d'élaboration de l'albumine, fonction susceptible d'être troublée par une action purement nerveuse.

La théorie de M. Semmola n'a donc rien d'improbable en soi ; et les expériences dont il s'appuie méritent qu'on leur donne l'appoint d'un contrôle expérimental minutieux et réitéré.

Les conclusions de la commission relatives aux mesures à proposer contre la fièvre typhoïde n'ont pas encore été mises aux voix.

M. Fauvel a pris de nouveau la parole pour en combattre l'opportunité. MM. Marjolin et Gustave Lagneau les ont défendues avec énergie et il paraît certain qu'elles seront adoptées.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire de la rage (1).

(Leçons recueillies par M. le docteur O. GUILLIER.)

III

2° Nous voici arrivés à la seconde période de la rage furieuse ; ici le tableau est plus imagé et cependant cette période est moins importante, car la rage est confirmée, elle éclate au grand jour et chacun peut se garer de l'animal dangereux.

Quoi qu'on en ait dit, le chien, à cette période, n'a pas toujours cette tendance à se ruer sur les étrangers. Youatt, Delabère-Blaine, citent des cas où l'animal meurt, sans jamais avoir cherché à mordre, et recherchant même les caresses. Ces faits, nous devons le reconnaître, sont absolument exceptionnels, et il faut toujours se tenir sur la plus

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 juin 1883.

grande réserve en présence d'un chien enragé. Dans la période de rage confirmée, nous devons admettre deux divisions selon que l'animal est soumis à des excitations continuelles, ou qu'au contraire il est laissé tout seul et enfermé.

Le chien sans excitation vit beaucoup plus longtemps ; il va et vient dans sa cage, il est agité mais peu furieux; on le voit chercher à saisir des objets imaginaires; il pousse le hurlement particulier; il se couche, reste immobile, somnolent, jusqu'à un nouvel accès. Sa gueule reste béante, sa langue sèche et pendante; il s'échappe de sa bouche une bave visqueuse; puis peu à peu le train de derrière se paralyse, l'animal ne peut plus se tenir levé, enfin la mort arrive.

Si, au contraire, le chien est sans cesse excité soit par l'homme ou par la présence d'un autre chien, sa fureur est excessive. Parfois, si on enferme avec lui un autre chien, sa férocité s'apaise, il lui lèche les parties sexuelles, puis se précipite sur lui, le mord silencieusement; le mordu se plaint, mais l'enragé ne pousse pas un cri. Ces accès se répètent fréquemment et la mort arrive beaucoup plus promptement que dans le cas précédent, deux, trois, quatre jours au plus, et toujours avec la paralysie du train postérieur.

Lorsque le chien est libre, comme par exemple le chien de berger, il se précipite sur les moutons, les bœufs, les porcs, les volailles. Si ce sont des chiens d'appartement, ils se jettent sur les autres chiens, sur les chats, mais, chose remarquable, ils ne mordent leur maître qu'à la dernière extrémité, tandis qu'ils mordent furieusement les étrangers.

On a même dit que le chien, ne voulant pas mordre son maître, s'enfuit. Ceci est inexact. Le chien fuit sans savoir pourquoi, allant droit devant lui, tant qu'il est encore valide et que ses forces le soutiennent, mais cet état dure peu.

Après quelques heures, un jour environ de cette course effrénée, poursuivi par la faim qu'il ne peut assouvir, par une soif qu'il ne peut apaiser, se jetant dans l'eau, cherchant à boire sans y parvenir, ne pouvant rien avaler, son allure se ralentit. On le voit alors, le poil hérissé, la queue pendante, la tête rasant le sol, la gueule béante, la langue souillée, desséchée. A ce moment il est beaucoup plus effrayant que dangereux.

Enfin, à bout de forces, il tombe, s'accroupit dans le sillon d'un champ, dans le fossé d'un chemin; le train de derrière se paralyse, et quelquefois avant de mourir, par un suprême effort, il se traîne jusqu'à son ancien logis. Méfiez-vous de ce revenant, car il peut encore mordre et donner la rage.

On a dit que les autres chiens avaient peur du chien enragé. Oui, dans la plupart des cas, il en est ainsi; cependant, à Alfort, on a vu un chien qui, dès qu'on le mettait en présence d'un chien enragé, se jetait sur lui et le terrassait.

Mais, généralement, le chien enragé est un objet de terreur et de crainte pour ses semblables.

B. *Rage silencieuse ou rage mue.* — Dans cette forme de rage, l'animal ne présente pas les mêmes symptômes que dans celle que nous venons d'étudier; mais il n'en est pas moins dangereux, au contraire, car rien ne vient vous mettre en garde.

Le chien n'aboie pas ou aboie peu, il semble être atteint d'une angine ou avoir un corps étranger dans la gorge; c'est là précisément qu'est le danger, car si par malheur on vient à examiner avec les doigts le pharynx de l'animal et qu'on ait la moindre petite érosion sur la peau, le virus peut être inoculé par la bave de l'animal.

Les symptômes sont très atténués; l'œil est fixe, mais l'animal n'a pas l'aspect farouche. Les traits caractéristiques sont : la démarche paralysée, la gueule béante et laissant écouler une salive visqueuse, mais ces symptômes se montrent plutôt à la fin.

Dans cette forme pas plus que dans la rage furieuse, l'animal n'est hydrophobe; au contraire, chaque fois qu'il aperçoit de l'eau, il y plonge sa tête jusqu'aux yeux et cherche à étancher sa soif, mais il ne peut déglutir.

On ne constate pas, dans cette forme, les ardeurs génésiques dont nous avons parlé précédemment.

L'animal ne déserte pas la maison et la mort arrive entourée de son cortège symptomatique habituel.

Une autre question s'impose maintenant : la rage est-elle toujours mortelle chez le chien ?

D'une façon absolue nous répondrons négativement, car il existe quelques observations de rage bien confirmée, et suivies de guérison. A l'école de Lyon, on a vu un chien bull-dog présentant tous les symptômes de la rage : perte de l'appétit, hurlement caractéristique, fureurs, affaiblissement du train de derrière; ce chien fut laissé seul pendant cinq jours sans autre nourriture que de l'eau d'orge; après ce temps l'animal alla mieux, se mit à manger et guérit.

On cite encore deux autres guérisons qui eurent lieu à Lyon, mais sans détails : tout le traitement consista dans la saignée de la veine saphène.

On raconte encore ce fait : un chien ayant mordu une femme, cette dernière mourut enragée. Ayant pris ce chien, on le jeta à la rivière pour le noyer; l'animal fut retiré et revint à la vie complètement guéri de la rage. C'était la méthode de Celse renouvelée.

Youatt affirme avoir vu un chien présentant, d'une manière indéniable, tous les symptômes de la rage, et guérir à son grand étonnement.

Enfin, Decroix, vétérinaire de l'armée et alors en Algérie, a vu des chiens chez lesquels on avait inoculé la rage canine ou humaine, guérir après avoir présenté la plupart des symptômes de la rage. Malheureusement pour donner à ces observations toute la certitude désirable, il aurait fallu qu'on eût inoculé d'autres animaux avec la bave de ceux-là et que ces animaux fussent devenus enragés.

Nous pouvons donc dire, en résumé, que, dans l'immense majorité des cas, la rage est mortelle, mais que cependant quelques cas de guérison ont été signalés.

L'autopsie des chiens enragés a souvent été faite et il faut que vous en connaissiez les résultats.

Le sang est noir. La cavité buccale renferme quelquefois des lysses, souvent des ulcérations, et presque partout une destruction de l'épithélium.

Dans l'estomac, on trouve des corps étrangers les plus divers, l'animal dévorant tout ce qui est à sa portée, paille, bois, excréments, etc., etc.

La muqueuse des voies respiratoires est rouge, épaissie, recouverte de mucus.

Bigot en 1829, Chardon en 1831, trouvèrent la vessie très rétractée.

Quant au système nerveux, il offre toutes sortes de lésions : hémorragies cérébrales, inflammations des méninges cérébrales et rachidiennes.

Les parties périphériques de l'encéphale sont touchées; aussi est-il facile d'expliquer les troubles de la vue, les hallucinations, les paralysies de la mâchoire et du train de derrière. En somme, ce qu'il est important de retenir, c'est

que le système nerveux est tout particulièrement lésé dans la rage.

Je me suis assez étendu sur la rage du chien pour espérer vous l'avoir fait connaître. Avant d'en arriver à celle de l'homme, je veux vous dire quelques mots sur la rage d'autres animaux.

Je ne parlerai du loup et des autres carnassiers que pour vous dire que leur bave est excessivement virulente et qu'il a existé des épidémies de rage, qui ont dépeuplé de ces animaux des forêts entières.

Rage du chat. — Le chat gagne aussi la rage et présente une période initiale de tristesse et d'inquiétude; il miaule sans motif, et se laisse parfois tomber de l'endroit où il est assis. Tous les auteurs s'accordent à dire qu'il n'y a rien de terrible comme un chat enragé. Youatt le représente avec des yeux fulgurants, le dos voûté, la queue battante, se précipitant sur tout ce qu'il voit et de préférence sur la figure des personnes qui cherchent à l'approcher.

Les instincts de férocité inhérente à sa race se réveillent, puis, à bout de forces, il va périr dans un recoin de cave ou de grenier.

Rage du cheval. — De tous les animaux, celui chez lequel la rage est la plus forte, c'est le cheval. On retrouve chez lui les hallucinations, le changement d'humeur, etc. Il va et vient, disperse sa litière, se roule, puis tout à coup ses oreilles se dressent, il écoute, il est inquiet, mais il reconnaît la voix de son maître et obéit. A la vue d'un chien, il entre en fureur et cherche à mordiller tout ce qui est près de lui. Il rue en avant aussi bien qu'en arrière; puis un symptôme important se déclare : c'est la *fausse angine;* on dirait un corps étranger dans la gorge absolument comme chez le chien. L'hydrophobie n'existe pas plus chez lui que chez le chien. Il boit dans l'auge ou le sceau habituel. Enfin arrive la période de rage confirmée qui est effroyable, terrifiante : l'animal dépense une force incroyable, brisant, broyant tout ce qui est à sa portée; puis le train de derrière commençant à se paralyser, il s'affaisse peu à peu. A cet état, il se fait de profondes blessures avec ses dents, et à l'endroit où lui-même a été mordu, il s'enlève des lambeaux de peau. Chez les étalons, on constate un cri particulier qui a été comparé à celui du porc qu'on égorge. Laissé seul et sans excitation, le cheval enragé périt au bout de trois ou quatre jours; si, au contraire, on l'excite, la mort peut arriver en quelques heures. On constate également chez l'étalon une ardeur génésique. Enfin, la paralysie du train de derrière augmentant, l'animal meurt par arrêt de la respiration.

Rage des ruminants. — Tous les ruminants domestiques sont exposés à la rage, maladie très mal connue chez eux jusqu'à ces derniers temps, car on ne décrivait pour le bœuf, en particulier, que la forme *furieuse,* tandis qu'il en existe une autre, forme *tranquille*, étudiée par un très petit nombre d'auteurs.

Les bœufs, ces gros animaux ordinairement si placides, présentent, au début du mal, quelque chose d'étrange : leurs yeux sont plus saillants, la pupille est dilatée, la physionomie présente quelque chose de farouche, d'inquiet, d'égaré. Les hallucinations apparaissent, l'animal fouille le sol, lance des coups de pied dans le vide et cherche à mordre. Chez le bœuf enragé comme chez le cheval, le meilleur réactif est le chien, quelquefois le mouton. La vue de ces animaux le rend furieux. On observe également des symptômes pharyngiens qui provoquent des parotidites très douloureuses; la déglutition est pénible, et si l'on veut aller chercher dans la gorge s'il n'y aurait pas un corps étranger, on ne trouve rien, mais on s'expose à s'inoculer la rage. L'appétit est tantôt complètement perdu, tantôt au contraire dépravé et même vorace. On a trouvé jusqu'à une couverture dans le jabot d'une vache enragée. L'animal se roule, fait des efforts de défécation qui n'aboutissent pas, le ténesme peut devenir excessif. Comme chez les animaux dont nous avons parlé précédemment, le bœuf, la vache ont de l'hyperesthésie sur les cicatrices par où ils ont gagné la maladie; ils se lèchent et se mordillent, enfin la paralysie du train postérieur arrive.

Après le chien, c'est la rage du bœuf et du taureau qui est la plus fréquente. Leur rage furieuse est terrible vu la grande force de ces animaux, tout les irrite, la lumière, le bruit, et ils chargent ce qui se trouve devant eux. Dans cette forme pas plus que dans la précédente, l'animal n'a horreur de l'eau; au contraire, il la cherche et s'y précipite. La vache enragée continue à allaiter son petit, il en est de même chez la chienne et jamais leur lait n'a donné la rage.

Chez les petits ruminants tels que la chèvre, le mouton, etc., la rage existe également. La tranquillité de ces animaux est troublée, ils sont inquiets, en proie à des hallucinations, et s'ils sont au milieu d'un troupeau, ils mordent leurs voisins; il y a de l'excitation génésique, le mouton fait comme le bélier, il cherche à saillir. Aucune hydrophobie, l'animal s'efforce de boire, l'appétit est dépravé, les cicatrices des morsures sont hyperesthésiées, enfin on remarque la paralysie du train postérieur.

Rage du porc et des volailles. — Le porc peut aussi gagner la rage et présente la plupart des symptômes que nous venons de décrire.

Enfin il y a des exemples de rage chez les volailles, mais on n'est pas encore parvenu à la leur donner expérimentalement.

Espérons, après les belles découvertes de Pasteur au sujet du choléra des poules, que l'on arrivera à trouver également pour la rage, un virus atténué, un vaccin pour préserver les animaux de cette terrible maladie, car guérir la rage chez les animaux, c'est la guérir chez l'homme qui ne la prend que d'eux.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Phagédénisme syphilitique (1).

X

Le grave pronostic que j'avais porté sur ce malade s'est malheureusement confirmé, et l'amélioration obtenue pendant les premiers jours n'a été que momentanée. Au commencement de janvier 1883, l'état général, qui avait été bon jusqu'alors, s'est altéré peu à peu. L'appétit s'est perdu complètement, et il est survenu de la faiblesse, de l'amaigrissement et de la diarrhée qui, du reste, n'a duré que quatre ou cinq jours. A partir de ce changement, je fis suspendre, jusqu'à nouvel ordre, l'usage de la médication spé-

(1) Fin. — Voir le numéro du 5 juin 1883.

cifique, et j'essayai de nourrir et de tonifier le patient plus encore que je ne le faisais auparavant.

Dans le courant de janvier, l'éruption se modifia peu à peu dans le sens que j'avais indiqué. Les papules et les plaques s'affaissèrent et pâlirent peu à peu ; mais çà et là, sur diverses parties du corps, la syphilide tuberculeuse prit le dessus et devint ulcéreuse et crustacée.

Les ulcérations phagédéniques de la tête et des pieds restèrent stationnaires. Il était évident que le malade s'enfonçait à vue d'œil et malgré nos efforts, dans un tertiarisme grave et cachectisant.

Une lésion que je n'avais jamais observée se montra chez lui : sur la poitrine, dans le dos, sur les pieds, de grands districts de peau se dépouillèrent de leur épiderme et se convertirent en surfaces suintantes rouges, finement grenues, semblables à celles d'un vésicatoire ; elles s'agrandissaient peu à peu et constituaient une sorte de phagédénisme en surface, véritablement épidermique, puisque les couches cornées seules étaient détruites. Ces érosions sécrétaient en grande quantité une sérosité sanieuse qui se collait aux linges ; elles saignaient quelquefois et étaient fort douloureuses.

Toute la peau des pieds a été érodée de cette façon. Il en a été de même d'une grande partie du dos.

Aujourd'hui, 14 février 1883, l'état de ce pauvre homme est des plus misérables. Il perd ses forces de jour en jour et maigrit ; l'appétit ne revient pas. L'iodure de potassium que j'ai recommencé à donner, ne développe qu'une action curative insignifiante. Il n'y a que les pansements locaux variés qu'on lui fait qui le soulagent un peu. Si l'éruption est moins générale, si l'élément papuleux a cédé sur quelques points, sur d'autres, sa transformation tuberculeuse s'accentue de jour en jour, et les néoplasies intra-dermiques se fondent, s'ulcèrent, suppurent abondamment, se couvrent de croûtes, etc. Chose remarquable, il n'existe aucune lésion sur les muqueuses ni du côté des viscères. Les urines présentent une teinte d'un brun verdâtre, mais ne contiennent ni dépôts, ni sucre, ni albumine.

La situation n'en est pas moins des plus graves, surtout si l'état des forces ne se relève pas. En pareil cas, il faudrait les meilleures conditions hygiéniques qu'on pourrait trouver : le changement d'air, le séjour à la campagne. Mais il serait difficile de transporter ce malade, qui est condamné à l'immobilité et cloué, ou mieux *collé*, dans son lit par les larges érosions suintantes de sa peau.

Le malade est mort le 19 février 1883. — Dans les derniers jours de sa vie il n'a présenté aucune manifestation syphilitique nouvelle. Celles qui couvraient la surface cutanée semblaient même s'être amendées un peu, ou du moins elles restaient stationnaires. Ce qui était surtout en souffrance chez lui, c'était l'état général. La cachexie faisait des progrès à vue d'œil, bien que toutes les fonctions parussent s'exécuter à peu près normalement. Il y avait comme une soustraction lente, mais continue et fatale de la vitalité.

Cette décadence irrémédiable avait coïncidé avec le changement si remarquable survenu dans la coloration des urines. Je ne savais à quoi l'attribuer. J'avais fait suspendre l'usage du fer et on ne donnait que d'assez faibles doses d'iodure de potassium. Les urines n'en continuaient pas moins à prendre une teinte de plus en plus foncée, sans perdre leur limpidité. Vers les trois ou quatre derniers jours, elles étaient devenues noires comme une forte infusion de café, avec une nuance verdâtre qui s'accentuait de plus en plus à mesure qu'elles restaient exposées à l'air. Au début de leur altération, cette nuance verte dominait ; plus tard, le brun noirâtre se montra dès le moment de l'émission. — La densité moyenne de l'urine donnait le chiffre 1032. Le malade en évacuait environ 1,200 centimètres cubes en vingt-quatre heures. L'examen chimique (réaction de Ginelin) fit constater la présence d'une petite quantité de pigment biliaire. Il y avait, en outre, de l'indican en faible proportion. — Jamais on ne découvrit ni sucre ni albumine. — L'urée était en quantité assez faible, 12gr,50 par litre. Ainsi qu'il était facile de le prévoir, l'urine contenait une grande quantité d'iode et il y avait également un peu de fer dans le résidu sec. Le malade prenait, en effet, des ferrugineux et de l'iodure de potassium. Le liquide abandonné au repos ne donnait aucun sédiment. L'examen microscopique ne fit découvrir ni globules de sang ou de pus, ni cellules épithéliales, ni cristaux d'aucune sorte. En résumé, le fait saillant de cette urine anomale, c'était la coloration noire verdâtre due probablement au pigment biliaire et à l'indican.

En même temps que l'urine subissait ces modifications si frappantes, le malade présentait quelques phénomènes du côté des fonctions encéphaliques ; il était en proie, pendant toute la nuit, à des rêvasseries continuelles, et il avait conscience lui-même qu'il délirait un peu. Du reste, pas de fièvre, mais inappétence et inertie de plus en plus prononcée des fonctions digestives. Vingt heures avant sa mort, je l'examinai de nouveau avec soin, et je ne découvris aucun trouble fonctionnel grave ; je jugeai néanmoins, par l'ensemble de la situation, qu'il ne pouvait pas aller loin. Je ne m'attendais pas, toutefois, je l'avoue, à une issue fatale aussi prochaine. Elle eut lieu presque sans agonie : le malade s'éteignit doucement dans la matinée du 19 février.

L'*autopsie*, faite vingt-six heures après la mort, ne fit découvrir absolument aucune lésion syphilitique dans les viscères. Tous les organes, sauf la peau, étaient à peu près intacts. Il existait encore beaucoup d'embonpoint ; léger épanchement dans le péricarde ; surcharge graisseuse du cœur, qui était un peu plus gros qu'à l'état normal, mais ne présentait pas de dégénérescence adipeuse de son tissu musculaire. — Aucune lésion valvulaire ; pas de lésion athéromateuse dans les artères du centre ou de la périphérie. — Caillots fibrineux, probablement formés pendant les derniers instants de la vie. — Poumons souples et aérés dans toute leur étendue. — Foie considérablement augmenté de volume et un peu gras, du poids de 2 kilos 490 grammes. — Reins normaux comme structure et comme volume. — Le cerveau était dans un état d'intégrité complète. — Toutes les séreuses des cavités splanchniques étaient saines et exemptes d'adhérences.

En somme, cette autopsie, négative sur tous les points, ne nous a pas révélé la cause matérielle de la mort. Le foie était l'organe le plus altéré. Le malade n'avait jamais accusé aucune souffrance du côté de cet organe et n'avait pas présenté trace d'ictère. Est-ce à cet état du foie qu'il faut rapporter l'altération des urines ? Peut-être cet organe et les reins ont-ils joué un rôle dans la cachexie qui s'est terminée par la mort ? Je crois cependant que l'altération principale portait sur les globules rouges, et que c'est à elle qu'était due la coloration noire de l'urine. — Mais le sang ne contenait pas de bactéries.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Traitement des hernies étranglées par les injections de chlorhydrate de morphine.

Par M. le docteur PUJOS (d'Auch).

Après les faits intéressants publiés dans la *Gazette des hôpitaux* par MM. les docteurs Philippe (de Saint-Mandé), Lombard (de Tarascon), Mothe (de Montfort), Fleury (de Clermont-Ferrand), Dupont (de Quimper), il ne me semble pas inutile de relater une nouvelle observation concernant l'emploi des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine pour la réduction des hernies étranglées. L'enquête sur un moyen aussi simple, aussi facile, aussi inoffensif, ne saurait jamais être ni assez scrupuleuse ni assez étendue.

Lundi 14 mai, vers trois heures de l'après-midi, je suis appelé au hameau de Saintes, à deux kilomètres d'Auch, pour visiter le sieur L..., âgé de dix-neuf ans, cultivateur, atteint depuis six heures du matin de vomissements répétés et de douleurs atroces du ventre.

Je constate chez ce jeune homme, vigoureux et fortement musculé, une hernie inguinale droite, irréductible, du volume d'un œuf de dinde, allongée, descendant dans le scrotum. Le taxis est fait d'une façon continue pendant environ un quart d'heure ; la hernie ne rentre pas.

Prescription : Un bain tiède d'une heure et demie ; au sortir du bain, lavement purgatif et large onction belladonée sur la tumeur, recouverte ensuite d'un cataplasme de farine de graine de lin.

A neuf heures du soir, la tumeur est plus volumineuse et beaucoup plus douloureuse ; le pédicule de la hernie, de la grosseur du pouce, est dur ; le corps de la tumeur est assez mou et très sonore ; les vomissements bilieux sont incessants.

Prescription : Injection hypodermique de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine immédiatement au-dessus de l'étranglement.

Au bout de dix minutes environ, les vomissements deviennent moins fréquents. Le taxis que je pratique pendant vingt minutes est beaucoup moins douloureux, mais la réduction de la hernie ne se fait pas.

Je pratique une nouvelle injection de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Les vomissements sont bientôt définitivement suspendus, et au bout de quelques minutes le malade ne résiste qu'avec peine au sommeil.

Le taxis est repris et continué avec une certaine vigueur pendant vingt-cinq minutes. Le pédicule de la hernie est toujours aussi gros et aussi dur.

Je crois prudent de cesser le taxis : il est onze heures du soir. Avant de me retirer, je fais placer le malade, qui est inerte et tout assoupi, sur un plan incliné, les membres inférieurs et le bassin très élevés, le thorax beaucoup plus bas. J'applique moi-même une large couche de pommade mercurielle belladonée sur la tumeur ; le malade est profondément endormi.

Je me retire avec la persuasion que dès le lendemain matin une nouvelle tentative de taxis demeurera encore infructueuse et qu'il faudra, séance tenante, appeler un confrère pour m'aider à pratiquer l'opération du débridement de la hernie.

Le lendemain, dès sept heures du matin, j'apprends que depuis mon départ le malade a dormi d'un profond sommeil, que sa famille, après une journée si cruellement tourmentée, a été pendant la nuit toute surprise d'un pareil calme, et qu'enfin le malade, à son réveil, qui a eu lieu à cinq heures, a constaté, à son grand étonnement, que sa hernie était totalement rentrée.

Après trois tentatives de taxis vigoureux, je ne puis attribuer qu'à la morphine la principale part de cette heureuse terminaison. La position que j'avais fait prendre au malade et les onctions belladonées, etc., ont pu aider à la réduction, mais c'est certainement à l'influence de la résolution complète du système musculaire par les injections de chlorhydrate de morphine qu'est dû l'heureux dénouement que j'ai observé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juin 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. Péan et Terrier, qui se portent candidats pour la place vacante dans la section de pathologie externe ;

2° Des lettres de MM. Vidal, Desnos, Ferrand, qui se portent candidats pour la place vacante dans la section de thérapeutique ;

3° Une lettre de M. de Ranse, qui se porte candidat pour la place vacante dans la section des associés libres ;

4° Une lettre de M. Cazeneuve (de Lyon), qui sollicite le titre de membre correspondant dans la section de physique, chimie et pharmacie ;

5° Une lettre de remerciement de M. Cazeneuve (de Lille), récemment nommé membre associé national.

COMMUNICATION

Sur un parasite de la peau observé en France à l'état vivant pour la première fois. — M. LABOULBÈNE. M. Hardy ayant envoyé une larve vivante qui avait été extraite par incision d'une tumeur cutanée chez une femme arrivant du Brésil, M. Laboulbène put reconnaître à première vue la larve de la *cuterebra noxialis* de Goudot, faisant actuellement partie du genre dermatolia de Brauer. Ce parasite vit dans les forêts du Nouveau-Monde, sur les grands animaux, les bœufs et exceptionnellement sur l'homme. On a essayé, mais en vain, de lui faire opérer ses transformations successives en pupe, puis en insecte ailé. Déposée sur un peu de terre, elle s'est raccourcie d'abord, puis elle a noirci et elle est morte.

LECTURES

Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries, principalement sur la maladie de Bright. — M. SEMMOLA. Le but de ces recherches a été de continuer celles que M. Semmola avait communiquées au congrès de Londres et dans lesquelles il avait essayé de démontrer, par les degrés de diffusibilité de l'albumine du sang, que l'albumine du serum, chez les brightiques, diffuse en quantité considérable, qu'elle est éliminée chez eux de l'organisme par toutes les voies d'épuration, surtout par la bile, qui ne contient jamais d'albumine à l'état normal.

Les nouvelles recherches ont eu pour but de démontrer que la fonction éliminatrice de l'albumine à travers les reins est capable de produire dans les reins une série de troubles physiologiques qui commencent par l'extravasation des globules du sang et passent graduellement par la tuméfaction trouble des épithéliums, la migration des cellules lymphoïdes, la dégénérescence graisseuse et la nécrose des épithéliums, jusqu'à produire l'irritation du tissu conjonctif, qu'il n'a pas encore pu suivre dans ses phases successives, mais qui démontre une évolution analogue à la néphrite parenchymateuse et interstitielle de la véritable maladie de Bright.

Ces lésions sont proportionnées à l'hétérogénéité de l'albumine employée en injections hypodermiques, c'est-à-dire que l'albumine du blanc d'œuf représente le maximum et celle du sérum le minimum.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. BLOT tient à établir que s'il a combattu les conclusions de la commission, en se plaçant à un point de vue tout autre que M. Fauvel et par des arguments complètement différents, il n'a fait en cela rien qui ne soit très logique, rien qui puisse être considéré comme contradictoire, ainsi qu'a semblé l'insinuer M. Rochard.

M. FAUVEL avait eu grand soin d'écarter toutes les questions de personnalités. Il n'avait nullement contesté le droit de l'Académie de prendre l'initiative des vœux à soumettre au gouvernement en matière d'hygiène publique, comme a paru le supposer M. Bergeron. C'est donc à tort qu'on lui attribue l'opinion que l'Académie ne puisse prendre l'initiative de vœux concernant les questions de sa compétence. Seulement ces questions sont d'un ordre très différent de celles tranchées par la commission. Autant que qui que ce soit partisan de l'intervention de l'Académie dans les questions d'hygiène, M. Fauvel soutient que l'Académie ne doit formuler que des vœux de sa compétence et que dans le cas actuel il n'en est pas ainsi.

La commission veut frapper fort et elle estime que ses conclusions répondent à ce sentiment. M. Fauvel n'est pas de cet avis; il pense que, pour frapper fort avec efficacité, il faut frapper juste. Dans la formule qu'il a proposée et que la commission trouve trop anodine, il s'est attaché surtout à frapper juste.

Dans l'œuvre de la commission, il a particulièrement critiqué la forme dans laquelle les conclusions sont présentées au Gouvernement, forme qui fait supposer que l'Académie est restée complètement étrangère aux questions d'assainissement qui sont depuis un certain temps l'objet d'études sérieuses.

Maintenant que l'Académie est suffisamment éclairée, elle peut se laisser entraîner par l'éloquence de M. Rochard, ou bien s'en tenir à des conclusions moins ambitieuses, mais plus pratiques et en réalité plus justes et mieux appropriées au rôle de l'Académie.

En tout cas, M. Fauvel considère son intervention comme terminée et il ne désire pas prolonger le débat.

M. MARJOLIN déclare qu'il faut se rallier, sans hésiter, aux conclusions de la commission, conclusions magnifiques, d'une opportunité incontestable et irréprochables dans leur forme. Les adopter est une nécessité. Tout délai serait une faute, d'autant plus que les améliorations réclamées sont de celles qui sont toujours longues à obtenir. Les médecins dont les souvenirs remontent jusqu'à l'année 1832, peuvent se rappeler que dès lors on signalait dans l'hygiène des services hospitaliers l'urgence de réformes indispensables, qui n'ont, cependant, été effectuées que tout récemment, quarante ans plus tard. Il en a été à peu près de même en ce qui touche l'hygiène des maternités. S'il faut donc encore quarante ans pour obtenir qu'on écarte les causes auxquelles nous devons la gravité des épidémies de fièvre typhoïde, on ne saurait commencer trop tôt à agiter cette question. D'ailleurs, en ce moment, une de nos assemblées délibérantes s'occupe des logements insalubres. C'est le cas, pour l'Académie, de prendre elle-même la parole. Il faut se rendre à l'évidence et profiter des leçons d'une expérience rude. On n'a pas le droit de se laisser endormir par l'annonce de progrès qui sont toujours promis et ne se réalisent jamais. On ne fait rien, il faut bien le savoir. Ce n'est pas l'administration que M. Marjolin attaque, c'est la torpeur universelle. Que ceux qui doutent de la nécessité immédiate de l'application de la loi fassent comme MM. Th. Roussel, Schœlcher, Henri de Mussy, Picot, Saint-Marc Girardin, qu'ils aillent avec M. Marjolin visiter eux-mêmes les taudis où la population s'entasse. Ils verront que ces conditions d'existence, ces causes de maladies, traitées de banales, forment, dans leur ensemble, un agent terrible à la fois de destruction de la santé et de démoralisation. M. Marjolin cite un logement de deux pièces, rendu infect par des infiltrations d'urine provenant de lieux d'aisance et où se trouvaient cinq personnes dont une fille de dix-huit ans, un garçon de quatorze, une autre fille plus jeune et enfin un enfant qu'on ramenait de l'hôpital après une fièvre typhoïde. Le frère contracta la fièvre typhoïde et en mourut. Aucune précaution ne fut prise, aucun lavage ne fut fait, et la contagion s'étendit. Ce n'est pas le nombre des naissances, mais le nombre des individus utiles qu'il faut surtout avoir en vue. Or il y a là des foyers de pourriture qui attaquent les corps et les âmes. Il faut les détruire. Il faut que les membres de l'Académie, en pères de famille comme en médecins, prennent une vigoureuse initiative et émettent des vœux bien formulés, précis, tels que ceux que la commission leur a proposés.

M. GUSTAVE LAGNEAU fait remarquer qu'il importe d'autant plus que l'Académie insiste sur les modifications à apporter à la loi des logements insalubres que sur la proposition de M. Martin Nadaud et le rapport de M. H. Maze, la Chambre des députés va avoir à s'en occuper.

Relativement aux logements garnis, aux auberges d'ouvriers, une surveillance sévère est incontestablement utile. Aussi a-t-on cherché à instituer un service spécial d'inspection, quoique cette surveillance semblât devoir incomber à la commission des logements insalubres. Mais la surveillance des hôtels garnis dépend de la Préfecture de police, et la commission des logements insalubres dépend de la Préfecture de la Seine : dualité fâcheuse au point de vue des mesures d'hygiène publique. Relativement à la question des égouts, on peut regretter que l'Académie n'ait pas cru devoir s'en saisir plus complètement. Quand on remarque la fréquence de la fièvre typhoïde à l'École militaire et dans le quartier circonvoisin, quand on voit M. le directeur des travaux de Paris faire observer au Conseil municipal (séance du 25 octobre 1882) qu'il ne peut réparer les vieux égouts défectueux de cette École militaire, parce que ces égouts sont sous la dépendance de l'Etat et non de la Ville, on peut espérer que l'avis de l'Académie pourra obtenir des deux administrations l'accord nécessaire à la réfection de ces égouts.

Enfin, lorsqu'on sait que la fièvre typhoïde sévit surtout sur les jeunes gens depuis peu immigrés à Paris, il appartient à l'Académie de signaler la nocuité de l'habitat parisien pour les jeunes ouvriers attirés en grand nombre par des travaux, des emprunts considérables, et de recommander qu'aux grandes casernes urbaines encombrées de milliers de jeunes soldats, on substitue des camps ruraux d'instruction largement aérés. N'oublions pas qu'en France, dans l'armée, un tiers des décès sont dus à la fièvre typhoïde.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique chirurgicale, médicale, ophtalmologique et des maladies du système nerveux s'ouvrira le lundi 9 juillet 1883, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination :

1° De deux chefs de clinique chirurgicale titulaires et de deux chefs adjoints; 2° de deux chefs de clinique médicale titulaires et de deux chefs adjoints; 3° d'un chef de clinique ophtalmologique titulaire et d'un chef adjoint; 4° d'un chef de clinique des maladies du système nerveux et d'un chef de clinique adjoints.

Les candidats à ces divers concours devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 1er juillet 1883. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de doctorat.

Seront admis à concourir tous les docteurs en médecine qu n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— La commission législative relative au cadre des corps d'officiers de la marine et des colonies a entendu hier M. Gestin, directeur de l'École de médecine navale de Toulon.

— Notre très honoré confrère le docteur G. Léon-Dufour, médecin principal de première classe, vient d'être admis, sur sa demande, à la pension de retraite.

Avant de quitter l'hôpital militaire du Gros-Caillou, où il laisse de si excellents souvenirs, il a adressé au personnel de l'hôpital l'ordre d'adieu que nous reproduisons :

« En remettant à mon successeur les fonctions de médecin en chef que j'ai remplies pendant trois ans, je remercie tout le personnel de sa collaboration aussi active que dévouée.

« Dans ma retraite, que des motifs de dignité personnelle m'ont décidé à demander avant d'avoir atteint ma limite d'âge, je ne perdrai jamais le souvenir de cet établissement au service duquel j'aurai passé les huit dernières années de ma carrière militaire.

« L'inauguration toute récente du fonctionnement autonome du service de santé m'avait inspiré l'idée d'une étude rétrospective sur l'hôpital du Gros-Caillou, son passé, son présent et son avenir; mon but était d'appeler d'urgence l'attention et la sollicitude de l'autorité supérieure sur l'état non homogène des bâtiments occupés par les malades : l'inégalité de leur valeur hygiénique est une lacune très regrettable au point de vue de la salubrité générale et de l'efficacité des méthodes curatives ; il y aurait lieu de reprendre les projets de grandes améliorations qui, depuis près de vingt ans, attendent dans les archives de la direction du génie la solution budgétaire.

« Lorsque, dans ma retraite, j'apprendrai que le pavillon d'entrée de l'hôpital a été construit sur l'avenue Bosquet et qu'un pavillon parallèle à celui des fiévreux a remplacé l'archaïque bâtiment de la Dépense au côté sud de la deuxième cour, je serai heureux et fier d'avoir pu contribuer, dans la mesure de mon initiative de médecin en chef, à la restauration hygiénique de l'hôpital militaire le plus important du gouvernement de Paris après le Val-de-Grâce.

« Adieu, Messieurs, je vous souhaite à tous santé et bonheur, et à chacun la récompense méritée par de bons et loyaux services. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bourguet, ancien chirurgien en chef des hospices de Rodez.

— Dans sa dernière séance générale, la Société protectrice de l'enfance de Paris a décerné son prix annuel de 500 francs à M. le docteur Legendre, de Saint-Léger-sous-Beuvray (Saône-et-Loire), déjà couronné, l'année dernière, pour ses lettres sur l'industrie nourricière.

La question mise au concours était la suivante : « Exposer, dans des observations recueillies par l'auteur, quelles ont été, dans ces dernières années, les affections prédominantes chez les enfants en bas âge, et quel a été le chiffre comparatif de la mortalité entre ceux élevés au sein et ceux élevés au biberon. »

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 10 juin 1883, à Ver, à Saint-Sulpice et aux environs d'Ermenonville. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : gare du Nord, où l'on prendra, à sept heures vingt minutes, le train pour le Plessis-Belleville.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place, au laboratoire de géologie (galerie de géologie), avant samedi, à quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14639.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Les nouveaux services d'accouchements dans les hôpitaux. — Passage des éléments figurés à travers le placenta. — Microbes du choléra des poules. — THÉRAPEUTIQUE. Sur une poudre de lin inaltérable, préparée pour la confection des cataplasmes. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MINISTÈRE DE LA MARINE ET DES COLONIES. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les nouveaux services d'accouchements dans les hôpitaux de Paris.

Parmi les services d'accouchements qu'on est en train d'organiser dans les hôpitaux de Paris, il en est quatre qui fonctionnent depuis le mois d'octobre dernier : ce sont ceux de M. Budin, à la Charité ; de M. Pinard, à Lariboisière ; de M. Porak, à Saint-Louis ; de M. Ribemont, à l'hôpital Tenon.

Ce dernier seul occupe des bâtiments qui ont été destinés dès l'abord à cet usage lors de la construction de l'hôpital. Aussi remplit-il toutes les conditions qui ont été fixées par Tarnier, réalisées dans le pavillon qui porte son nom, et développées avec détails dans son *Hygiène des maternités*.

Tout y est calculé en vue d'un isolement le plus complet possible. Chaque femme y occupe, à elle seule, un logement donnant sur des jardins de part et d'autre, et dans lequel on pénètre par une galerie ouverte. Ce logement comprend une entrée, une petite chambre de débarras, et enfin une chambre à lit, le tout sans communication avec les logements voisins. Une sonnerie électrique aboutissant à la salle de garde des filles de service permet de les appeler dès qu'il en est besoin.

Habituellement l'accouchée est dans la solitude la plus absolue : et c'est là que se trouve le grand inconvénient de cette méthode. Les femmes s'ennuient ; elles ont hâte de rentrer dans la vie commune, et elles veulent s'en aller trop tôt. A l'hôpital Tenon, il est très difficile de les retenir plus de huit jours. A peine en état de se lever, elles réclament déjà leur sortie à cor et à cris. Il en est à peu près de même que pour l'application du système cellulaire dans les prisons. L'isolement, mesure prophylactique autrement excellente contre toutes les contagions, devient à la longue, pour certaines natures, un vrai supplice, que l'on hésite à imposer, malgré le bien qu'on en peut attendre.

Dans les trois autres hôpitaux en question, on ne pouvait pas espérer un isolement aussi parfait, car l'établissement d'une maternité n'y était pas entré dans le plan primitif. Au lieu d'un pavillon spécial, perdu au milieu des jardins, il a fallu aménager pour le service d'accouchements un ancien service de médecine ou de chirurgie, une salle encore entourée d'autres salles pleines de malades. Il a donc fallu laisser réunies dans une même pièce le plus grand nombre des nouvelles accouchées, celles qui ne présentaient aucune affection qui pût influer sur la santé de leurs voisines. Tout ce qu'on a pu faire, c'était d'établir un petit nombre de chambres séparées pour y placer celles qui auraient pu créer un foyer d'infection.

C'est ainsi qu'à la Charité, en dehors de la grande pièce qui contient dix-huit lits, et de l'autre côté d'un ancien salon transformé en partie en une très belle salle d'accouchement, se trouve un service d'isolement, complètement séparé, ayant ses infirmières, sa cuisine, toutes ses dépendances absolument à part, et qui comprend trois grandes chambres, chacune d'un seul lit. A l'hôpital Saint-Louis, on construit en ce moment, au rez-de-chaussée, sur une espèce de petit jardin, tandis que les salles principales sont au premier, dans un vieux bâtiment, les quatre chambres destinées à l'isolement des malades. Les arrangements intérieurs ne sont pas terminés à Lariboisière.

Mais l'isolement matériel n'occupe qu'une place secondaire dans les précautions suggérées par la théorie contagioniste. Du moment où les maladies puerpérales sont considérées comme le résultat de la prolifération de germes animés, germes qui peuvent être transportés par la main de l'accoucheur, par les vêtements qu'il porte, et même, sans autre véhicule, par les mouvements de l'atmosphère, il faut agir contre ses germes par une substance qui les tue.

M. Tarnier n'a pas hésité à choisir comme antiseptique le toxique par excellence pour les organismes inférieurs, le deutochlorure de mercure ou *sublimé corrosif*.

A son exemple, MM. Budin et Ribemont emploient non seulement à l'extérieur, pour en imbiber les compresses placées sur la vulve en permanence, mais à l'intérieur, pour les injections vaginales et même intra-utérines, la liqueur de Van Swiéten, étendue de son volume d'eau. Il paraît que la salivation est très rare. On n'en aurait observé jusqu'ici que deux cas, l'un et l'autre à la Maternité.

Pour sonder les femmes, MM. Budin et Ribemont usent exclusivement de sondes de verre, qui restent plongées d'ordinaire dans une solution de sublimé corrosif. Malheureusement, le sel mercuriel laisse un dépôt qui salit ces sondes et leur ôte leur transparence. Souvent même, au moment de s'en servir, on est obligé d'en gratter la surface,

devenue rugueuse par cette cause. On espère remédier à cet inconvénient par un lavage dans l'alcool.

Dans tous les services également, les fontaines qui servent à laver les mains des accoucheurs, des élèves, des sages-femmes, des infirmiers, des malades elles-mêmes, sont remplies de liqueur de Van Swiéten pure. Le mercure, sous une de ses formes les plus pénétrantes, coule à pleins bords, de tous côtés.

En même temps, dans toutes les salles, des bouilloires et des pulvérisateurs lancent dans l'air un nuage de vapeurs chargées d'acide phénique.

C'est l'acide phénique que MM. Pinard et Porak emploient de préférence en injections. M. Porak tend même à le préférer aussi pour les compresses appliquées sur la vulve.

C'est aussi l'acide phénique qu'il a fallu mettre entre les mains des sages-femmes dépendant de l'administration, et chez lesquelles on envoie accoucher une partie des femmes qui se présentent dans les divers hôpitaux. Il n'aurait pas été possible de songer à leur confier en quantités énormes un poison aussi redoutable que le sublimé corrosif. Voici la formule de la mixture, dont on remet un litre à chaque femme en travail qu'on envoie accoucher chez une sage-femme en ville.

Acide phénique.	250 grammes.
Alcool.	750 cent. cubes.
Essence de thym.	20 grammes.

Dans chaque litre d'eau destinée soit aux lavages, soit aux injections, soit à l'imbibition des compresses placées sur les parties génitales externes, on met en moyenne quatre cuillerées à bouche de ce mélange, ce qui donne une solution de 1 1/2 pour 100 environ d'acide phénique.

La mortalité des femmes en couche est peu élevée chez les sages-femmes qui en reçoivent ainsi des hôpitaux. Elle atteint à peine 3 pour 100 d'après des chiffres communiqués par M. Budin. Cela tient à ce qu'en général, dans les services hospitaliers, on garde toutes les femmes en travail qui paraissent présenter quelque chose d'anomal dans leur conformation, quelque difficulté à prévoir pour le moment de l'accouchement, soit d'après leur santé actuelle, soit d'après la manière dont l'enfant se présente. Les sages-femmes embrigadées qui ont un certain nombre de lits à la disposition des accoucheurs des hôpitaux, n'ont donc à y recevoir que celles chez qui tout s'annonce au début de la façon la plus favorable.

Ces sages-femmes, nommées par l'administration, après enquête, sont toujours révocables. Elle sont distribuées entre les hôpitaux, dont leurs lits deviennent des annexes, en quelque sorte. Celles-ci, par exemple, sont rattachées à la Charité, celles-là à la Maternité, d'autres à la Clinique, etc.; et bien que le même accoucheur puisse avoir sous sa direction les unes et les autres, cela constitue pour lui autant de services distincts. La sage-femme attribuée d'abord à un hôpital ne peut recevoir de femmes en couche d'un autre hôpital, plus proche de chez elle, que si elle obtient une mutation.

On a changé le mode de payement de ces sages-femmes. On leur avait attribué d'abord une somme invariable par tête, et il en résultait que, n'ayant rien à gagner au séjour prolongé des femmes, elles trouvaient le moyen de les garder fort peu après l'accouchement. Aujourd'hui, on leur donne dix francs pour l'accouchement même et six francs par jour de séjour. Si l'accouchée reste chez elle plus de dix jours, il faut qu'elles fassent approuver cette prolongation par le chef de service, qui leur remet un bon *ad hoc*. Du reste, chaque accouchée doit être visitée, au moins une fois, chez la sage-femme, par l'accoucheur chef de service, qui s'assure par lui-même de l'état des choses. M. Porak exige en outre qu'en sortant de chez la sage-femme, chaque accouchée se représente dans son service à l'hôpital Saint-Louis. Son interne, M. Olive, l'y examine de nouveau, et, sur un cahier d'observations que l'on conserve, il fait noter minutieusement toutes les particularités qu'elle présente relativement à l'intégrité de la vulve, à l'état du vagin, de l'utérus, des annexes, etc.

Quant aux accouchements qui ont lieu à l'hôpital même, ils sont partout mis à profit pour l'instruction des étudiants, et les observations en sont également prises avec le plus grand soin.

A Lariboisière, M. Pinard a mis en série des élèves, au nombre de vingt, pour venir successivement assister les femmes en couche, comme cela se fait à la clinique de la Faculté.

A la Charité, M. Budin, sans mettre en série ses élèves, les fait avertir tour à tour à domicile quand un accouchement se présente à l'hôpital, et il leur permet en outre de suivre ceux qui se produisent en ville chez les sages-femmes dépendant de sa direction.

Mais ces exercices pratiques sont réservés pour un petit nombre; c'est un enseignement fermé.

La crainte des microbes, de ces germes subtils qu'on pourrait apporter d'ailleurs, rend l'initiation aussi délicate, et je dirais presque aussi solennelle, que celle des mystères antiques.

Après les ablutions prescrites dans le liquide purificateur, M. Budin exige du postulant un engagement d'honneur, une sorte de vœu, d'après lequel, durant toute la durée de ce noviciat, il devra se tenir éloigné non seulement des cadavres et des salles de dissections, craignant le contact des morts comme dans certaines religions d'autrefois, mais même des malades, des blessés, des opérés, de toute pratique médicale et de tout service hospitalier.

Si, après cela, les microbes l'emportent, ce ne sera pas faute d'être pourchassés.

Passage des éléments figurés à travers le placenta.

Cette théorie des microbes qui domine pour le moment toute la pratique des accoucheurs, donne un intérêt assez vif aux expériences dans lesquelles on recherche s'il peut y avoir, dans certains cas, passage de ces êtres microscopiques, par le placenta, du sang d'une femme enceinte à celui de l'enfant qu'elle porte dans son utérus.

Tout récemment encore, un tel passage était regardé comme impossible pour les germes de toute espèce, pour les éléments figurés de la petitesse la plus extrême.

En effet, on avait d'abord établi que le placenta était une barrière infranchissable pour les substances minérales réduites en poudre très ténue.

On avait, en outre, constaté que jamais on ne retrouvait de bactéridies dans l'appareil circulatoire et dans aucune partie du corps d'un fœtus retiré du ventre d'une femelle morte du charbon. Ce fait a été vérifié à plusieurs reprises pour le charbon proprement dit caractérisé par des bâtonnets immobiles ou bactéridies.

Mais déjà on avait noté que dans une autre maladie

nommée *charbon symptomatique* et où l'on trouve des bactéries, animées de mouvements spéciaux, au lieu de bâtonnets immobiles, ces bactéries envahissent le fœtus en passant par le placenta.

Il s'agissait de savoir s'il en serait de même d'autres éléments figurés d'une ténuité encore plus grande.

M. le docteur Chambrelent, qui vient de traiter de cette question dans une très bonne thèse inaugurale à la Faculté de Bordeaux, a choisi, pour s'en assurer, les infiniment petits corpuscules que M. Pasteur a décrits comme caractérisant le choléra des poules.

Par leurs dimensions et leurs caractères, ils se rapprochent, beaucoup plus que la bactéridie charbonneuse, des granulations microscopiques auxquelles on attribue la variole, la vaccine, etc., dans la doctrine de M. Pasteur.

MICROBES DU CHOLÉRA DES POULES.

Les expériences de M. Chambrelent ont été faites, au mois d'octobre de l'année dernière, dans le laboratoire de la Faculté des sciences de Bordeaux, avec le concours de M. le docteur Roux, préparateur de M. Pasteur et son collaborateur dans l'étude du choléra des poules.

Un liquide de culture, dont l'extrême virulence avait été constatée d'abord par des expériences préliminaires sur une poule et sur un lapin, fut inoculé à des lapines pleines, qui moururent toutes dans les douze heures ; puis on prit, dans le cœur des fœtus que l'on retira de leur matrice, un peu de sang, dont on se servit pour ensemencer des tubes et pour inoculer d'autres lapins et d'autres poules.

Les résultats furent variables. Tandis que le sang des femelles inoculées et les cultures qui en provenaient étaient toujours extrêmement virulents, amenant en moins de douze heures la mort des lapins qui en recevaient la moindre quantité, celui des fœtus et les liquides de culture qui en furent ensemencés, ne donnèrent pas dans tous les cas des résultats aussi positifs. La présence des granulations caractéristiques fut incontestable chez plusieurs fœtus, et elles produisirent la mort des lapins auxquels elles étaient inoculées, mais ce dénouement se faisait plus longtemps attendre que quand il s'agissait du sang des mères. D'autres fœtus semblaient d'ailleurs restés indemnes : de telle sorte que les inoculations et les cultures faites avec leur sang ne produisirent aucun effet.

M. Chambrelent, de ces expériences (confirmées, du moins en ce qui touche le passage du microbe du choléra des poules à travers le placenta, par celles que MM. Strauss et Chamberland ont récemment communiquées à la Société de biologie), a conclu :

1° Que le microbe du choléra des poules traverse le placenta;

2° Que du sang pris au même moment chez la mère et chez le fœtus contient chez ce dernier un bien moins grand nombre de microbes.

Il se demande, à propos de cette quantité moins grande de microbes, si cela provient de ce que le placenta, sans être une barrière complète, est au moins un filtre qui ne laisse passer que peu à peu les particules solides ? ou bien s'il ne se pourrait pas que le sang du fœtus fût un milieu moins convenable au développement de ces êtres, constituât, en quelque sorte, un terrain de culture moins propice.

Cette dernière question se pose, en effet, non principalement à cause du nombre plus faible des microbes trouvés dans le sang (car cette diminution s'expliquerait aisément par les retards d'une double culture, le microbe devant se multiplier dans les liquides maternels avant de passer par le placenta dans le sang du fœtus), non à cause de l'absence constatée de microbes dans le sang de certains fœtus ou dans leurs liquides de culture (car cette absence pourrait s'expliquer de même), mais surtout à cause de l'action plus lente des granulations du fœtus inoculées sur un autre animal.

En effet, quel que soit le nombre relatif des microbes qui sont contenus dans un liquide d'inoculation, si leur virulence est égale, la mort n'en sera pas moins prompte ; tel est, du moins, un des principes de la doctrine contagioniste qui paraissent le mieux établis.

Un retard dans l'effet produit doit donc traduire un affaiblissement de virulence par l'influence du milieu.

Mais est-il possible de se rendre compte de cette influence du milieu fœtal d'après les données actuellement en cours dans l'école de M. Pasteur?

Il nous semble que c'est possible.

Disons d'abord qu'on ne saurait attribuer cet affaiblissement du virus à l'excès de température que les fœtus présentent par rapport à leurs mères. Il s'agit en effet du choléra des poules, c'est-à-dire d'une maladie propre à des animaux dont la température dépasse très notablement celle d'un fœtus de mammifères.

Mais ce n'est point seulement par sa chaleur plus grande que le sang du fœtus diffère de celui de l'animal adulte. C'est surtout par la proportion beaucoup moins forte d'oxygène qui lui est nécessaire pour son fonctionnement.

Or les microbes du choléra des poules, ceux de la variole, de la vaccine, etc., sont essentiellement *aérobies*. Ils ont besoin, pour se développer, d'absorber beaucoup d'oxygène. Aussi ne sont-ils nullement affectés, ainsi que M. Bert l'a démontré dans des expériences récentes, par le contact de l'eau oxygénée, qui détruit, au contraire les germes *anaérobies* de la putréfaction. On comprend donc qu'ils souffrent et s'affaiblissent dans un milieu où l'oxygène est en petite quantité et où des éléments en voie de formation, qui en sont avides, l'utilisent activement à leur préjudice.

Nous ne risquons cette théorie que parce qu'elle nous semble à la fois être conforme aux doctrines régnantes et rendre bien compte des faits observés.

THÉRAPEUTIQUE

Sur une poudre de lin inaltérable, préparée pour la confection des cataplasmes.

Par M. A. Lailler, pharmacien en chef de l'asile de Quatre-Mares Saint-Yon (Seine-Inférieure).

Les expériences que j'ai faites, à plusieurs reprises, me conduisent aux conclusions suivantes :

1° La poudre de lin dont l'huile est éliminée, dans des conditions telles que cette élimination ne porte pas atteinte aux autres principes constituants de la poudre, conserve toutes les propriétés thérapeutiques de la farine de lin non *déshuilée*.

2° A poids égal, la première contient plus de mucilage, d'amidon, de substances albuminoïdes, etc., que la seconde.

3° Pour préparer un cataplasme d'une onctuosité et d'une consistance convenables, il faut 25 p. 100 de moins de poudre de lin privée d'huile que de poudre de lin ordinaire.

4° Les cataplasmes faits avec la première de ces poudres sont

moins lourds et se conservent plus longtemps chauds que ceux qui sont faits avec la seconde ;

5° Dans la confection des bouillies, l'odeur désagréable de gras qui se développe lorsqu'on emploie la poudre de lin ordinaire, ne se produit pas lorsqu'on emploie la poudre de lin déshuilée.

6° Enfin, et c'est là le point important, la poudre de lin sur laquelle j'appelle l'attention du corps médical et pharmaceutique ne rancit pas.

Après bien des essais, dont les premiers remontent à l'époque de la guerre franco-allemande, j'ai choisi, comme agent d'élimination de l'huile de la farine de lin, le sulfure de carbone.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juin 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Rapports. — M. **NICAISE** fait deux rapports : l'un sur une observation de M. Poulet, relative à une exostose de l'humérus au niveau de l'insertion du brachial antérieur. On n'a pu jusqu'ici réunir que six observations analogues ; l'autre sur un travail de M. Schwartz, relatif à un cas de synovite à grains rhiziformes des gaines carpo-métacarpiennes ; ouverture, curage, pansements antiseptiques, guérison.

Trépanation. — M. **DEMONS** (de Bordeaux) communique l'observation d'un malade auquel il a pratiqué, avec succès, une trépanation tardive des os du crâne. Il s'agit d'un jeune homme qui, après une chute sur la tête, fut pris d'accès épileptiformes. Ces accès devinrent extrêmement fréquents et se compliquèrent bientôt d'une hémiplégie complète. Près de six mois après l'accident, les troubles étant toujours les mêmes, M. Demons, appelé pour la première fois auprès du malade, proposa et fit une trépanation au niveau du sillon de Rolando. Le périoste ouvert, il vit une fêlure du crâne : c'est là qu'il appliqua la couronne du trépan. Au-dessous de ce point, il trouva de la pachyméningite ; au-dessous il ouvrit une sorte de kyste qui donna issue à un liquide séro-purulent ; enfin, au-dessous encore, il trouva la substance cérébrale elle-même altérée, en réséqua environ 1 centimètre. Puis il sutura la plaie, en plaçant un drain à la partie inférieure. Le soir même, le malade eut une petite attaque épileptiforme ; puis elles disparurent et n'ont plus reparu depuis environ un mois que l'opération a été pratiquée. Les suites de cette opération furent aussi favorables que possible.

M. **DESPRÉS** désirerait que ce malade pût être vu de nouveau dans six mois ; car alors, seulement, on pourra être sûr de la guérison.

M. **LE FORT** cite un cas analogue dans lequel il appliqua une couronne de trépan chez un malade qui, à la suite d'une chute sur la tête, avait eu des troubles intellectuels et des attaques épileptiformes. Après cette opération, dans la nuit même qui suivit, il y eut encore une attaque épileptiforme et ce fut la dernière. Voilà un an que le malade a été opéré et il n'a rien eu depuis.

M. **POLAILLON** fait ressortir l'importance, dans ces cas, des pansements antiseptiques, pour se mettre à l'abri de la méningo-encéphalite. Il cite l'exemple d'un enfant de neuf ans qui reçut un coup de pied de cheval et eut ensuite des attaques épileptiformes, de l'hémiplégie et de la pachyméningite. Il avait jusqu'à dix-sept accès en une heure. M. Sylvestrini appliqua une couronne de trépan. Le malade succomba à de la méningo-encéphalite. Cette observation fut présentée à l'Académie de médecine par M. Sylvestrini et fut l'objet d'un rapport de la part de M. Polaillon (voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1882).

M. **CHAUVEL** a appliqué une couronne de trépan dans un cas analogue à celui de M. Demons. Pendant les deux mois qui ont suivi l'opération, les attaques épileptiformes avaient complètement cessé, puis tous les accidents reparurent ; il se développa une névrite optique et le malade succomba un an après l'opération.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INFLUENCE DU TRAUMATISME SUR LES ÉTATS PATHOLOGIQUES ANTÉRIEURS.

M. **TRÉLAT** répond à la seconde communication de M. Verneuil. Le but de la première communication de M. Verneuil, dit-il, était de montrer qu'en dehors des accidents pyrétiques ou septiques nosocomiaux, les opérés peuvent succomber par suite de l'influence qu'exerce le traumatisme sur les états pathologiques antérieurs. J'accepte, quant à moi, ces conclusions de M. Verneuil ; je ferai seulement des réserves sur certains points. Dans sa seconde communication, M. Verneuil a un peu transformé son but et a cherché à prouver qu'une blessure accidentelle ou opératoire aggrave, dans un grand nombre de cas, singulièrement, les états pathologiques antérieurs.

Dans ma première réponse, j'ai été d'accord avec M. Verneuil sur le fond même du débat ; il l'a lui-même reconnu ; il n'y a donc pas lieu d'insister. Que cherchons-nous, en séance ? Quel est notre but ? Nous cherchons ce que d'autres, en particulier Paget, ont recherché avant nous, c'est-à-dire d'établir des règles tutélaires pour la pratique de la chirurgie. S'est-il produit ici des dissidences au sujet de l'influence des cancers viscéraux sur le pronostic des opérations ? Aucune. Nous avons tous, chirurgiens français, trop souci de l'état général des malades pour nous laisser entraîner à opérer, en présence d'individus atteints de cancers viscéraux. S'il nous arrive d'intervenir, le cancer restant méconnu, les malades succombent rapidement ; nous sommes tous d'accord sur ce point.

Il en est de même relativement à l'influence des affections chroniques des reins. Les néphrites chroniques, avec altérations anatomiques, sont des affections progressives, irrégulières dans leur marche ; comment pourrions-nous négliger de pareils éléments de pronostic ? Je n'élève, quant à moi, aucune contestation sur la gravité de ces faits. Il en sera de même des maladies du foie, etc. En résumé, il n'est pas un seul d'entre nous qui soit disposé à nier la gravité des cancers viscéraux, des néphrites chroniques, des affections du foie, etc., relativement au pronostic des opérations. Nous sommes tous d'accord sur ce point. Je ferai ici une profession de foi personnelle : Grâce aux progrès accomplis dans ces dernières années, nous sommes parvenus à diminuer dans une grande proportion les dangers des plaies. Mais il n'en est pas moins vrai que toute plaie entraîne ces trois choses : ébranlement nerveux, perte de sang, réparation. L'individu le plus sain, le mieux constitué, l'opéré le plus parfait, en un mot, aura toujours à fournir ces trois choses.

Où commence le désaccord avec M. Verneuil ? Sur un seul point, la théorie. Prenons un des exemples mêmes de M. Verneuil : un diabétique, victime d'un accident de chemin de fer, subit une attrition d'un membre inférieur, qui nécessite l'amputation ; l'opération est pratiquée ; le malade meurt ; M. Verneuil dit que c'est le traumatisme qui a aggravé le diabète et déterminé le coma diabétique ; moi je dis qu'il s'agit d'un diabétique chez lequel le coma s'est développé à propos de l'opération comme à propos de toute autre chose. M. Dreyfous a réuni dans sa thèse trente-huit à quarante observations de diabétiques sur lesquelles il relève neuf cas de coma diabétique. Si l'on recherche les causes à la suite desquelles ont éclaté ces comas diabétiques, on voit que, dans bon nombre de cas, ces causes sont des plus insignifiantes : Un diabétique sort pour se promener ; au moment de rentrer chez lui, il ne trouve pas de place dans les omnibus, manque son train ou monte trop vite ses escaliers ; coma diabétique, mort. En somme, la moindre contrariété, la moindre fatigue musculaire, la plus petite émotion peut, chez un diabétique, déterminer des accidents comateux. Donc, si ceux-ci surviennent après une opération, on peut tout aussi bien incriminer l'émotion causée par l'opération que l'opération elle-même.

Il en est de même pour les albuminuries transitoires : M. Capitan a soumis des animaux à des influences vives, violentes, variées ; dans la plupart des cas, il a ainsi déterminé, chez ces animaux, des albuminuries transitoires durant de vingt-quatre à quarante-huit heures. Le malade de M. Verneuil, qui a eu cette

augmentation légère de l'albuminurie à la suite d'une opération, n'est-il pas de tous points comparable à ces animaux ?

Voici un autre malade de M. Verneuil, maigre, jeune, et qui ne mange plus : il a une hernie étranglée ; M. Verneuil l'opère ; l'appétit ne revient pas et ce malade finit par succomber à sa dyspepsie incurable ; M. Verneuil croit devoir invoquer, pour expliquer la mort de ce malade, l'existence d'une cirrhose du foie à peine appréciable.

J'arrive au point le plus important de l'argumentation de M. Verneuil, à la tuberculose. Rappelons les exemples fournis par M. Verneuil : Jeune fille ayant les apparences d'une bonne santé, présentant cependant des signes de tuberculose pulmonaire, ponction d'un abcès de la cuisse, mort ; fongus bénin du testicule, ablation, mort ; coxalgie suppurée, ouverture spontanée d'un abcès de la cuisse, mort, etc.

En présence de quelle maladie sommes-nous ici ? De la tuberculose, qui ne procède pas d'un pas toujours le même, qui marche par à-coups, par surprises, vers une mort fatale, devant arriver plus ou moins brusquement, que vous opériez ou non votre tuberculeux. Du moment qu'il s'agit de tuberculose généralisée, les faits que vous avancez ne prouvent plus rien au point de vue de l'influence du traumatisme. Il faudrait prendre, d'un côté, mille tuberculeux n'ayant pas subi d'opérations et voir quelle est la moyenne de leur vie, puis prendre, d'un autre côté, mille tuberculeux ayant subi des blessures accidentelles ou chirurgicales, et comparer la moyenne de leur vie à la précédente. Tout tuberculeux est exposé à un accident fatal, imminent, et vous ne pouvez pas dire que le traumatisme soit pour quelque chose dans l'éclosion de cet accident. Cela est important, car il ne s'agit pas que de théorie, mais la conclusion toute naturelle qui découle de l'argumentation de M. Verneuil, bien qu'elle n'y soit pas émise, c'est que le chirurgien ne devra plus toucher un tuberculeux sous peine de voir aussitôt se déclarer la méningite tuberculeuse.

M. VERNEUIL proteste contre cette interprétation.

M. TRÉLAT se félicite d'avoir soulevé cette protestation de la part de M. Verneuil. Si vous voulez dire simplement : Défiez-vous des tuberculeux quand il s'agit de pratiquer sur eux une opération quelconque, nous sommes absolument d'accord. Mais il ne faut pas aller plus loin.

En somme, M. Verneuil a bien fait d'appeler de nouveau l'attention sur des faits connus mais insuffisamment traités, d'avoir apporté des matériaux considérables propres à faciliter l'étude de certains faits. Il importe, en effet, de considérer son futur opéré, d'en dresser l'inventaire. C'est là surtout l'enseignement pratique qui résultera de cette discussion.

M. MARJOLIN, sollicité par M. Verneuil, fait connaître les résultats de sa longue expérience sur l'influence du traumatisme sur le développement de la méningite tuberculeuse chez les enfants. Cette affection apparaît très fréquemment en dehors de toute influence traumatique, et M. Marjolin a été très étonné d'entendre M. Lannelongue publier un cas de méningite tuberculeuse survenu à la suite d'un traumatisme très léger, quand un an auparavant il a publié un assez grand nombre d'observations de résections coxo-fémorales suivies de succès chez des enfants atteints de coxalgie tuberculeuse. Il y là une contradiction qui n'échappera à personne. En résumé, M. Marjolin ne croit pas que le traumatisme, chez les enfants tuberculeux, les prédispose à la méningite tuberculeuse autant que semble le croire M. Verneuil.

M. VERNEUIL n'est responsable que de ce qu'il signe ; M. Trélat n'a pas encore pu lire le texte même de sa communication, ce qui lui aurait évité de commettre quelques erreurs. Il y a deux choses très différentes dans cette communication : des constatations et des interprétations ; sur les premières, M. Verneuil est très net et très précis ; sur les secondes, il se montre, au contraire, très prudent.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA MARINE ET DES COLONIES

Concours pour l'admission dans le corps de santé de la marine.

En exécution des décrets et règlements concernant le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les Écoles de médecine navale de Toulon, de Brest et de Rochefort, à partir du 16 août 1883, dans le but de pourvoir à onze emplois d'aide-médecin et à un emploi d'aide-pharmacien.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-médecin :

1° S'il n'est Français ou naturalisé français ;

2° S'il n'est âgé de dix-huit ans au moins ou de vingt-trois ans au plus, accomplis au 31 décembre de l'année du concours ;

3° S'il n'est reconnu propre au service de la marine après constatation faite par le conseil de santé ;

4° S'il ne justifie de deux années d'études dans une École de médecine navale, dans une Faculté ou dans une École préparatoire de médecine et de pharmacie ; dans ces deux derniers cas, le candidat devra établir son temps d'études en produisant ses inscriptions ;

5° S'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les Facultés, des candidats qui se présentent aux examens du doctorat.

6° S'il ne prouve qu'il a satisfait à la loi du recrutement dans le cas où il aurait été appelé au service militaire en vertu de cette loi.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-pharmacien s'il n'est pourvu des titres universitaires, exigés dans les Écoles supérieures de pharmacie, des candidats qui se présentent aux examens de pharmacie de première classe, et s'il ne réunit pas, d'ailleurs, toutes les conditions requises des étudiants qui concourent pour le grade d'aide-médecin.

Il est établi au secrétariat du conseil de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon, un registre pour l'inscription des candidats. Ce registre est clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

Au moment de l'inscription, le candidat dépose les pièces constatant qu'il remplit les conditions pour l'admission au concours. Il présente, en outre, les titres qui peuvent militer en sa faveur. Ces pièces sont rendues après les opérations du concours.

La circulaire ministérielle du 12 mai 1881 a fixé comme il suit les matières du concours pour le grade d'aide-médecin et le grade d'aide-pharmacien :

Pour le grade d'aide-médecin.

Premier examen (verbal). — Première partie : Anatomie descriptive : ostéologie, syndesmologie, myologie, angéiologie (artères, veines), névrologie des membres, position absolue et relative des viscères. — Deuxième partie : Préparation d'une pièce anatomique.

Deuxième examen (verbal). — Éléments de pathologie interne et de séméiotique.

Troisième examen (verbal). — Chirurgie élémentaire (théorie et pratique).

Quatrième examen (écrit). — Pharmacologie, pharmacie élémentaire, posologie.

Pour le grade d'aide-pharmacien.

Premier examen (verbal). — Première partie : Éléments d'histoire naturelle médicale. — Deuxième partie : Détermination de plusieurs médicaments d'origine organique.

Deuxième examen (verbal). — Première partie : Éléments de physique. Description d'un ou de plusieurs médicaments. —

Deuxième partie : Une préparation pharmaceutique au laboratoire.

Troisième examen (verbal). — Première partie : Éléments de chimie. — Deuxième partie : Manipulation chimique au laboratoire.

Quatrième examen (écrit). — Pharmacie.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Rapport au Président de la République française sur l'emploi, en cas de mobilisation, de médecins et de pharmaciens auxiliaires.

Paris, le 5 juin 1883.

Monsieur le Président,

L'article 39 (paragraphe 7) de la loi du 13 mars 1875 dispose que les jeunes gens appartenant à la disponibilité ou à la réserve de l'armée active, et exerçant des professions médicale ou pharmaceutique peuvent être nommés officiers de réserve, à la condition d'être pourvus du titre de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe.

Jusqu'à ce jour, les jeunes gens se trouvant dans ces conditions, et régulièrement proposés par les généraux commandant les corps d'armée, ont été admis, en qualité de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe, dans le cadre des officiers de réserve. Ils ont été répartis dans le corps de troupe et dans les ambulances, de manière à seconder, en cas de besoin, le personnel de santé du cadre actif.

Toutefois, quelque précieux que puisse être, à un moment donné, le concours de ces jeunes gens, il y a lieu de se préoccuper, dès le temps de paix, des besoins imprévus qui pourraient se produire le jour d'une mobilisation, et j'ai dû rechercher les moyens d'y pourvoir.

Après une étude approfondie de la question, j'ai reconnu qu'en cas d'insuffisance numérique du personnel de santé, soit dans les corps d'armée mobilisés, soit sur certains points du territoire, il serait possible d'utiliser les officiers de santé, les étudiants en médecine possédant douze inscriptions valables pour le doctorat et les pharmaciens de 2e classe, faisant partie des hommes dits à la disposition, ou appartenant soit à la disponibilité, soit à la réserve de l'armée active, soit à l'armées territoriale.

Ces unités, qui sont affectées en principe aux sections d'infirmiers, seraient utilisées, le cas échéant, non pas comme officiers, puisque l'article 39 de la loi précitée ne le permet pas, mais comme personnel auxiliaire. Leur position semblerait devoir être assimilée à celle des adjudants élèves d'administration du service des hôpitaux, et ils seraient scindés en deux sections distinctes, qui recevraient les dénominations de *médecins auxiliaires* et de *pharmaciens auxiliaires*.

Les étudiants possédant douze inscriptions valables pour le doctorat en médecine ne pourraient, toutefois, être admis au nombre des médecins auxiliaires, qu'après avoir subi un examen d'aptitude, dont les matières feraient l'objet d'un réglement ministériel spécial.

En temps de paix, le personnel des médecins et des pharmaciens auxiliaires serait désigné, d'avance, pour les emplois qu'il devrait occuper en cas de mobilisation. Il serait assimilé, au point de vue du service, aux médecins et aux pharmaciens de réserve et pourrait être appelé dans les mêmes conditions que ces derniers.

J'ai la conviction que ce contingent tiendra à honneur de seconder de son mieux, le cas échéant, le personnel de santé de l'armée active, de la réserve de l'armée active et de l'armée territoriale. Aussi ai-je l'honneur de vous prier, Monsieur le Président, de vouloir bien signer le projet de décret que j'ai l'honneur de vous soumettre à cet égard.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le Ministre de la guerre,
Thibaudin.

Le Président de la République française,
Sur la proposition du ministre de la guerre,

Décrète :

Art. 1er. — Les officiers de santé, les pharmaciens de 2e classe et les étudiants en médecine possédant douze inscriptions valables pour le doctorat, compris dans la catégorie des hommes dits à la disposition, ou appartenant soit à la disponibilité, soit à la réserve de l'armée active, soit à l'armée territoriale, peuvent être employés, en cas de mobilisation, au service médical de l'armée, à l'effet de seconder dans les corps de troupe, dans les hôpitaux ou dans les ambulances, les médecins et les pharmaciens du cadre actif, de réserve ou de l'armée territoriale.

Art. 2. — Ils sont nommés, selon leurs spécialités, à l'emploi de *médecin auxiliaire* ou de *pharmacien auxiliaire*. Toutefois, les étudiants en médecine possédant douze incsriptions valables pour le doctorat ne peuvent être nommés médecins auxiliaires qu'après avoir subi un examen d'aptitude dont les matières seront fixées par un règlement spécial.

Art. 3. — La position, dans la hiérarchie militaire, des médecins ou pharmaciens auxiliaires est celle des adjudants élèves d'administration du service des hôpitaux.

Leur solde, en temps de guerre, est la même que celle de ces adjudants élèves.

Leur uniforme est déterminé par un règlement spécial.

Art. 4. — Les médecins et les pharmaciens auxiliaires sont, à partir du jour où ils sont mis en possession d'une lettre de nomination, soumis aux mêmes règles de discipline générale et de service que les médecins et les pharmaciens de réserve ; ils peuvent être convoqués, en temps de paix, dans les mêmes conditions qu'eux.

Art. 5. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 5 juin 1883.

Jules Grévy.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

189. M. Rondet. Des éruptions dans la fièvre typhoïde. — 190. M. Ruelle. Étude clinique sur la tuberculose pulmonaire chez les vieillards. — 191. M. Lefranc. Contribution à l'étude de la lumière et de la chaleur considérées comme causes des maladies des yeux, chez les verriers principalement. — 192. M. Deschamps. Contribution à l'étude des complications pulmonaires de l'érysipèle. — 193. M. Guillon. De la pleurésie purulente dans la pneumonie. — 194. M. Sauvaget. Nécessité d'organiser la médecine publique. — 195. M. Couraud. Contribution à l'étude des dépressions, fistules cutanées congénitales et kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne. — 196. M. Fibich. Des arthropathies, de leur traitement par l'arthrotomie antiseptique. — 197. M. Duplaix. Contribution à l'étude de la sclérose. — 198. M. François. Quelques considérations sur les gommes de l'encéphale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — La première épreuve — composition écrite — s'est terminée mercredi soir, pour les candidats de la section de chimie et de physique. Le seconde épreuve — épreuve

orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation — a commencé hier jeudi soir. La première question donnée a été : Le phosphore et ses composés hydrogénés.

Voici l'ordre dans lequel les candidats sont appelés à subir cette seconde épreuve : 1° M. Pouchet; 2° M. Linossier; 3° M. Lembling; 4° M. Ville; 5° M. Blarez; 6° M. Imbert; 7° M. Doumer; 8° M. Bagnéris; 9° M. Guilhaud; 10° M. Bergonié.

— La deuxième épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'est terminée mercredi soir. Ont été admis à subir la troisième épreuve — consultation clinique — les treize candidats dont les noms suivent : MM. Barié, Brissaud, Chauffard, Comby, de Beurmann, Dreyfous, Hirtz (Edgar), Josias, Letulle, Lorcy, Lucas-Championnière, Martin et Renault. La troisième épreuve commencera demain samedi.

Les questions données à la seconde épreuve ont été : 1° la gangrène pulmonaire; 2° les gastrites chroniques; 3° la névralgie faciale; 4° la paralysie radiale.

— Par arrêté préfectoral, en date du 31 mai 1883 :

M. le docteur Landur, médecin de l'état civil de la septième circonscription du dix-huitième arrondissement, a été chargé du service dans la quatrième circonscription;

M. le docteur de la Tour de Lorde, médecin de l'état civil de la sixième circonscription du dix-huitième arrondissement, a été chargé du service dans la septième circonscription;

M. le docteur Dubroca, médecin du Bureau de bienfaisance du dix-huitième arrondissement, a été nommé médecin de l'état civil et chargé du service dans la sixième circonscription.

— M. le docteur Veyrat est nommé médecin du lycée de Chambéry, en remplacement de M. le docteur Carret, décédé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 10 juin 1883, à l'Isle-Adam et dans la forêt de Carnelle. Le départ aura lieu de la gare du Nord pour la station de l'Isle-Adam, par le train de sept heures vingt-cinq minutes du matin.

— Le cours public de géologie du Muséum se compose cette année de deux parties. Chargé de traiter la seconde, M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, commencera, le samedi 9 juin 1883, à quatre heures un quart, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, une série de leçons sur la constitution géologique de la France, qui continueront les mardis et samedis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14659.

81

Capsules Oberlin

Une des principales difficultés rencontrées dans l'administration de l'**Huile de Foie de morue**, de l'**Huile de Foie de Morue créosotée** et de l'**Huile de Ricin** est occasionnée par le goût nauséeux et désagréable de ces médicaments.

Avec les **CAPSULES OBERLIN**, les malades peuvent, grâce à l'élasticité et à la complète solubilité de ces Capsules, absorber vingt ou trente fois plus de médicaments qu'avec celles fabriquées jusqu'à ce jour.

Les **CAPSULES OBERLIN**, formées d'une enveloppe élastique, s'avalent aussi facilement que le bol alimentaire; elles ont trois dimensons (*petites, moyennes, grosses*) et contiennent :

3, 4 ou 5 gr. d'Huile de Ricin;
3, 4 ou 5 gr. d'Huile de Foie de Morue;
3, 4 ou 5 gr. d'Huile de Foie de Morue pure et 0g,10 de Créosote.

Pharmacie OBERLIN, 17, Place Cadet, Paris.
Envoi d'Echantillons à MM. les Médecins.

95

L'Acide Phénique du dr Déclat

Sirop et capsules d'**acide phénique**; sirop et capsules au **phénate d'ammoniaque**; *id.* au **sulfo-phénique**; *id.* **iodo-phénique**; huile de **morue phéniquée**; **glyco-phénique** à 10 0/0 pour usage externe, pansement, brûlures, herpès, eczéma, maladies utérines, hémorrhoïdes, etc. *Chassaing et Cie, 6, av. Victoria, Paris.*

13

La Réveille est la plus **tonique**, la plus **reconstituante**, la plus **digestive**, la plus **agréable** à boire de toutes les *Eaux bicarbonatées ferrugineuses gazeuses*. — 24 bouteilles, 15 fr. en gare d'Issoire, caisse et emballage compris.

Régie à Sauxillanges (Puy-de-Dôme).

38

Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Etablissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu 5 médailles d'or et 3 grands diplômes d'honneur.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

99

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

70

Liqueur des Dames

A BASE D'ANÉMONINE

Retirée de l'Anémone Puls, vulgairement appelée « FLEUR DES DAMES ».

(*Off. de Dorvault*, xe édit., p. 252.)

Très efficace dans les cas d'AMÉNORRHÉE et de DYSMÉNORRHÉE.

FACILITE L'ACCOUCHEMENT

MM. les docteurs qui voudraient bien faire l'essai de cette Préparation et constater ses excellents résultats, sont priés d'écrire au préparateur, M. ENJOLRAS, pharmacien, 16, cours de Brosses, à Lyon, *qui se fera un plaisir de leur en envoyer gratis un ou deux flacons à titre d'expérimentation.*

66

Cachets digestifs H. Mourrut

PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138; Académie de médecine, 12 août 1879.)

Phie CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39; 10, rue du Port Mahon, et principales pharmacies.

82

Globules du docteur de Korab

A L'HÉLÉNINE DE KORAB

90

Quina Anti Diabétique Rocher

Préparation spéciale contre le DIABÈTE

A base de GLYCÉRINE *redistillée et chimiquement pure.*

Les expériences faites sur des Malades ont donné de très-beaux résultats.

M. ROCHER met à la disposition de MM. les Médecins des Flacons d'échantillons qu'il envoie *gratis*, à titre d'expérimentation, sur demande adressée à la Pharmacie ROCHER, 1, rue Perrée, à Paris. — Flacon : **3 fr. 50.**

41

Rhumatismes. Guérison par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.

REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

80

Darbo 86, PASSAGE CHOISEUL, PARIS.

MEDECINE, *chirurgie* (appareils en ts genres).
CAOUTCHOUC (Emploi général du).
CEINTURES, *corsets* sans baleines, pr dames.
ALLAITEMENT artificiel et tous articles pour dames en couches, les nourrices, les bébés.

19

Institut hydrothérapique

3, rue du Dôme, avenue d'Eylau (28e année). Médecin en chef : E. DUVAL. Sous presse : *De la cure des maladies par l'eau froide;* clinique de 26 années de pratique. Traitt spécial des affections nerveuses et chroniques. — Jardin, gymnase.

6

Dragées et Sirop dépuratifs

DU DOCTEUR GIBERT,

Ancien secrétaire de l'Académie de médecine, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ces deux préparations, introduites dans la thérapeutique en 1841, sont employées avec succès, depuis cette époque, dans le traitement des **Affections syphilitiques, scrofuleuses et rhumatismales, des maladies rebelles de la peau** et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillerée à bouche de sirop contient 0,50 d'iodure de potassium et 0,01 de bi-iodure. 2 dragées équivalent à 1 cuillerée à bouche de sirop.

Les dragées conviennent tout spécialement aux *dames* et aux personnes *délicates* ou *fatiguées*.

Administrées, de même que le sirop, au milieu ou à la fin des repas, elles ne troublent pas la digestion, ne fatiguent pas l'estomac et n'occasionnent ni nausées, ni dégoût.

Exiger les signatures du docteur GIBERT et de M. BOUTIGNY, phien, et à l'étranger le timbre du gouvernemnet français imprimé en bleu sur l'étiquette de l'enveloppe.

Paris, phie BOUTIGNY-DUHAMEL, DESLAURIERS, successeur, 31, rue de Cléry, et dans toutes les pharmacies et drogueries.

120

Eau Minérale de Bussang

Gazeuse Naturelle

Souveraine contre la CHLOROSE, l'ANÉMIE et les maladies de l'ESTOMAC, des REINS et de la VESSIE. — RECONSTITUANTE.

Indiquée dans toutes les convalescences

On l'emploie à jeun ou aux repas, coupée avec de vin, ou mélangée à des sirops rafraîchissants.

Chez les Mnds d'*Eaux minérales* et bonnes Phies.

94

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, en outre, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies.

133

Quina-Laroche phosphaté

Les propriétés des phosphates associées à celles du quinquina, sont remarquables pour *développer l'appétit* et augmenter la *nutrition du système osseux et musculaire*, pendant la grossesse des femmes délicates et l'allaitement des enfants.

Paris, 22, rue Drouot. *[signature : Laroche]*

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

2

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge. *[signature : Rigollot]*

73

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

79

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 164 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

102

Vin de G. Seguin

« C'est un puissant tonique, pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très utile « pour empêcher le retour des fièvres intermit- « tentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, Pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

N° 67. — MARDI 12 JUIN 1883. 56e ANNEE. MARDI 12 JUIN 1883. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Charité. Fièvre larvée; fièvre pernicieuse; traitement de la fièvre intermittente. — Clinique d'accouchements. I. Insertion vicieuse du placenta, lenteur du travail, mort de l'enfant. — II. De la brièveté du cordon ombilical. — III. Un nouveau cas de cyphose. — Société de Biologie. — Société médicale des Hôpitaux. — Revue bibliographique. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Fièvre larvée; fièvre pernicieuse; traitement de la fièvre intermittente.

La fièvre intermittente n'est pas toujours caractérisée par des accès réguliers, comme je vous le disais tout à l'heure, au lit de deux de nos malades qui sont en ce moment dans nos salles sous l'influence de l'intoxication paludéenne contractée en Algérie. Mais, dans certains cas, elle se déguise sous ce que l'on a appelé la forme larvée et se manifeste alors de différentes façons. Tantôt ce sont des névralgies faciales ou temporales, parfois même sciatiques, qui reviennent à heure fixe et affectent une durée toujours la même; tantôt il s'agit d'une congestion pulmonaire avec étouffements plus ou moins intenses, râles sibilants, etc., qui se manifeste sous forme d'accès réguliers comme heure et comme durée. D'autres fois l'intoxication revêtira la forme de l'angine de poitrine avec tous ses symptômes présentant toujours la forme intermittente paludéenne, c'est-à-dire des maladies à quinquina.

Dans certains cas, les accidents sont plus graves et peuvent se présenter tantôt sous la forme d'un violent frisson, d'un refroidissement intense, tantôt sous l'aspect de sueurs profuses sans qu'il y ait eu de frisson initial. C'est à ces cas dangereux pour la vie qu'on a donné le nom de fièvre pernicieuse, soit qu'elle revête la forme comateuse, la forme délirante, la forme cholérique, la forme pneumonique, etc.

Ces phénomènes de fièvre pernicieuse, si dangereux qu'au deuxième ou au troisième accès ils peuvent entraîner la mort, se reconnaissent à la gravité des accidents suivis d'une amélioration subite, beaucoup trop rapide pour n'avoir pas un caractère certain de malignité.

Enfin nous devons savoir que tout individu qui a été sous l'influence de l'intoxication paludéenne, est sujet à voir cette influence se manifester de nouveau par des accès qui viendront compliquer toute maladie aiguë dont il serait atteint plus tard. De là ce précepte parfaitement raisonné que, dans un pays à fièvre, toute maladie aiguë (érysipèle et pneumonie principalement) est justiciable du sulfate de quinine. Aussi, pour peu que dans ce cas-là vous constatiez un retour régulier de la fièvre ou de certains symptômes, vous ne devez pas hésiter à prescrire ce médicament, car la complication est certainement alors plus importante à traiter que la maladie elle-même. Il est bien rare, en effet, qu'un individu intoxiqué soit atteint une seule fois de fièvre intermittente, alors même qu'il quitterait le pays où il a contracté la fièvre. Mais si, au lieu de s'éloigner, il continue à vivre dans le même milieu paludéen, et qu'il ait eu, à plusieurs reprises, des atteintes de fièvre intermittente, il y a grande chance que cet homme, avec le temps, se cachectise. Son teint revêt alors une coloration jaune pain d'épice, les forces diminuent, l'affaiblissement est général, la rate devient volumineuse, les extrémités inférieures s'œdématient en même temps que l'ascite se développe, en dehors même de l'hypertrophie de la rate, et par le fait de la diminution du nombre des globules du sang.

Ceci dit, passons à l'importante question du traitement.

Au siècle dernier, avant de recourir à la médication antipériodique, on avait l'habitude de préparer le malade par des évacuants, vomitifs ou purgatifs, afin, disait-on, que le médicament ait plus d'action. Cette méthode est aujourd'hui absolument abandonnée, à moins que le malade ne présente, avec sa fièvre, un peu d'embarras gastrique.

Le premier des antipériodiques a été le quinquina, médicament vraiment héroïque, avant la découverte duquel on n'avait guère d'autre moyen de traiter la fièvre intermittente que par le changement de lieu.

C'est en 1640 que le quinquina fut introduit pour la première fois en Europe, à la suite de la guérison de la femme d'un gouverneur du Pérou par des Indiens qui lui avaient recommandé l'emploi du quinquina. C'est en Espagne qu'il fut d'abord connu, de là en Angleterre, puis en France en 1660. En effet, Louis XIV, atteint depuis quelque temps déjà d'accidents de fièvre intermittente qui résistaient à tous les moyens employés, ayant ouï parler d'un charlatan anglais nommé Talbot comme possesseur d'un secret contre la fièvre, le fit venir auprès de lui, eut recours à ses soins et guérit rapidement. Aussitôt rétabli, il lui acheta son remède contre une pension viagère de 2,000 livres et une somme de 48,000 livres une fois donnée, lequel remède n'était autre qu'une teinture vineuse de quinquina.

A dater de ce moment, ce fut parmi les courtisans à qui userait du précieux antipériodique malgré certain arrêt de la Faculté qui en avait défendu, quelques années auparavant, l'usage.

Pendant toute la fin du XVIIe siècle, pendant le XVIIIe et le

commencement même du XIX[e] siècle, on ne se servit que du quinquina pour combattre la fièvre intermittente. C'est en 1820 seulement que, Pelletier et Caventou étant parvenus à extraire la substance active du quinquina, celui-ci fut remplacé par le sulfate de quinine.

Mais que l'on donne l'une ou l'autre de ces substances, c'est à doses élevées et non fractionnées que l'on doit la prescrire dans les pays comme la Bresse et la Sologne où la fièvre intermittente sévit endémiquement. C'est ainsi que l'on donnera soit de 8 à 12 grammes par jour de quinquina en poudre ou en teinture, soit de 1 gramme à 2 grammes de sulfate de quinine, à un adulte bien entendu. Quant au moment auquel on devra administrer ce médicament, tous les médecins ne sont pas d'accord; d'après Torti et ses partisans, il conviendrait de le donner au début de l'accès, afin d'avoir une action plus grande sur les accès subséquents; c'est ce que l'on a appelé la méthode romaine. Sydenham, au contraire, recommande de le donner en pleine pyrexie et mieux encore vers la fin de l'accès, lors de la période sudorale.

C'est encore la méthode qui prévaut actuellement, c'est celle qu'avait préconisée Bretonneau.

Pour moi, je ne suis de l'avis ni de l'un ni de l'autre, et comme il faut généralement agir promptement, peu m'importe le moment et je le donne dès que j'ai vu mon malade; je n'ai certainement pas la prétention d'agir sur l'accès en cours, mais j'ai toutes chances de prévenir ainsi le deuxième accès. Donc plus tôt on l'administre et mieux cela vaut. Cette règle est surtout importante lorsque l'on a affaire à une fièvre pernicieuse, car dans ce cas il est nécessaire de donner le plus de contre-poison possible, et, en commençant tôt, on peut arriver à donner deux doses avant l'arrivée de l'accès.

En résumé, agissez promptement s'il s'agit de fièvre quotidienne, de fièvre subintrante et surtout de fièvre pernicieuse, tandis que vous avez plus de temps devant vous, si vous êtes en présence d'une fièvre tierce ou quarte.

Aujourd'hui le quinquina est généralement abandonné et il n'est guère recommandé que chez les malades qui ont déjà pris beaucoup de sulfate de quinine, qui sont très affaiblis, très anémiques; dans ce cas, on prescrit le quinquina jaune en poudre à la dose de 8 à 10 grammes en une seule fois dans de l'eau ou dans un peu de miel.

L'administration du sulfate de quinine n'ayant pas seulement pour but de couper la fièvre, mais bien de chercher aussi à débarrasser le malade de son intoxication paludéenne, il faut empêcher que les accès ne se reproduisent les jours suivants, et pour cela continuer l'emploi des antipériodiques, d'après les règles suivantes parfaitement formulées par Sydenham, Torti et Bretonneau.

Lorsque la fièvre a cessé, au lieu de donner le sulfate de quinine tous les jours, vous ne le donnez plus que tous les deux jours pendant quinze jours; puis dans une nouvelle période de quinze jours, deux fois par semaine; enfin pendant un mois, une fois seulement tous les huit jours. En même temps vous prescrivez, comme adjuvant, un verre à bordeaux de vin de quinquina très bien préparé, tous les jours aux repas, ainsi qu'une eau ferrugineuse de table.

Enfin, dans le cas où le sulfate de quinine détermine des maux d'estomac, vous le mêlez à l'opium brut dans la proportion de 5 centigrammes pour 50 centigrammes de sulfate de quinine. L'opium a, dans ce cas, l'avantage d'insensibiliser la muqueuse de l'estomac.

Après le quinquina et le sulfate de quinine, d'aucuns ont vanté l'efficacité des préparations arsenicales (acide arsenieux, solution de Fowler, liqueur de Boudin). Si l'arsenic, en effet, est un bon médicament, cependant il ne faut pas trop compter sur son action pour guérir promptement la fièvre intermittente; c'est un bon tonique, mais qui agit trop lentement pour couper la fièvre; aussi n'est-il guère employé que dans les cas tout à fait bénins. Après lui viennent la cinchonine qui a peu d'activité, le chlorure de sodium l'eucalyptus et la teinture de béribéri dont on a vanté aussi les bons effets; mais aucun d'eux ne vaut encore la quinine.

Lorsque la fièvre intermittente dure depuis longtemps, que la rate reste considérable, qu'il y a, en un mot, cachexie paludéenne, un bon moyen pour triompher enfin de la persistance des accès est le changement d'air, une saison aux eaux minérales d'Encausse, par exemple; et si l'hypertrophie de l'organe splénique ne cède pas, je conseillerai au malade d'aller passer trois ou quatre semaines à Vichy ou bien de faire de l'hydrothérapie, de se faire administrer des douches en jets sur la région splénique, en même temps que les lois de l'hygiène seront sévèrement respectées.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. DEPAUL.

I. Insertion vicieuse du placenta, hémorragies, lenteur du travail, mort de l'enfant. — II. De la brièveté du cordon ombilical. — III. Un nouveau cas de cyphose.

I. Nous avons en ce moment une accumulation de faits intéressants, mais comme il m'est impossible de vous parler de tous en une seule séance, je vous entretiendrai aujourd'hui de ceux seulement qui me paraissent le plus importants.

Tout d'abord je vais vous citer la femme couchée au numéro 9 et dont l'enfant est mort pendant le travail. Il a succombé à une hémorragie de la mère résultant d'une insertion vicieuse du placenta. Il pesait environ 2,300 grammes. Cette femme était enceinte de huit mois, vivant chez elle tranquille, bien portante, sans fatigues, lorsqu'elle a senti tout à coup, certain jour, couler un peu de sang le long des cuisses; elle s'est mise immédiatement au lit, où elle aurait, dit-elle, sali très rapidement deux gros draps. Assez effrayée de cet accident, elle s'est fait transporter ici presque aussitôt après.

A son arrivée, le travail était déjà commencé et le col était effacé. — Je ne dois pas omettre de dire qu'elle avait eu déjà trois grossesses antérieures, terminées par deux fausses couches et la naissance d'un enfant à terme. — Je l'ai examinée dimanche matin, et ma première pensée était qu'il s'agissait d'une insertion anomale du placenta, il s'écoulait du sang comme cela n'a pas lieu dans un accouchement régulier. Il est, du reste, je le répète, de la plus haute nécessité, de savoir que lorsqu'une femme en travail perd du sang, il se passe quelque chose d'anomal dont on doit chercher la cause.

Bref, cette femme est restée sans accoucher pendant quarante-huit heures par suite de la lenteur du travail, de contractions utérines, irrégulières, plus longues que d'habitude quoique insuffisantes, comme dans certaines présentations ou dans certains vices de conformation du bassin. Cependant, la dilatation du col ayant augmenté et l'écoule-

ment sanguin continuant, Mme de Soyre a rompu les membranes dans la soirée du second jour, comme c'était indiqué, du reste, dans un travail aussi languissant, parce qu'en pareil cas il arrive assez souvent que cette rupture des membranes accélère le travail et hâte la terminaison de l'accouchement. C'est précisément ce qui est arrivé ici. L'expulsion du produit de la conception s'est faite rapidement, mais l'enfant était mort. Le placenta n'avait pas sa forme ordinaire, il était ovalaire et présentait sur une sorte de prolongement un gros caillot, c'est-à-dire au point où l'hémorragie s'était produite. De plus, en examinant les membranes on a pu voir que l'œuf s'était ouvert vers sa partie inférieure, que la déchirure était très voisine de l'insertion vicieuse du placenta.

Quant à la femme, une complication est survenue dans sa santé générale; nous avons trouvé, ce matin, une pneumonie commençante au sommet du poumon gauche, pneumonie accidentelle qui remonterait à deux ou trois jours; son état est assez inquiétant, mais il n'est pas désespéré.

II. Nous avons eu aussi deux cas intéressants au point de vue du cordon ombilical. Dans l'un il formait quatre circulaires autour du cou; il est vrai de dire qu'il était d'une longueur beaucoup plus grande que d'habitude, il mesurait 1m,07. L'enfant est né vivant.

Dans le second cas, nous avons constaté une exagération dans le sens opposé, c'est-à-dire une brièveté excessive. Le cordon mesurait seulement, du placenta à l'ombilic, 27 centimètres. Néanmoins il ne paraît avoir produit, dans l'espèce, rien de fâcheux, bien qu'il ait à peine la longueur suffisante si le placenta s'insère tout au fond de la matrice. Que se passe-t-il donc ordinairement en pareille circonstance? L'accouchement commence. Si d'une part la matrice tend à revenir un peu sur elle-même, d'autre part le nombril de l'enfant se trouve un peu plus bas placé; or il faudrait, dans ces conditions, que le cordon eût une longueur moyenne de 39 à 40 centimètres, à moins que, l'accouchement marchant très vite, les tiraillements n'aient que peu le temps de se produire.

J'ai vu de nombreux cas où la brièveté du cordon a amené des accidents fort graves ou tout au moins des phénomènes très douloureux. En effet, les contractions utérines amènent des tiraillements du cordon qui retentissent douloureusement sur la matrice et provoquent des douleurs spéciales, tout à fait différentes de celles de l'accouchement. Cette brièveté du cordon peut aussi déterminer des modifications dans les contractions utérines, rendre le travail lent, pénible; d'autres fois aussi il donne lieu à de petites plaies, d'où une tendance aux hémorragies. D'autres fois l'accouchement se termine par la naissance d'un enfant mort, et si l'on vient alors à examiner le placenta, on aperçoit à sa face fœtale des caillots résultant de son décollement par les tiraillements exercés naturellement sur le cordon.

C'est ainsi qu'il y a quinze ou dix-huit mois, j'étais auprès d'une jeune femme chez laquelle tout allait à souhait, lorsque dans un dernier toucher je vis mon doigt teint de sang, en même temps qu'il s'écoulait un peu de sang le long de la face interne des cuisses. Le fait était quelque peu inquiétant. J'observai pendant vingt minutes la marche du travail; rien de particulier ne se manifestait; mais le stéthoscope appliqué, à travers les parois abdominales de la mère, sur la région précordiale de l'enfant, m'indiqua un certain trouble dans la circulation fœtale, des battements du cœur plus faibles, moins fréquents. Toutes les trois ou quatre minutes, je continuai à ausculter l'enfant jusqu'au moment où, reconnaissant que sa vie était en danger, je dus intervenir avec le forceps pour terminer l'accouchement. L'enfant vint au monde dans l'état de mort apparente, et ce n'est qu'après d'assez grandes difficultés que je parvins à le ranimer. Le cordon était d'une longueur bien au-dessous de la normale.

III. Enfin je terminerai par quelques mots sur un nouveau cas de cyphose chez une femme enceinte, c'est-à-dire de déformation de la colonne vertébrale caractérisée par une convexité postérieure.

Les déviations de la colonne vertébrale sont multiples et importantes à connaître au point de vue de leur influence sur les dimensions du bassin, par suite sur l'accouchement. Ainsi, si, dans la scoliose, le bassin reste suffisamment grand pour accoucher, cette déviation n'entraînant pas fatalement un vice de conformation du bassin, il n'en est pas toujours de même chez les cyphotiques. En effet, dans ce dernier cas, la conformation du bassin dépend absolument du siège de la cyphose. Si celle-ci existe au niveau de la région cervicale, elle n'a aucune influence sur le bassin; si son siège est dans la région dorsale, son influence est encore à peu près nulle et l'accouchement est naturel. Mais si la cyphose règne au niveau des régions lombo-dorsale, lombaire ou lombo-sacrée, il n'en est plus ainsi et la déformation du bassin sera d'autant plus certaine et d'autant plus accentuée que la déviation vertébrale sera plus bas placée.

Chez la femme actuellement dans notre service, le siège de la cyphose est encore à peu près sans grande influence défavorable, le bassin est peu rétréci. Le détroit inférieur, peu diminué, mesurant, d'une tubérosité sciatique à l'autre, 10 centimètres au lieu de 11, chiffre normal. Dans ces conditions, l'accouchement, pouvant se faire naturellement, ne nous a pas inspiré d'inquiétude.

Tels sont les différents faits du service sur lesquels je voulais appeler aujourd'hui votre attention.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 juin 1883. — Présidence de M. Bouley.

COMMUNICATION

Bactériens. — M. NEPVEU fait une communication sur la présence de bactériens dans la sérosité péritonéale de sacs herniaires de hernies étranglées. On trouve là l'explication de la septicémie qui se produit parfois en pareil cas. C'est à cette septicémie et non à l'épuisement nerveux ou à toute autre cause que succombent les malades dans ces cas.

Anesthésie par un mélange de vapeur de chloroforme et d'air. — M. PAUL BERT continue ses expériences sur ce sujet. Avec 10 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air, un chien s'endort en quelques minutes; après cinq minutes environ, il est opérable. Si on lui fait respirer ce mélange directement par la trachée, il n'y a presque pas d'excitation. Il y en a presque toujours plus ou moins si l'on se contente de recourir à la muselière. Si on continue l'anesthésie avec un mélange de 12 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air, l'animal meurt au bout d'une heure. Au-dessous de 10 grammes pour 100 litres d'air, à 8 grammes, par exemple, il n'y a pas d'anesthésie bien nette; mais l'animal finit toujours par mourir après deux ou trois heures; à 6 grammes, il n'y a presque pas d'anesthésie, et l'animal meurt

entre cinq et huit heures après le début de l'expérience. A 4 grammes, il meurt en six à huit heures sans jamais avoir été anesthésié. Ainsi, pourvu que l'on prolonge suffisamment l'expérience, l'animal finit toujours par mourir, même sans qu'il ait été anesthésié.

Si on commence par donner un mélange de 12 grammes pour 100 litres, l'animal s'endort sans accidents. Si, quand il est endormi, on remplace ce premier mélange par un mélange à 8 p. 100, c'est-à-dire à 8 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air, l'animal est maintenu dans l'état d'anesthésie où il a été plongé par le mélange à 12 p. 100 et il est opérable pendant deux à trois heures.

L'expérience, répétée un grand nombre de fois, a donné toujours les mêmes résultats. Il y a donc lieu de croire que c'est là le véritable procédé pratique d'anesthésie par le chloroforme. Le sommeil est tranquille et s'accompagne d'une parfaite régularité de la respiration et de la circulation. Il y a là une supériorité manifeste sur les autres méthodes.

Influence des vapeurs des liquides anesthésiques sur la substance organisée. — M. DUBOIS, dans une précédente séance, a fait connaître les résultats de ses nouvelles recherches sur le mode d'action intime des vapeurs des liquides anesthésiques sur la substance organisée. Dès 1872, l'auteur annonçait, à propos du mode d'action thérapeutique de l'alcool, que certains agents toxiques ou médicamenteux semblaient agir en communiquant au milieu dans lequel baignent les éléments anatomiques, les propriétés physiques qu'ils possèdent eux-mêmes. En modifiant ainsi, par leur présence seulement, les conditions physiques du milieu, ils devaient nécessairement entraîner des changements dans les échanges cellulaires qui sont, comme on le sait, sous la dépendance des lois de l'osmose et de la diffusion. Ce qui semblait prouver la généralité de ce mécanisme, c'est que beaucoup de composés, surtout parmi ceux qui doivent être considérés comme de véritables agents toxiques, sortent de l'économie ou peuvent y séjourner un temps, souvent fort long, après avoir produit des phénomènes toxiques, et cela sans avoir subi eux-mêmes des modifications d'ordre chimique. Dès 1872 également, l'auteur cherchait à établir que le degré de toxicité des liquides organiques neutres diminuait avec leur puissance osmotique. On sait, depuis les travaux du physiologiste Béclard, que le pouvoir osmotique d'un liquide est en raison directe de sa chaleur spécifique. Ces idées générales furent exposées, vers la même époque, dans une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu de Paris par M. le professeur Béhier ; depuis, elles ont pris place dans l'enseignement de la thérapeutique générale à la Faculté de médecine, mais peut-être d'une façon prématurée, car de nouvelles recherches étaient et sont encore nécessaires pour bien former ce qui n'était qu'une hypothèse séduisante ou une théorie scientifique bien établie.

Plus tard, MM. Audigé et Dujardin-Beaumetz montrèrent par de nombreuses expériences que le pouvoir toxique des alcools est en raison directe de leur poids anatomique. C'est là un fait exact, au moins pour les alcools qui ne sont pas modifiés par l'estomac, mais on savait déjà que le poids atomique d'un corps était précisément en raison inverse de sa chaleur spécifique ou, si l'on aime mieux, que plus sa molécule est élevée, plus sa chaleur spécifique est faible. Il n'y avait donc là, en définitive, que l'application à un cas particulier et, sous une autre forme, de la théorie indiquée plus haut. Le pouvoir toxique devait être d'autant plus considérable que les échanges osmotiques étaient plus entravés, ou, ce qui est la même chose, que la nutrition générale était plus profondément troublée.

On avait bien dit déjà que l'alcool agissait comme modérateur de la nutrition, mais on n'avait sur ce point que des idées très vagues, et l'idée fixe que chaque poison ne s'adressait qu'à un tissu ou à un organe particulier, l'esprit de localisation en un mot, ne permettait pas alors de faire accepter facilement l'idée des poisons généraux, des poisons de la cellule. Aujourd'hui on admet plus volontiers, depuis quelques travaux fort récents d'ailleurs, que les poisons de la nutrition existent et que si les symptômes prédominent surtout du côté d'un système ou d'un organe, cela tient uniquement à ce que ce système, ce tissu, cet organe occupe dans la hiérarchie un rang plus élevé. Avec les anesthésiques, les tissus sont atteints successivement et par ordre d'importance, depuis la cellule nerveuse jusqu'au plus humble des éléments anatomiques, depuis l'animal le plus élevé dans la série jusqu'à l'être le plus inférieur, et depuis celui-ci jusqu'au végétal le plus différencié, tant au point de vue des fonctions que des tissus, ce qui est identique. Les premières expériences faites en 1872 sur la levûre de bière avec l'alcool, l'éther, le chloroforme, avaient fait supposer que les liquides n'arrêtaient la fermentation que parce qu'ils s'opposaient à la pénétration dans la cellule des principes nutritifs, en diminuant le pouvoir osmotique du véhicule, de l'eau qui les tient en dissolution. Mais les nouvelles recherches reprises depuis quelques mois seulement par M. le docteur Dubois lui ont montré que non seulement la pénétration des liquides nutritifs pouvait être entravée, mais encore que les vapeurs de ces liquides possédaient la propriété de faire sortir par exosmose des cellules les principes immédiats qui pouvaient y être contenus : que des phénomènes analogues aux désociations pouvaient être produits de la sorte, et que, dans tous les cas, des modifications d'ordre chimique pouvaient être la conséquence de l'action physique ou mécanique de composés qui ne subissaient eux-mêmes aucune altération d'ordre chimique ou autre. En soumettant à l'influence des vapeurs anesthésiques des semences de moutarde, des amandes amères, des feuilles de laurier-cerise, M. Dubois a montré, en outre, que les mouvements osmotiques qui étaient mis en jeu au sein des tissus pouvaient mettre en contact des composés susceptibles de donner naissance à des produits toxiques pour la jeune plante et empêcher la germination non seulement en suscitant des affinités chimiques capables de tuer les tissus dans lesquels elles se produisent, mais encore en dépouillant les cellules de certains de leurs principes constituants ou en modifiant ceux-ci par les dédoublements ou les dissociations qu'elles provoquent.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juin 1883. — Présidence de M. Millard.

COMMUNICATIONS

Isolement des varioleux. — M. RATHERY, chargé du service des varioleux à l'hôpital Tenon, a fait sur l'isolement de ces malades les remarques suivantes : La seule manière, selon lui, de pratiquer un isolement rigoureux, serait de créer un hôpital spécial. Mais la difficulté de trouver un emplacement convenable, le danger qui en résulterait pour la population voisine, les difficultés qui en seraient la conséquence pour l'enseignement des élèves rendent impossible une création de ce genre. C'est donc dans le mode d'isolement actuellement en faveur qu'il faut chercher les moyens de diminuer le plus possible les chances de contagion.

A Tenon, le service des varioleux ne semble pas avoir favorisé le développement des cas intérieurs. Les services d'isolement constituent cependant des foyers de contagion ; il faut chercher à en atténuer les effets. On se hâte quelquefois de prescrire le transfert de malades atteints d'éruptions autre que la variole, d'où un danger pour ces malades exposés pendant quelque temps à la contagion. Parfois il est impossible de se prononcer sur la véritable nature de l'éruption et l'on se trouve exposé à envoyer dans une salle de varioleux un malade qui ne l'est pas ou à laisser dans une salle commune un varioleux. On éviterait cet inconvénient en annexant au service des varioleux une chambre de deux ou trois lits où seraient placés ces malades dont le diagnostic est douteux.

Autre question importante, c'est la durée du séjour que devraient faire les varioleux dans l'hôpital avant de pouvoir être rendus sans danger à la vie commune. Hillairet admet que la variole est contagieuse pendant quarante jours. Il faudrait donc garder les

varioleux pendant six semaines à l'hôpital; c'est à peu près impossible, les malades réclamant impérieusement leur sortie dès qu'ils sont guéris; souvent même ils sortent avant un mois, malgré le médecin et le directeur qu'aucun règlement n'autorise à les garder malgré leur volonté. Malgré tout le respect qu'on peut avoir pour la liberté de chacun, il semble qu'ici comme pour le choléra, une quarantaine serait parfaitement justifiée. Il faudrait un asile spécial de convalescence pour les varioleux; autrefois il existait, à l'asile de Vincennes, un pavillon pour cet usage. En outre, les revaccinations devraient être obligatoires. L'administration devrait exiger de tout son personnel, étudiants et infirmiers, des certificats de vaccination récente.

M. Rathery, en terminant, appelle l'attention sur un dernier point : c'est l'impossibilité, pour un varioleux de la classe aisée, non domicilié à Paris, de se faire soigner ailleurs qu'à l'hôpital, la maison de santé ne recevant pas de varioleux. Il faudrait, dans un hôpital, un pavillon composé de quelques chambres payantes.

En résumé, M. Rathery réclame :

1° La création de salles d'attente pour les varioleux dont le diagnostic est douteux;

2° L'établissement d'un asile de convalescents spécialement réservé aux varioleux ;

3° L'obligation de la revaccination ;

4° La création de chambres payantes pour les varioleux de la classe aisée.

Traitement de certaines complications de la fièvre typhoïde par les bains froids. — M. DU CAZAL déclare n'être pas un partisan de la méthode de Brand parce qu'il est ennemi de toute médication systématique. Quant à la méthode de réfrigération proposée par M. Dumontpallier, elle n'est pas assimilable à la méthode de Brand ; c'est un mode de refroidissement lent tandis que le bain froid refroidit brusquement et c'est grâce à cette action brutale qu'il exerce une influence heureuse sur l'ébranlement nerveux. Ce sont les bains froids qu'a employés M. du Cazal, mais seulement contre quelques-unes des complications de la fièvre typhoïde.

C'est d'abord la bronchite contre laquelle les bains froids ont donné à M. du Cazal les résultats les plus heureux, en faisant disparaître ou en diminuant notablement la cyanose, la dyspnée, en facilitant l'expectoration. M. du Cazal pense d'ailleurs que la bronchite de la fièvre typhoïde est d'origine paralytique et non une bronchite *à frigore*. Il n'a jamais observé de pneumonie chez les malades traités par les bains froids.

Une autre complication, heureusement modifiée par les bains froids, est l'ataxie. Le délire disparaît, l'insomnie fait place au sommeil en même temps que la température s'abaisse.

M. du Cazal regarde l'hyperthermie comme une véritable complication de la fièvre typhoïde, complication dangereuse par elle-même, et il s'efforce de la combattre. Les bains froids lui ont encore ici donné les meilleurs résultats. Il n'y a recours que lorsque la température dépasse 40°. Aucun traitement n'a donné, à ce point de vue, de meilleurs résultats. Toutefois la digitale lui a également donné des succès, mais il faut l'employer à dose trop élevée par jour, 1gr,50 de poudre en infusion. Or il peut être dangereux d'employer à dose élevée un médicament cardiaque dans une maladie qui expose déjà par elle-même à la mort subite. C'est pourquoi M. du Cazal préfère les bains froids. La température de ces bains oscille entre 18° et 20°; les malades y sont laissés jusqu'à ce qu'ils soient pris d'un frisson.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ demande à M. du Cazal quelques renseignements sur les effets qu'il a obtenus avec la digitale, comparativement au sulfate de quinine et à l'acide salicylique. Il rappelle les bons effets que donnent les bains tièdes.

M. DU CAZAL répond qu'il préfère la digitale au sulfate de quinine et à l'acide salicylique. Toutefois cette médication par la digitale présente quelques inconvénients : d'abord la difficulté de se procurer de la bonne digitale, ensuite la nécessité de pousser la dose jusqu'à l'intolérance. C'est pourquoi il préfère les bains froids dont l'action d'ailleurs est plus rapide.

M. FÉRÉOL a essayé les bains tièdes et n'en a pas obtenu de bons effets, surtout comparativement aux bains froids. Les malades, après le bain tiède, conservent leur céphalalgie, et jamais on n'obtient le même abaissement thermique qu'avec les bains froids.

M. BUCQUOY dit que les bains tièdes donnent de très bons résultats dans les formes graves de la fièvre typhoïde, surtout dans les formes ataxo-adynamiques; ils activent les fonctions de la peau, poussent même à la transpiration, et l'on sait combien c'est là un symptôme favorable dans les cas graves. C'est là un symptôme plus agréable à constater que l'abaissement thermique obtenu par les bains froids. Enfin on constate, après les bains tièdes, des modifications très importantes dans l'état général des malades.

M. MARTINEAU rappelle que Trousseau employait très heureusement les bains tièdes prolongés dans la fièvre typhoïde.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rappelle avoir été l'un des premiers défenseurs des bains tièdes dans le traitement de la fièvre typhoïde. Il est de l'avis de M. Bucquoy et considère ces bains comme très effiaces dans les formes ataxiques. Avec les bains froids, on peut abaisser la température sans influencer l'état général; avec les bains tièdes, au contraire, on agit sur l'état général. Or il ne faut pas considérer seulement l'abaissement de la température, car on peut faire évoluer une fièvre typhoïde avec une température même inférieure à la normale, sans pour cela diminuer sensiblement la gravité de la maladie. Les bains tièdes sont un puissant moyen; ils doivent varier de 32° à 35°, selon les individus et selon le degré de l'hyperthermie; leur durée doit être environ de trois quarts d'heure.

M. DU CAZAL n'a pas parlé du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids; il a voulu seulement parler du traitement de certaines complications de la fièvre typhoïde.

M. CONSTANTIN PAUL a expérimenté rigoureusement la méthode de Brand. Au début de l'emploi de cette méthode, on est très satisfait des résultats obtenus ; les phénomènes nerveux s'amendent ; l'abaissement de la température n'est que passager; mais l'obligation de plonger le malade toutes les trois heures dans le bain fait qu'il n'a plus de repos et finit par devenir une cause de fatigue. En somme, les bains froids procurent une amélioration considérable des phénomènes nerveux, mais ce n'est pas une méthode antithermique, car l'abaissement de la température n'est que passager.

Si l'on supprime dans les tracés l'indication des bains, il est impossible de distinguer le tracé d'un malade traité par les bains froids de celui d'un malade traité par toute autre méthode.

M. TENESSON demande à M. du Cazal s'il a essayé de ne rien faire et de livrer la fièvre typhoïde à son évolution naturelle. On obtient le même abaissement de température, la même diminution des phénomènes, par une simple et bonne hygiène et l'on ne fait pas courir au malade les dangers de toutes ces médications énergiques.

M. DUMONTPALLIER proteste contre l'opinion qui vient d'être émise et déclare qu'il est du devoir du médecin d'agir en présence d'une fièvre typhoïde grave et de tenir compte des faits aujourd'hui connus dans le monde entier et relatifs au traitement de cette affection par le froid.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que faire de l'hygiène n'est pas ne rien faire.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire des maladies des voies urinaires (1), par M. le docteur F. MALLEZ.

Ce petit livre résume la diététique et le traitement médical des affections de l'appareil urinaire, en un mot tout ce qu'il y a à

(1) In-12 de 300 pages. Prix : 3 fr. — Paris, Delahaye et Lecrosnier

faire en dehors de l'action chirurgicale, pour la préparer, pour la faire tolérer et mieux encore pour l'éviter.

Résumé tout pratique du mouvement d'une clinique libre très fréquentée des malades et des médecins, cet ouvrage modeste semble avoir été fait surtout pour rendre service aux praticiens.

Les tableaux synoptiques du traitement de chacune des maladies de la vessie, de l'urètre ou de la prostate permettent d'embrasser d'un coup d'œil les ressources dont dispose la thérapeutique dans chaque cas. Les considérations physiologiques et cliniques, par lesquelles s'ouvrent les chapitres des médications diurétique, balsamique, laxative, hydrominérale, etc., sont toutes cliniques et témoignent d'études comparatives très complètes sur les médications diverses.

M. Mallez a fait suivre presque toutes les formules d'un jugement clinique. Peut-être pourrait-on désirer qu'il l'eût exprimé sous une forme numérique? Sur tant de cas, tant de succès. Ce sera évidemment la forme d'appréciation clinique dans l'avenir, après, bien entendu, le classement méthodique des cas par séries graduées.

Mais on comprend aisément la difficulté que ce travail eût présenté à l'auteur, recueillant ses observations dans une clinique libre où un certain nombre de malades ne sont pas toujours suivis pendant toute la durée du traitement.

A propos des injections vésicales, M. Mallez est revenu sur une question qu'il a abordée, il y a une quinzaine d'années (si notre mémoire nous sert bien) : la mesure de la puissance musculaire de la vessie, les degrés de la paresse vésicale et l'étude des divers excitants introduits dans le réservoir de l'urine pour réveiller sa contractilité diminuée ou abolie, depuis l'eau à la température moyenne de 28° à 30° centigrades jusqu'aux basses températures de 10° à 12° centigrades, les injections irritantes et la faradisation, sujet très intéressant qui sera certainement repris et que nous signalons comme l'une des choses qui méritent le plus d'être notées dans le livre très pratique et très consciencieux de M. Mallez.

Les Enchaînements du monde animal dans les temps géologiques. Fossiles primaires (1), par M. Albert GAUDRY (de l'Institut), professeur au Muséum.

La paléontologie fait entrevoir qu'un plan a présidé au développement de la vie. Dans ce nouvel ouvrage, édité avec les soins les plus honorables, M. le professeur Gaudry a pour but de passer en revue les animaux des temps géologiques, en notant les faits qui peuvent jeter quelque lumière sur le plan de la création du monde animal.

L'histoire des progrès de la paléontologie nous montre une première phase dans laquelle on a appris qu'il y avait eu, avant la venue des hommes, des créatures différentes des créatures actuelles. L'antiquité et le moyen âge n'ont pas connu la paléontologie ; les premières lueurs de cette science ont paru en Italie ; divers essais sont faits dans différents pays : en France, Cuvier fonde la paléontologie. Une deuxième phase permet l'établissement d'une chronologie géologique, basée sur les distinctions des fossiles des différents âges. Alcide d'Orbigny classe les étages géologiques et de nombreux auteurs se livrent spécialement à l'étude des animaux fossiles.

L'étude des enchaînements des êtres s'accorde avec la géologie. Le monde animal a subi des changements pendant les temps géologiques; les époques où des espèces nouvelles ont apparu sont nombreuses; l'idée de la création continue tend à se substituer à celle des créations multiples. La vie, prise dans son ensemble, paraît avoir poursuivi, sans interruption, sa marche à travers les âges ; les interruptions, qui ont donné lieu à ce qu'on appelle des étages géologiques, n'ont été que des phénomènes locaux. Les derniers sondages faits à bord du *Travailleur* montrent que des superpositions d'êtres différents ont pu se produire, sans qu'il y ait eu de changements dans l'ensemble du monde organique.

(1) In-8°. Prix : 10 fr. — Paris, F. Savy.

M. le professeur Gaudry, dans le volume placé sous nos yeux, ne nous présente, en quelque sorte, que le premier tome d'une série de volumes qu'il désire consacrer à l'étude des enchaînements du monde animal dans les temps géologiques. Il ne va donc traiter que des fossiles primaires.

De ces fossiles, les premiers étudiés sont les foraminifères qui montrent que la fonction ne dépend pas forcément de l'organe. Relativement rares dans les terrains anciens, les foraminifères ont été classifiés en tenant compte tantôt de leur structure intime et tantôt de leur forme extérieure, il n'y a pas plus de fixité dans l'une que dans l'autre de ces divisions. Viennent les radiolaires et les spongiaires.

Les polypes primaires présentent, comme les foraminifères, des passages entre les divisions basées sur la structure intime, aussi bien qu'entre celles basées sur les modes de groupement.

Les échinodermes primaires, par la connaissance imparfaite de leurs homologies, présentent de grandes difficultés dans l'étude de leur filiation.

Après les brachiopodes primaires, l'auteur étudie nécessairement les bivalves et les gastropodes primaires, les céphalopodes, les articulés, les poissons et les reptiles primaires.

Le moment de conclure n'est pas arrivé. M. le professeur Gaudry accumule les faits ; il nous les présente avec la plus grande rigueur scientifique ; 285 gravures dans le texte d'après les dessins de Formant, font passer sous nos yeux les types des collections du Muséum, de l'École des mines et des collections particulières. Il y a toute une riche accumulation qui fera attendre avec impatience le livre consacré aux êtres secondaires ; puis celui qui traitera des êtres tertiaires et enfin celui des êtres quaternaires.

C'est alors seulement que nous demanderons à l'éminent professeur sa dernière pensée sur ces magnifiques « Enchaînements du monde animal dans les temps géologiques ». Retenons seulement, pour l'instant, cette déclaration de l'auteur, — déclaration courageuse pour l'époque que nous traversons : — « A la lumière de la paléontologie, nous voyons que chacun de nous n'est qu'un point dans l'immensité des âges et des espaces. Ce que nous savons n'est rien comparativement à ce que nous ignorons. Mais, si petits que nous soyons, c'est un plaisir et c'est même un devoir pour nous de scruter la nature, car la nature est un pur miroir où se réfléchit la Beauté Divine. »

Petite Flore parisienne (1), par M. le docteur E. BONNET.

Avec la belle saison recommencent les herborisations qu'on ne saurait trop recommander, non seulement au point de vue scientifique, mais au point de vue de la meilleure hygiène. Dans ces promenades, où naissent de si bonnes amitiés, que de livres n'avons-nous pas eus tour à tour dans les mains ! Au début, c'était le Dubois ; plus tard le Mérat, puis le Cosson et Germain ; puis le Bautier, puis le Lefébure de Fourcy. Tous ces livres avec leurs mérites et leurs défauts, leurs enthousiastes et leurs détracteurs; et cependant chacun, à son heure, était venu avec tout l'attrait du progrès. Plus le livre était petit, plus facilement il se glissait dans la poche : on le consulte si peu en course, et cependant on est si heureux de pouvoir lever un doute. Lefébure de Fourcy avait la palme, tant son livre était petit, mais que de choses il contenait et que d'artifices typographiques pour atteindre ce résultat ! Rentré chez soi, on avait sur sa table son Cosson, et les générations qui, depuis 1840, ont successivement herborisé les environs de Paris se sont servies de cette œuvre si consciencieusement et si bien tenue au courant de la science.

Notre surprise a donc été grande en recevant une *Petite Flore parisienne*, qu'un de nos confrères de la Société botanique de France, M. le docteur E. Bonnet, vient de publier.

Préparateur au Muséum d'histoire naturelle, M. Bonnet nous est connu par quelques articles intéressants de critique botanique parus dans diverses publications. Il se préparait ainsi à nous donner le livre que nous avons sous les yeux.

(1) In-18. — Prix : 5 fr. — Paris, F. Savy.

« Depuis vingt-cinq à trente ans, la botanique descriptive s'est augmentée, je ne dirai pas enrichie, d'un assez grand nombre d'espèces créées aux dépens des anciens types : je me suis appliqué à rechercher ces formes, généralement négligées des auteurs parisiens, et je les ai indiquées toutes les fois qu'il m'a été possible de les reconnaître à des caractères suffisants ; il m'a paru nécessaire de distinguer ces espèces de création récente par une typographie spéciale ; car, si je pense qu'il est bon de mentionner les différentes formes végétales qui composent la flore d'une contrée, j'avoue que je ne puis accorder à tous une valeur égale. »

En parlant ainsi, M. Bonnet a parfaitement raison. Étudions, relevons les formes végétales ; mais n'en faisons point des espèces ; n'émiettons pas les bonnes espèces. On a déjà assez nui à la science en agissant ainsi.

Il faut feuilleter, tourner et retourner cent fois les pages d'une flore pour la juger consciencieusement. Une flore est un outil, on ne la juge qu'à l'usage. Nous souhaitons donc à M. Bonnet de voir son travail couronné de succès ; voici le renouveau, chacun de s'éparpiller par les champs, les vallées et les plaines. Emportons donc la « Petite Flore parisienne » et rappelons-nous que le meilleur service à rendre à un auteur est de lui signaler les difficultés qu'offre le maniement de son livre, les erreurs qui ont pu lui échapper et les corrections d'une certaine importance.

Et c'est en tenant bonne note de ces observations que l'auteur d'une flore parvient à la faire classer et adopter par le monde botanique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — Les questions données jusqu'à ce jour aux candidats de la section de chimie et de physique pour l'épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation, sont : 1° Les acides tartriques et les tartrates ; 2° Du potassium et de ses principaux sels ; 3° La pile hydro-électrique.

Le jury a décidé que les séances auraient lieu tous les jours, sans exception autre que celle du dimanche.

— L'épreuve écrite du concours pour la section des sciences physiologiques et anatomiques s'est terminée samedi soir. La seconde épreuve, — épreuve orale de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation, — commencera ce soir.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir aujourd'hui à l'administration centrale de l'Assistance publique pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer, se compose de MM. les docteurs Guéniot, président; Danlos et Moizard, juges titulaires.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Vinay, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1882-1883, du cours clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Artaud, décédé.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Hallois (Jean-Baptiste-Léon-Marie) est nommé préparateur d'hygiène, en remplacement de M. Saunier, démissionnaire.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Lachaize, docteur en médecine, suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, est nommé, en outre, pour une période de dix ans, chef des travaux anatomiques.

— M. le docteur Aiguilhon de Sarran fera huit leçons avec démonstrations pratiques sur la chirurgie dentaire, à sa clinique, rue Suger 13. La première leçon aura lieu le vendredi 15 juin, à cinq heures du soir.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14669.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Pitié. Le microbe de la tuberculose. — Académie de Médecine. — Instruments et Appareils. — Ministère de la Guerre. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Enfin voilà que l'Académie est appelée à se prononcer sur la plus capitale des causes qui multiplient depuis quelque temps les cas de fièvre typhoïde et qui rendent les épidémies plus meurtrières chaque année.

Cette cause, c'est le déversement des matières fécales dans les égouts.

S'il reste des doutes sur la nature de l'agent de transmission de la fièvre typhoïde, tous les médecins, du moins, sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître que cet agent se trouve en grande quantité dans les déjections des malades, portant la contagion partout où ces déjections se répandent.

Nous n'avons pas besoin de rappeler ici les faits si probants rapportés par MM. Noël Gueneau de Mussy, Henri Gueneau de Mussy, etc., faits qui démontrent sans conteste l'extrême nocuité possible des matières fécales des typhiques.

Et ce n'est pas seulement la fièvre typhoïde qui se transmet par cette voie. Un grand nombre de maladies contagieuses, — parmi lesquelles nous citerons, d'après notre expérience personnelle, la dysenterie, — sont dans le même cas.

Si donc on voulait rendre une ville aussi malsaine que possible, y propager le plus possible les épidémies les plus dangereuses, il y aurait un moyen bien simple : ce serait d'étaler les matières fécales provenant des malades, sous les rues principales, dans des égouts communiquant avec ces rues par des regards et déversant sur les passants leurs émanations de tout genre.

De cette manière, quelle que puisse être la pente des égouts, quelle que puisse être la quantité d'eau dont on dispose à toute époque pour y entretenir un courant rapide, on serait bien sûr que, grâce aux changements de niveau amenés forcément par les averses, il resterait toujours attaché contre les murs assez de dépôt de matière contaminée pour infecter la ville et y entretenir à l'état permanent les épidémies une fois produites.

Bien entendu, si la pente fait défaut, si l'eau peut manquer, si les matières solides peuvent s'accumuler en couches profondes, toutes les conditions favorables à la contagion se trouveront portées au summum.

Ceux qui admettent les doctrines de M. Pasteur ne verraient qu'un nouveau danger dans le mélange d'une certaine quantité d'eau chargée d'oxygène, qui rendrait possible la culture de microbes aérobies dans un liquide chargé de substances animales. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de cette théorie, on a vu des épidémies se propager par des eaux courantes souillées de déjections morbides.

Il y a donc un fait indéniable, incontestable, c'est que le déversement des matières fécales dans les égouts constitue un danger public.

Ce danger s'accroît chaque année, car le système de *Tout à l'égout* fait malheureusement des progrès continuels dans la pratique des constructeurs d'immeubles.

On peut donc prévoir que si cette mode se continue, il viendra un temps où Paris sera le grand conservatoire de toutes les épidémies, le laboratoire de culture des principes de contagion.

Que l'Académie jette un cri d'alarme, comme le lui demande M. Le Fort; qu'elle le jette assez énergique pour émouvoir, s'il est possible, malgré leurs idées préconçues, les ingénieurs, les architectes, les administrateurs partisans d'un système qui menace la vie de chacun. Qu'elle proclame la loi suprême d'intérêt public, sans se préoccuper de savoir si d'autres intérêts en peuvent être froissés. Qu'elle dévoile la vérité sans ménagement et sans réticence. Elle ne fera que son devoir.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Debove.

Le microbe de la tuberculose.

Je me propose de traiter, en commençant les leçons dont je suis momentanément chargé dans cet hôpital, par suite du triste évènement qui m'amène parmi vous, la mort de l'éminent professeur Lasègue, je me propose, dis-je, de traiter aujourd'hui un sujet général, en raison même du public qui me fait l'honneur d'assister à cette première conférence et des amis qui ont bien voulu, par leur présence, me donner un nouveau témoignage de leur sympathie.

Parmi les sujets qui passionnent actuellement le plus peut-être tous les médecins, je trouve, au premier rang, la question des microbes.

Je commencerai, du reste, par vous dire que je suis microbien. Oui, je suis de ceux qui croient que les microbes

jouent un rôle considérable dans un grand nombre de maladies. Bien des savants ne l'admettent pas encore, je le sais, et les doctrines que je vais soutenir devant vous ne sont pas universellement acceptées, c'est même pour cette raison que je tiens à vous en parler. Du reste, mon intention est de vous exposer toutes les pièces du procès, tant les arguments pour que ceux qui lui sont contraires.

Vous savez que les doctrines microbiennes ont été introduites dans la pathologie par M. Pasteur. Il est certain qu'avant lui on avait déjà dit et soutenu que les infiniment petits jouaient un grand rôle dans les maladies, mais une découverte n'appartient pas à celui qui annonce un fait, mais bien à celui qui le démontre; c'est pourquoi nous devons en rapporter tout le mérite à M. Pasteur. Ce n'est pas par hasard que l'illustre chimiste s'est occupé de médecine et des questions de pathogénie; en étudiant les fermentations, il avait reconnu que celles-ci sont dues à des organismes inférieurs, qu'elles ne sont pas le résultat de la génération spontanée, mais bien du développement de germes apportés du dehors. C'est ainsi qu'il fut amené à s'occuper de certaines affections produites par ces organismes inférieurs, maladies en tête desquelles nous devons placer le charbon, lequel avait été déjà l'objet des recherches de Davaine qui y avait découvert de petits animalcules, de véritables bactéries.

Les travaux de Davaine et de Pasteur ont un très grand intérêt pour nous autres pathologistes, car les données actuellement acquises sur le charbon peuvent parfaitement s'appliquer à un grand nombre d'autres affections, sans pour cela qu'il faille trop les généraliser ni vouloir les étendre à toutes les affections contagieuses.

Les théories et les hypothèses sont intimement liées aux progrès scientifiques et aux grandes découvertes, mais il faut bien savoir distinguer le fait de la théorie, le fait qui reste de la théorie qui change et pousse les gens du monde à considérer la médecine comme une science obéissant aux caprices de la mode.

Mais je reviens aux microbes. Je ne vous parlerai pas ici des maladies charbonneuses, parce qu'il peut se faire que l'année s'écoule sans que nous ayons l'occasion d'en observer un seul cas dans nos salles. Cependant, s'il s'en présentait, je ne le laisserai pas échapper sans vous en entretenir. Mais le motif qui me fait mettre de côté ce sujet n'existe pas, tant s'en faut, pour la tuberculose; nous n'avons malheureusement que trop souvent l'occasion de l'observer et de la soigner; un tiers peut-être des malades qui passent dans notre service sont des tuberculeux. Une des dernières statistiques hebdomadaires ne nous dit-elle pas aussi combien est grand le chiffre des morts phtisiques, 250 sur 1,300 décès.

Je vais donc consacrer cette leçon à la tuberculose, non pas que je veuille en exposer ici l'histoire complète, mais seulement attirer votre attention sur les points principaux.

Nos connaissances scientifiques sur cette affection remontent surtout à Laënnec. Du premier coup il l'embrassa de telle façon que si l'un de vous me demandait où il peut le mieux étudier la tuberculose, je lui indiquerais Laënnec et son œuvre qui n'a pas vieilli, quoiqu'elle remonte déjà loin, car il a surtout étudié des faits, car il n'a parlé que de ce qu'il a vu et il n'a fait qu'une très petite part à la théorie. Or ce qu'il a vu, nous le voyons tous les jours, aujourd'hui comme autrefois. Ses successeurs ont cherché, dans leurs travaux, à modifier son œuvre, les uns en perfectionnant l'auscultation, en découvrant quelques petits bruits; d'autres ont cherché à pénétrer la structure intime du tubercule, s'occupant surtout d'anatomie pathologique. C'est là aussi où nous trouvons dans Laënnec quelques points théoriques. En effet, l'éminent pathologiste considérait le tubercule comme un corps étranger, tandis que Broussais le regardait comme un produit inflammatoire. Que de volumes n'a-t-on pas écrits sur les causes de la tuberculose, c'est-à-dire sur les causes prédisposantes seulement! Mais l'auteur qui, le premier, a su découvrir sa cause véritable, est un professeur du Val-de-Grâce, Villemin, lequel a démontré que cette affection était inoculable. Certainement il a eu des précurseurs, et, pour ne citer que l'un des plus célèbres, nous prononcerons le nom de Morgagni, qui redoutait de faire l'autopsie de gens morts phtisiques, de peur de contracter à son tour la tuberculose. Mais à Villemin revient l'honneur d'avoir démontré l'inoculabilité de la maladie. En effet, il a pris de la matière tuberculeuse sur des granulations transparentes et l'a inoculée sous la peau d'un lapin. En 15 ou 20 jours, l'animal devenait tuberculeux et succombait à la généralisation du tubercule dans les poumons, dans la plèvre, dans le foie, dans la rate, dans les reins, etc. Les auteurs allemands ont modifié les expériences de Villemin; puis M. Chauveaux a imaginé aussi un autre procédé d'inoculation, il a rendu des génisses tuberculeuses en leur faisant ingérer de la matière tuberculeuse.

Certaines objections ont été faites aux travaux de Villemin, les unes sont d'ordre moral, les autres sont basées sur l'expérience. En effet, nombre de médecins praticiens ont accueilli avec défiance ses travaux, parce qu'il est dans notre esprit de réagir contre toute découverte nouvelle, à cause du nombre de celles qui, avec le temps, sont reconnues fausses. Au premier abord, cela paraît très simple de vérifier une expérience; mais, en réalité, cela est beaucoup plus difficile qu'on ne croit. Aussi certains expérimentateurs, n'aboutissant qu'à des résultats contraires, ont nié l'efficacité des inoculations de la tuberculose; d'autres ont soutenu que si la tuberculose était directement inoculable, des matières quelconques pouvaient également rendre les individus tuberculeux. Mais si les résultats qu'ils ont obtenus paraissent justifier cette manière de voir, cela tient à certaines causes d'erreur. D'abord parmi les matières qui avaient été inoculées, un grand nombre étaient elles-mêmes des produits tuberculeux. D'autres fois on avait opéré sans prendre les précautions nécessaires, avec des instruments malpropres ou insuffisamment nettoyés ou purifiés. De plus, les expériences avaient lieu dans un amphithéâtre d'hôpital, et les animaux inoculés séjournaient dans un milieu imprégné du virus tuberculeux. Parfois encore on enfermait dans un même local, avec des animaux inoculés de matière tuberculeuse, des animaux auxquels on avait inoculé toute autre substance, de telle sorte qu'il y avait là l'influence de la cohabitation. Enfin, dans certains cas, on a confondu la tuberculose vraie avec la fausse tuberculose, l'inoculation de matières inertes, telles, par exemple, que de la poudre de lycopode, pouvant déterminer des lésions qui simulent absolument la tuberculose, comme l'a très bien démontré M. Hippolyte Martin.

En résumé, la tuberculose est une maladie spécifique, une maladie virulente, ne pouvant dériver que d'elle-même, c'est-à-dire se reproduisant par un virus dont la dose peut être insignifiante. Si nous choisissons comme exemple la syphilis, nous verrons qu'il suffit de prendre une quantité infiniment petite du liquide d'une plaque muqueuse et de

l'introduire sous la peau d'un autre individu pour le rendre syphilitique, de telle sorte que le sang de ce second individu donnera à son tour la syphilis à celui auquel on l'inoculera. De plus, quel est l'enchaînement des accidents syphilitiques? D'abord un accident local ou chancre; puis un deuxième point est envahi, enfin la maladie se généralise. Eh bien, ce que nous voyons pour la syphilis, nous le constatons également pour la tuberculose, où l'accident est local tout d'abord, où les ganglions se prennent ensuite, et l'infection se généralise enfin.

Mais qui dit maladie virulente, ne dit pas pour cela maladie parasitaire; elle permet seulement de le supposer. M. Bouchard, il y a déjà trois ans, soutenait que la tuberculose était une affection parasitaire, sans avoir cependant découvert son parasite; aussi cela ne suffit-il pas; pour prouver le fait, il fallait le démontrer. M. Toussaint et quelques autres expérimentateurs avaient cru l'avoir trouvé, mais il est aujourd'hui démontré que leur parasite n'était pas celui de la tuberculose. La découverte du véritable parasite de cette affection a été réellement faite par Robert Koch, qui s'est servi des procédés employés par M. Pasteur pour la découverte de la bactéridie charbonneuse, c'est-à-dire : 1° en découvrant ledit parasite sur des tuberculeux; 2° en l'isolant; 3° en l'inoculant, et démontrant que l'on reproduit ainsi la maladie primitive. En un mot, je le répète, en employant la méthode de M. Pasteur, la méthode des cultures successives.

On prend une goutte d'un sang contenant des parasites, on le cultive dans un liquide spécial, tel qu'une urine neutre ou alcaline; on prend une goutte de ce liquide ensemencé, on la met dans un second liquide de culture et ainsi de suite jusqu'à la quinzième ou la vingtième culture, laquelle contient encore le parasite et ne contient que lui comme capable de reproduire la maladie primitive. Tel est le procédé de M. Pasteur qui a été suivi par Koch, et je le dis ici sans avoir l'intention de vouloir diminuer en rien le mérite de ce dernier.

Koch a commencé par découvrir le parasite de la tuberculose comme Davaine avait découvert celui du charbon, et il a décrit ses caractères qui permettent de le reconnaître avec la plus grande facilité. C'est un bacille dont la longueur égale 2 millièmes de millimètre et dont la largeur atteint le cinquième ou le sixième de sa longueur. Il renferme souvent des spores, sous forme de taches blanches, arrondies; il est dénué de tous mouvements; on le rencontre dans tous les produits tuberculeux. En un mot, la tuberculose est constamment caractérisée par un bacille particulier que l'on ne rencontre que dans cette affection. Koch a cultivé le parasite en question dans le sérum sanguin préalablement stérilisé, en se servant de matière tuberculeuse aussi fraîche que possible, recueillie sur un être vivant. Quinze ou vingt jours plus tard, il voyait apparaître des points opaques qui n'étaient autre chose que des colonies de bacilles, dont il s'est servi ensuite pour des cultures successives jusqu'à la quinzième culture, où il est parvenu à isoler complètement le bacille de la tuberculose. Inoculant alors une goutte de ce dernier liquide à des animaux, il les a rendus plus facilement tuberculeux qu'avec le liquide des premières cultures, ce qui s'explique facilement par la plus grande pureté du liquide renfermant le bacille. Il a pu ainsi tuberculiser les animaux, chiens et chats, qui résistent le mieux ordinairement à l'inoculation de la tuberculose.

En résumé, des faits que je viens d'exposer à grands traits, il résulte que la tuberculose est bien une maladie parasitaire, ce qui doit certainement modifier grandement les idées généralement admises sur l'anatomie pathologique, le pronostic et le diagnostic de cette affection.

A l'occasion de cette leçon, M. le professeur Grasset (de Montpellier) a adressé à M. Debove les objections suivantes que nous reproduisons d'après la *Semaine médicale* :

Vous concluez du bacille et de sa culture au parasitisme, comme tout le monde. C'est là ce que je ne puis pas admettre. Pour que le bacille soit un parasite, il faut que ce soit un être à part, comme le ténia ou l'acarus, sans analogue possible dans l'économie, saine ou malade. Mais si les bactéries sont des éléments anatomiques comme la cellule géante, toutes les recherches récentes, tout en restant pleines d'intérêt, ne démontrent plus aucunement la nature parasitaire de la tuberculose. Toute la question est donc de savoir si, dans des circonstances anomales, morbides, particulières, on ne peut pas voir se développer des bactéries dans l'organisme, sans pénétration aucune du germe extérieur, uniquement par la transformation des éléments normaux de nos tissus.

Eh bien! sur ce point, MM. Béchamp et Estor, dont j'ai beaucoup suivi les travaux, me paraissent avoir démontré nettement :

1° Qu'il existe dans nos tissus des granulations moléculaires, élément dernier de divisibilité physiologique; 2° que ces granulations moléculaires peuvent, en dehors de l'organisme, être cultivées dans les milieux appropriés et vivre en ferments de leur vie propre; 3° que les mêmes granulations sont susceptibles, dans certaines conditions anomales ou pathologiques, de se transformer en bactéries.

Des expériences concluantes prouvent ces faits : des morceaux de foie, jetés immédiatement dans de la paraffine, de l'acide chromique ou même un alliage fusible, présentent dans leur centre des granulations associées et des bactéries au bout d'un certain temps; il n'y a cependant là rien de parasitaire. De même dans les cas pathologiques où Estor a également trouvé des bactéries.

Dès lors, les granulations isolées ou associées (en 8) et les bactéries ne sont nullement des parasites, des êtres à part, greffés sur l'organisme. Ce sont des éléments histologiques, rien de plus.

Remarquez bien que toutes les fois qu'on découvre de nouveaux éléments histologiques, on croit trouver cette spécificité de forme, cet élément caractéristique. On fait aujourd'hui pour la bactérie ce qu'on a fait pour la cellule cancéreuse et tuberculeuse, pour la cellule géante, etc. Et puis, des études plus complètes démontrent toujours que cette spécificité de forme n'existe pas, qu'il n'y a qu'une spécificité de fonction.

Je suis convaincu que c'est dans cette doctrine de Béchamp et Estor qu'est le seul moyen de conciliation entre les médecins et les chercheurs actuels. Les droits de l'organisme, la spontanéité morbide sont trop négligés, si le furoncle a besoin d'un germe extérieur pour se développer, tandis que tout s'explique en *clinique*, si ces bactéries peuvent être produites par la transformation morbide des éléments normaux de nos tissus.

Notez, de plus, qu'ainsi on n'attaque que les interprétations de M. Pasteur et nullement les faits. Car, ce qu'il a fait de plus beau, ce sont les vaccinations. Or, ceci s'accorde bien mieux avec l'ancienne théorie des virus qu'avec l'idée de parasitisme. Quel est le parasite qui peut être atténué et donner l'immunité pour lui-même?

Au fond, nous n'assistons nullement à une révolution totale, destinée à transformer la médecine et à faire, de toutes les maladies, des affections parasitaires. Nous assistons à une évolution histologique qui permet de décrire des éléments plus petits, méconnus jusqu'à présent, qui se substituent à la cellule comme éléments constitutifs de nos tissus sains et malades et aussi comme éléments vecteurs, véhicules des virus et, d'une manière plus générale, des maladies transmissibles. C'est un grand progrès en

pathologie ; mais ce n'est nullement la substitution d'une nouvelle pathologie à l'ancienne.

Il me semble que le moment est opportun pour faire comprendre ces idées-là aux médecins et leur montrer que par là ils peuvent, sans contredire les observations de Pasteur et des autres, calmer leurs scrupules de cliniciens qui les font involontairement protester contre ce parasitisme à outrance, contraire aux enseignements de la clinique séculaire.

En deux mots, la bactérie ne prouve pas le parasitisme, parce que la bactérie peut se produire directement dans le corps sans germe extérieur. Donc, pour en revenir à la tuberculose, les recherches récentes précisent et complètent l'histologie pathologique de cette maladie ; elles montrent dans quoi réside l'élément de transmissibilité ; mais si elles appuient la nature virulente, le caractère contagieux de la maladie, elles ne prouvent pas plus sa nature parasitaire que les expériences de Villemin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juin 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de candidature de :

1° M. de Saint-Germain, pour la section de pathologie chirurgicale ;

2° MM. Dumontpallier et Hayem, pour la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale ;

3° M. Foville, pour la section des associés libres ;

4° M. Morache (de Bordeaux), pour le titre de membre correspondant dans la première division.

LECTURE

Extirpation totale de l'utérus par le vagin. — M. ALBERT DEMONS, chirurgien de l'hôpital Saint-André (de Bordeaux), rappelle que cette opération, pratiquée pour la première fois par Récamier en 1829, a été reprise à l'étranger, en 1879, par Czarny (d'Heidelberg), puis par des chirurgiens allemands, italiens, américains, anglais, avec des résultats vraiment encourageants.

C'est ainsi que le professeur Calderini aurait obtenu 40 guérisons sur un total de 62 opérations, et M. Schröder (de Berlin) 7 guérisons sur 8 cas.

D'après ces précédents, M. Demons s'est décidé, au mois de décembre 1882, à pratiquer l'extirpation totale de l'utérus par le vagin sur une femme de trente ans, atteinte d'un épithélioma du col ayant envahi la partie inférieure du corps de cet organe. Malgré une péritonite survenue le sixième jour, cette malade a guéri. Le vagin n'avait été ni suturé ni drainé. M. le docteur Dudon, également chirurgien à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, pratiqua la même opération le 6 janvier 1883 dans un cas analogue ; et sur le conseil de M. Demons, il sutura le vagin et draina la plaie. La malade a guéri sans aucun accident. Le 22 février, M. Maudillont opéra de même une femme épuisée par des hémorragies. La guérison fut simple et facile. Enfin, tout récemment, M. Dudon perdit de péritonite aiguë une femme opérée par lui, sans sutures vaginales ni drain.

De ces quatre faits, dont trois sont des succès complets, M. Demons déduit des conclusions, dont nous reproduisons les principales :

« L'extirpation totale de l'utérus par le vagin, complètement rejetée en France, mérite sans doute un meilleur accueil.

Elle est moins grave que l'extirpation par la voie abdominale.

Cette opération ne doit être faite que dans des cas bien déterminés, où l'ablation complète du mal sera possible et où, en même temps, toute action limitée au col serait insuffisante.

Cette opération n'est pas très difficile si l'on suit certaines règles très simples. La suture du vagin, le drainage et les injections antiseptiques paraissent constituer le meilleur pansement. »

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. COLIN exprime le regret de n'avoir pu assister à la dernière séance de la commission. Il y aurait proposé et il propose encore à l'Académie d'ajouter la conclusion suivante à celles qu'elle a présentées :

« Réduire, dans la mesure du possible, le mouvement d'émigration des jeunes gens de province. »

En effet, parmi les causes qui aggravent les épidémies, si elles ne les produisent pas, il faut mettre en première ligne l'arrivée de personnes non acclimatées dans les lieux où ces épidémies sévissent. On a vu ainsi une caravane être entièrement anéantie par la variole, pour avoir été soudainement transportée d'un pays indemne à un pays infecté. En ce qui touche particulièrement la fièvre typhoïde, M. Joseph Bertillon a établi que, sur l'ensemble des décès par fièvre typhoïde dans la capitale, il y en a plus qui se rapportent à des individus nés hors de Paris, qu'à des individus nés dans cette ville.

C'est une preuve de plus à l'appui de l'importance étiologique de la condition de nouveau venu.

M. JULES ROCHARD. Si je prends la parole pour la quatrième fois dans le cours de ce débat, ce n'est pas pour le prolonger, c'est pour le clore. Tout a été dit de part et d'autre, et j'estime, pour ma part, que les meilleurs arguments perdent à être répétés. Je ne répondrai donc pas à M. Blot ni à M. Fauvel ; je me bornerai à leur affirmer de nouveau que jamais la pensée ne m'est venue de leur adresser une parole désobligeante, de suspecter leur bonne foi ou de contester leur compétence. Quant aux froissements que j'aurais pu subir moi-même dans le cours de la discussion, je trouve ma personne si peu de chose, quand je la compare à l'importance de la question qui nous occupe, que je n'y songe même pas.

Du reste, il n'est plus question de tout cela. L'heure de la discussion est passée, le moment du vote est venu. Il ne s'agit même pas de savoir si nous devons soumettre ou non des conclusions au ministre ; l'Académie s'est prononcée sur ce point d'une manière formelle lorsqu'elle a nommé la commission. Ce qui est en cause aujourd'hui, c'est la forme à donner à ces conclusions. Vous avez à opter entre les miennes et celles de M. Fauvel. Je ne tiens pas à ma rédaction ; je n'y mets pas d'amour-propre d'auteur ; mais elle a été adoptée par la commission, qui l'a faite sienne ; elle a été défendue à la tribune par MM. Marjolin et Lagneau ; elle rend bien notre pensée, nous n'avons donc pas de raisons pour l'abandonner. On nous reproche de chercher à frapper fort, au lieu de frapper juste ; de vouloir faire la leçon au gouvernement ; on parle de voies nouvelles, hardies, dans lesquelles je voudrais vous entraîner. Eh ! messieurs, vous allez, dans un instant, entendre de nouveau la lecture de ces conclusions, et vous verrez qu'elles sont pleines de déférence dans la forme, de réserve et de modération dans le fond. M. Colin, qui les adopte, voudrait qu'on y ajoutât une proposition relative aux jeunes ouvriers qui viennent chaque année de la province demander du travail à Paris ; il voudrait que nous émissions le vœu qu'on diminuât cette immigration dans la mesure du possible. Je m'associe complètement à ses désirs ; nous avons signalé le mal avec une énergie qui a semblé excessive à nos contradicteurs ; mais, quant aux moyens d'y remédier, j'avoue que je ne les entrevois pas. Il est impossible, sans porter atteinte à la liberté individuelle, d'empêcher les jeunes gens de venir chercher à Paris du travail ou du plaisir ; on ne peut que leur montrer ce qu'il en coûte. L'État ne saurait, sans porter atteinte au droit de propriété, limiter le pouvoir qu'ont les capitalistes d'abattre de vieux quartiers pour en construire de neufs. Cette impulsion s'arrêtera bientôt d'elle-même, car déjà l'offre dépasse de beaucoup la demande ; mais l'État n'y peut absolument rien. Du reste, la commission, dont M. Colin fait lui-même partie, examinera sa proposition avec l'attention qu'elle mérite et avec le vif désir de lui trouver une formule. Il en sera de même des changements de rédaction qui pourront être demandés, lorsque l'Académie passera à l'examen de chacune des conclusions en particulier.

Pour le moment, il ne s'agit que de clore le débat et de lui donner une sanction, en passant à la discussion des articles.

Le corps médical attend votre décision avec impatience. Il connaît nos conclusions, il les approuve et il les escompte déjà. L'autorité y est sympathique et les a devancées. On a fermé certaines usines insalubres, celles de Nanterre et des Hautes-Bornes notamment. On en a éloigné quelques autres. Une loi destinée à remplacer celle du 13 avril 1850, sur les logements insalubres, a été proposée à la Chambre des députés par M. Martin Nadaud et le rapport est déjà fait. Enfin M. le préfet de police a demandé et obtenu du Conseil municipal les crédits nécessaires pour établir une inspection permanente des logements garnis, lesquels sont dans ses attributions. N'eussions-nous obtenu que cette dernière création, que ce serait déjà quelque chose. Pour ma part, la pensée que j'ai pu contribuer à assainir ces affreux garnis, à faire pénétrer dans ces habitations déshéritées un peu plus d'air, d'eau, de soleil et de lumière, cette pensée suffit pour me récompenser largement de mes efforts.

Eh bien! Messieurs, vous ne voudrez pas, en vous tenant dans une réserve trop timide, en prenant une attitude trop effacée, tromper l'attente de l'opinion publique, décourager le bon vouloir de l'autorité; et vous voterez les conclusions que votre commission vous soumet, sans en affaiblir l'expression.

L'Académie passe à la discussion des articles.

M. LE PRÉSIDENT propose de mettre aux voix les conclusions pratiques de la commission, sans s'arrêter aux considérants qui les précèdent.

M. LE FORT fait observer que chaque conclusion pratique n'a de raison d'être que par les motifs théoriques qui en sont donnés et que les deux parties des conclusions de la commission sont par conséquent d'égale importance.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture des conclusions théoriques relatives aux dangers :

1° De l'encombrement, particulièrement des nouveaux venus, et de leur entassement dans des logements garnis insuffisants;

2° De la malpropreté de ces logements et surtout de leurs fosses d'aisances;

3° Du mauvais état et du nettoyage insuffisant d'une partie du réseau d'égouts.

Cette partie du rapport ne soulève aucune observation.

M. LE FORT demande la parole à propos de la conclusion théorique qui signale comme dangereuse « la présence autour de Paris de dépotoirs et de dépôts de voirie beaucoup trop rapprochés de la ville et *qui en infectent l'air pendant l'été* ». Suivant lui, les odeurs infectes qu'on sent à Paris durant l'été, surtout dans les quartiers du centre, ne viennent pas des dépotoirs, mais des égouts. Les dépotoirs sentent moins mauvais et leur odeur s'étend moins loin qu'on ne suppose : M. Le Fort s'en est assuré dans une visite récente qu'il a faite à Bondy et à Aubervilliers. D'ailleurs les procédés modernes d'utilisation des matières fécales ne comportent plus un long séjour de ces matières dans les réservoirs. Dès le troisième jour, les parties solides en sont reprises pour être desséchées sur des plaques chauffées à 100° et ainsi réduites en poudrette quand on les destine à des engrais. Ce n'est que dans les fabriques où on les utilise pour en extraire des sels d'ammoniaque que se dégagent des gaz et des vapeurs infectes capables de se faire sentir au loin.

Mais, d'ailleurs, ce n'est pas l'odeur, c'est la contagiosité des maladies qui est en cause. Or, à ce point de vue, des matières soumises à ces divers traitements sont bien moins dangereuses que des matières fécales étalées dans les égouts et qui y croupissent.

La théorie « *Tout à l'égout* » doit nécessairement avoir les effets les plus pernicieux pour la santé publique, du moment où les égouts sont construits de manière qu'il puisse y avoir *des infiltrations*, — et c'est le cas dans certaines rues où leur niveau est plus élevé que celui des caves ; — du moment où ils n'ont souvent qu'une pente très insuffisante, — et c'est encore le cas dans de nombreux quartiers; — du moment enfin où, pour les laver, on ne dispose pas constamment d'une quantité d'eau énorme. — Or on sait qu'à Paris, durant l'été, l'eau a manqué l'année dernière pour les usages les plus indispensables. — Aussi les matières croupissent-elles dans les égouts, émettant des émanations insupportables pour l'odorat le moins délicat et formant nécessairement des foyers puissants d'infection au point de vue de la fièvre typhoïde, si l'on admet que les matières fécales puissent jamais jouer un certain rôle dans l'étiologie de cette maladie.

En conséquence, M. Le Fort propose :

1° De remplacer ainsi qu'il suit la conclusion théorique relative aux dépotoirs : « La présence autour de Paris de certains dépotoirs et de dépôts de voirie trop rapprochés de la ville et dans lesquels toutes les précautions indiquées par la science et prescrites par les règlements ne sont pas observées »;

2° De modifier dans le même sens la conclusion pratique relative à ces dépotoirs, en se bornant à demander à leur sujet de faire observer les règlements concernant l'éloignement des dépotoirs et des dépôts de voirie et de « veiller à la stricte exécution des mesures prescrites pour que leurs émanations ne puissent nuire »;

3° D'insister au contraire sur les dangers que présentent les égouts en ajoutant, à la suite de la conclusion les concernant, un paragraphe ainsi conçu :

« Repousser le projet de verser à l'égout les matières liquides et solides. Cette mesure, dans l'état actuel des choses, sans une canalisation parfaitement étanche, sans une déclivité suffisante et régulière des pentes, sans une irrigation extrêmement abondante de tout le réseau d'égouts, ne pourrait qu'être des plus dangereuses pour la santé publique. »

Les propositions de M. Le Fort, appuyées, sont renvoyées à la commission avec les conclusions auxquelles elles se rapportent.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les autres conclusions qui sont toutes adoptées à l'unanimité.

L'Académie se forme en comité secret.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Appareils orthopédiques de MM. Rainal frères (1).

XI

APPAREIL APPLICABLE POUR LE PIED BOT ÉQUIN. — Cet appareil (fig 62) maintient le pied jusqu'à ce qu'il ait repris assez de force pour pouvoir être abandonné à lui-même.

Deux vis de rappel, placées au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, ont pour effet de ramener le membre progressivement dans sa position normale en abaissant le talon et en élevant la pointe du pied.



Fig. 61.



Fig. 62.

Fig. 61. — Rotation de l'avant-pied sur l'arrière-pied. La malléole interne s'efface, l'externe devient plus saillante, le talon est fortement relevé, les ligaments dorsaux et externes du pied sont allongés, ceux de son bord interne et de sa face plantaire raccourcis.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 mars 1883.

APPAREIL APPLICABLE A LA SUITE DU TRAITEMENT DU PIED BOT ÉQUIN VARUS. — Cet appareil (fig. 63), représenté double, complète le traitement du pied bot équin varus; il est employé lorsque les

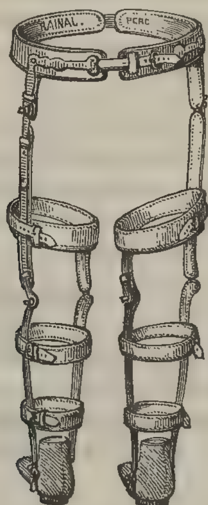


Fig. 63.

enfants commencent à marcher. Des coulisses disposées le long des tuteurs permettent d'allonger l'appareil lorsque l'enfant grandit.

DÉVIATION DU GENOU EN DEDANS. — Dans cette affection, la déviation diminue ou disparaît quand on ramène la jambe dans la flexion. Les indications à remplir sont donc : d'effacer l'angle interne ou de l'empêcher de se reproduire, d'attirer la cuisse et la jambe en dehors pour ramener les os à leur direction normale.

L'appareil fig. 65, que nous employons dans ce cas et qui nous a toujours donné d'excellents résultats, se compose de deux tuteurs dont l'un, celui du côté externe, est brisé, muni d'une charnière avec une vis de rappel au moyen de laquelle on ramène le membre graduellement dans sa position normale.



Fig. 64.

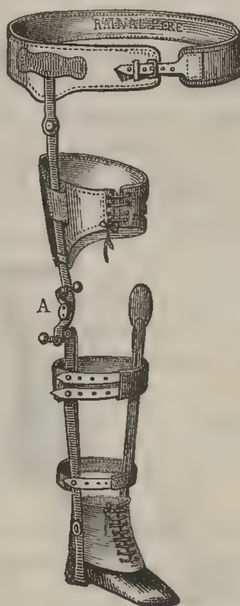


Fig. 65.

Fig. 64. — Le fémur, au lieu de conserver une ligne droite, ou à peu près, avec les os de la jambe, s'incline plus ou moins fortement en dedans, de manière à former dans sa jonction avec le tibia une saillie, ou un angle plus ou moins saillant en dedans et un angle rentrant en dehors.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Institution de deux prix annuels de médecine et de chirurgie d'armée ainsi que d'un prix triennal de chimie.

Le ministre de la guerre a adressé, le 5 juin dernier, aux gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, aux généraux commandant les corps d'armée et au général commandant le corps d'occupation de Tunisie, la circulaire suivante :

Mon cher général, en vue d'encourager les travaux scientifiques des officiers du corps de santé militaire, j'ai décidé que des prix leur seront accordés dans les conditions suivantes :

Deux prix annuels consistant en une médaille d'or de 500 francs seront décernés au meilleur travail sur des questions de médecine et de chirurgie d'armée.

Un prix triennal, de même valeur, sera également attribué au meilleur travail sur une question de pharmacie militaire ou de chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises de l'armée.

Chaque année, le comité consultatif de santé indiquera, avant l'inspection générale, le sujet du concours qui sera inséré au *Journal militaire officiel*. Les mémoires me seront adressés, aussitôt après l'inspection générale de l'année suivante, pour être examinés par le comité, qui me fera connaître les noms des médecins et des pharmaciens militaires jugés dignes de ces récompenses.

En notifiant ces dispositions aux officiers du corps de santé de votre corps d'armée, vous ne leur laisserez pas ignorer que j'attache la plus grande importance au perfectionnement de leurs connaissances scientifiques et aux résultats que l'armée est toujours en droit d'attendre de leurs travaux.

J'aurais voulu pouvoir instituer des récompenses plus nombreuses ou d'une importance égale à celles qui sont accordées aux médecins militaires des autres nations, mais les exigences budgétaires ne m'ont pas permis de leur donner une plus grande valeur.

D'ailleurs il est à remarquer que, dans les armées étrangères, la plupart des prix proviennent de dons particuliers et s'il venait, comme je l'espère, à s'en produire en France, je n'hésiterais pas à les accepter et à perpétuer le don des donateurs, dans le but de mieux encourager les recherches scientifiques qui intéressent au plus haut point l'armée tout entière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — Les dernières questions données pour la section de physique et chimie ont été :

1° MM. Doumer et Bagnéris : « Le prisme optique »; 2° MM. Guebhard et Bergonié : « Le microscope. »

Voici l'ordre dans lequel les candidats de la section des sciences anatomiques, physiologiques et d'histoire naturelle sont appelés à subir la seconde épreuve (leçon de trois quarts d'heure après trois heures de préparation) :

A. *Naturalistes.* — 1° M. Mongenot; 2° M. Henneguy; 3° M. Blanchard ; 4° M. Lemaire ; 5° M. Macé ; 6° M. Beauvisage ; 7° M. Granel.

B. *Anatomistes.* — 8° M. Wertheimer ; 9° M. Variot ; 10° M. Debierre ; 11° M. Planteau ; 12° M. Sadler ; 13° M. Reynier ; 14° M. René ; 15° M. Imbert ; 16° M. Qnénu ; 17° M. Démon.

— Par décision ministérielle en date du 11 juin 1883, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

M. Huguet, médecin-major de première classe, affecté au 46e d'infanterie, pour être maintenu au 95e régiment de la même arme.

M. Alibran, médecin-major de première classe au 90e de ligne, pour le 30e régiment d'artillerie.

M. Noël Raynaud, aide-major de première classe au 17e d'artillerie, pour le 63e de ligne.

M. Pongis, aide-major de première classe au 3e bataillon de chasseurs à pied, pour le 17e régiment d'artillerie.

M. de Balthasar de Gachée, aide-major de première classe au 4e régiment de chasseurs d'Afrique, pour le 67e de ligne.

M. Pitois, aide-major de première classe aux hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour le 4e régiment de chasseurs d'Afrique.

M. Torio, aide-major de première classe, affecté au 30e de ligne, pour être maintenu au 10e régiment de chasseurs à cheval.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — La première session annuelle d'examens de validation de stage s'ouvrira à l'École le lundi 17 juillet, à huit heures du matin.

Le programme de l'examen comprend les matières ci-après :

1° Préparation d'un médicament composé galénique ou chimique, inscrit au Codex ; 2° une préparation magistrale ; 3° détermination de trente plantes ou parties de plantes appartenant à la matière médicale, et de dix médicaments composés ; 4° questions sur diverses opérations pharmaceutiques.

Les candidats seront admis à s'inscrire du 19 juin au 10 juillet inclusivement, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Ils seront tenus de déposer au secrétariat, quarante-huit heures avant d'être autorisés à retirer leur bulletin de versement, les pièces suivantes :

1° Certificats d'inscriptions de stage ; 2° diplôme de bachelier ou certificat de grammaire ; 3° acte de naissance ; 4° certificat de de bonnes vie et mœurs.

Les droits d'examens (25 francs) seront acquittés : à Paris, à la Caisse du receveur des droits universitaires, 55, rue Saint-Jacques ; dans les départements, aux Caisses des receveurs des finances, sur la production du bulletin de versement délivré par le secrétaire de l'École.

En aucun cas et pour aucun motif, les fonds ne pourront être adressés au secrétaire, qui n'a pas qualité pour les recevoir.

— L'ouverture du concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, qui avait été fixée au 1er décembre 1883, est reportée à une date qui sera ultérieurement indiquée.

— M. le professeur Chatin, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 17 juin, dans les bois de Saint-Cloud-Versailles.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à onze heures cinq minutes, pour Bellevue.

Rendez-vous général aux cascades du parc de Saint-Cloud, à midi.

— Nous apprenons que, depuis le 1er juin courant, M. Raoul Mathieu est redevenu seul propriétaire de la fabrique d'instruments de chirurgie créée par feu L. Mathieu, son père.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14679.

104

RACHITISME, MALADIES DE PEAU, SYPHILIS.

Le Rob Lechaux

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, rue Sainte-Catherine, 164, Bordeaux.
contient exactement 40 centigrammes d'Iodure de potassium par cuillerée à bouche.

Le **ROB LECHAUX** est un excellent produit, qui a depuis longtemps fait ses preuves dans de nombreuses affections d'origine dyscrasique, telles que : la *syphilis invétérée*, les *adénopathies strumeuses*, les *Anémies graves et rebelles*, le *Rachitisme*, etc., etc.

Dans le **ROB LECHAUX**, les sucs de **Cresson**, de **Salsepareille rouge** et d'**Écorce d'Orange** sont savamment combinés à l'**Iodure de potassium**, et c'est grâce à cette combinaison que l'on peut éviter à coup sûr les *Gastralgies*, les *Entéralgies* que produit trop souvent l'iodure administré en solution.

Le flacon : 4 fr., dans toutes les pharmacies.

20

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

2

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

12

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Vin et Huile de foie de Morue

CRÉOSOTÉS du Dr G. Fournier.

0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,05.

Seules récompensées à l'Exp. univ. de Paris, 1878

Pharm. de La Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde Paris. — Exiger la signature.

68

Poudres alimentaires Adrian

Préparées avec un soin tout particulier pour les usages de la médecine.

Richesse des différents produits.. . —	Azote °/o	Acide phosphorique total °/o	Equivalent en phosphate de chaux °/o	Prix le K° en divisions
Poudre de bifteck garantie pure viande de bœuf.	13.80	1.69	3.68	24 fr.
Poudre de viande.	12.50	1.66	3.62	12 »
Poudre de lait. .	5.32	1.62	3.55	10 »
Poudre de lentilles cuites à la vapeur. .	4.19	0.63	1.37	5 »

Comme garantie de pureté et de bonne conservation de ces produits, exiger le cachet et la marque ADRIAN, ancien préparateur et lauréat de l'École de Pharmacie, directeur de la Société française de produits pharmaceutiques, fournisseur des hôpitaux.

VENTE EN GROS, 11, rue de la Perle, Paris.

Envoi *franco* d'échantillons par la poste aux médecins qui en font la demande.

41

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

82

Globules du docteur de Korab

A L'HÉLÉNINE DE KORAB

8

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

58

Dragées Grimaud (de Poitiers)

FERRO-ERGOTÉES

CINQUANTE ANNÉES DE SUCCÈS.

Guérison radicale et infaillible de toutes les *affections anémiques*, de la *chlorose* et de l'*incontinence d'urine*. — S'adresser, pour toutes demandes et renseignements, à MM. Grimaud fils et Cie, rue Boncenne, 19, à Poitiers.

64

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

177

Pilules suisses

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

78

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

93

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorragies* (*hémoptysies*) *métrorragies*, *ménorragies*, *etc.*), des *flux muqueux*, tel que les *leucorrhées*, *les diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.

Phie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, Paris.

73

Globules Névrosthéniques

de T. GRAS

(*à base d'éthérolé de castoréum valérianique*).

Ne contiennent ni bromure de potassium, ni opium, ni sels de quinine.

Palpitations nerveuses du cœur, névroses générales, névralgies, agitations nerveuses, hystérie, épilepsie.

Pharmacie T. Gras, 9, rue Le Peletier, Paris.

51

Rubinat, EAU MINERALE NATURELLE PURGATIVE

Supérieure à toutes les Eaux purgatives allemandes. — Effet rapide, obtenu à très-petite dose sans irritation intestinale.

Grande médaille d'or. Expon intle Francfort 1881.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

74

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878.

Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — Vin et Huile créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux. dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, phie Grez, 34, rue de la Bruyère.

50

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. Duval, seul élève de son père, le docteur V. Duval, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

65

PHTISIE, ANÉMIE, RACHITISME.

Vin de Barabeau

PEPTONE ARSÉNIO-PHOSPHATÉE.

10 gr. viande, 1 gr. bi-phosphate de chaux arsénié par cuillerée à bouche.

Reconstituant énergique, entièrement assimilable,

Paris, Carmouche, 19, rue Vieille-du-Temple. — Angoulême, Barabeau, phen-chimiste, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

172

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Extirpation totale de l'utérus. — Passage des éléments figurés à travers le placenta. — Variole confluente pendant la grossesse; accouchement après guérison; immunité vaccinale de l'enfant. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Extirpation totale de l'utérus.

Comme le rappelait à la dernière séance de l'Académie de médecine M. le docteur Demons, cette opération a été déjà pratiquée par Récamier en 1829. On trouve, en effet, dans l'ouvrage de ce célèbre professeur, une observation de ce genre conduite jusqu'au trente-septième jour, c'est-à-dire jusqu'au commencement du mois de septembre 1829, car la malade avait été opérée le 26 juillet. A cette époque, elle semblait toucher à la guérison, et l'on pourrait même considérer ce fait comme un succès complet, si l'on s'en tenait aux renseignements fournis par Récamier lui-même.

A ce moment Récamier comptait deux succès, car une première malade n'avait succombé à une dysenterie que deux mois après avoir été considérée comme guérie.

On serait donc en droit de s'étonner que cette opération eût trouvé depuis lors si peu de faveur en France.

Mais en remontant dans la collection de la *Gazette des hôpitaux* à l'année 1829, on peut voir qu'une vogue éphémère avait précédé cet abandon, dû à une série d'insuccès, et le journal, en reproduisant dans des récits mouvementés les impressions de son époque, permet de voir pourquoi on ne l'accepta plus.

Dans le mois de septembre 1829, M. Roux, alors professeur et chef de service à la Charité, voulut la pratiquer deux fois, de ses propres mains, en n'ayant Récamier que comme assistant.

La *Lancette française* (*Gazette des hôpitaux*), qui avait publié le 30 juillet l'opération du 26, publia, dès le 22 septembre, celle que Roux et Récamier avaient faite le 20 septembre sur une malade de la ville.

La théorie opératoire était à peu de chose près la même qu'aujourd'hui. Après avoir coupé tant en arrière qu'en avant les insertions du vagin sur l'utérus, qu'on abaissait le plus possible, on isolait avec soin cet organe de la vessie, puis on le détachait après avoir porté de chaque côté une ligature sur les ligaments larges (du moins sur leur partie inférieure où passaient les gros vaisseaux). Seulement, avant de l'extirper entièrement, on lui faisait subir un mouvement de bascule qui amenait sa partie supérieure hors de la vulve.

« On sait, dit le rédacteur de la *Gazette*, que le temps le plus difficile de cette opération est celui qui consiste dans l'action d'isoler la matrice d'avec la vessie ; or là devaient précisément se trouver les difficultés insolites, car il n'y avait plus simple contiguïté. De sorte que Roux, pensant introduire son doigt dans le cul-de-sac antérieur formé par le péritoine, ne trouva qu'une masse cellulaire accidentelle, et soudain il sentit la tumeur fibreuse que nous avons indiquée. (C'était un corps fibreux, arrondi, à peu près du volume d'une aveline, situé sur la face antérieure de l'utérus.)

M. Récamier explora à son tour le même lieu et penchait à croire que c'était tout simplement la matrice elle-même, atrophiée et rapetissée ; il se croyait même arrivé au ligament large. M. Roux n'était pas bien convaincu d'avoir atteint le bord supérieur de l'utérus. Dans cette conjoncture assez critique et embarrassante, M. Roux pensa qu'il y aurait témérité à lui de poursuivre l'opération, puisqu'elle prenait une tournure défavorable. Il céda de lui-même la place, et M. Récamier prit à son tour l'instrument ; avec sa manœuvre hardie et expéditive, ce médecin opérateur, aguerri contre toutes les anomalies naturelles ou morbides, arriva bientôt à travers les adhérences jusqu'au fond de l'utérus, qui fut de suite renversé. Il procéda alors à la section partielle des ligaments larges, et des fils portés à l'aide d'une aiguille montée sur un manche purent facilement étreindre les vaisseaux externes. Après cette ligature, la section des ligaments fut achevée et l'opération promptement terminée. C'est à peine si la malade perdit quelques cuillerées de sang. »

Mais elle mourut deux jours après d'une péritonite suraiguë, suite de l'épanchement de l'urine dans l'abdomen. « Nous savons maintenant d'une manière positive, dit le rédacteur de ce journal dans le numéro du 29 septembre, que la vessie fut ouverte pendant l'opération. »

L'était-elle déjà lorsque Roux cédait la place à Récamier ? C'est bien possible. Dans tous les cas, ce résultat n'mpêcha pas Roux de faire, cette semaine-là même, une nouvelle application de la méthode de Récamier sur une malade de son service à la Charité.

Cette observation fut publiée, avec force détails et force réflexions, dans le numéro du 29 septembre. Nous n'en pouvons reproduire aujourd'hui qu'un court extrait.

« A 9 heures moins 13 minutes, la malade est amenée dans l'amphithéâtre, elle paraît avoir à peine besoin de quel-

ques encouragemens que lui donne M. Roux. Elle est placée sur le petit lit, et située précisément comme pour une taille périnéale. Deux fortes pinces de Museux ont bientôt fixé au bas de la vulve, la partie antérieure du col de la matrice; déjà on aurait pu *accuser* l'étroitesse du vagin, et sentir le peu de mobilité de l'utérus, car l'incision transversale antérieure ne fut faite aux parois du vagin que d'une manière approximative, il était, selon nous, impossible de voir le lieu de leur union avec le col utérin. Jusque-là, les temps de l'opération n'avaient rien de bien remarquable, mais les difficultés ont commencé lorsque M. Roux, ayant introduit les doigts entre la vessie et la face antérieure de la matrice, a voulu saisir et entraîner en bas le bord libre des ligamens larges. C'est alors qu'on pouvait voir combien est puéril le précepte donné sérieusement par quelques personnes, de décoller *avec soin* à l'aide des doigts, de *soulever* les replis du péritoine : il restera à jamais gravé dans la mémoire de tous ceux qui ont assisté à cette opération, qu'on ne décolle rien, qu'on ne soulève rien alors, mais qu'on déchire tout.

« Pour favoriser l'abaissement de l'utérus et pour l'élever plus facilement sans doute à la hauteur des bords libres des ligaments, M. Roux cherche à saisir l'utérus avec un large crochet mousse, semblable à celui dont s'est servi J. Blundell dans cette opération; il tire long-temps et inutilement avec les deux mains sur cet instrument. Les difficultés paraissent redoubler lorsqu'il s'agit de passer les fils autour des vaisseaux. C'était encore le temps de force, et c'était celui de dextérité, puisque c'était à peine si on pouvait maintenir la procidence de l'utérus. A droite surtout il paraissait impossible de passer le fil; néanmoins, après bien des efforts et des tentatives, tantôt en haut, tantôt en bas, les vaisseaux utérins purent aussi être embrassés de ce côté.

« Restait à faire exécuter à la matrice le mouvement de bascule, et à l'amener au dehors. On va sentir d'après tout ce qui va suivre, combien chez cette femme l'opération était intempestive : dans l'extirpation de l'utérus faite par Blundell (*The Lancet*, 9 août 1828), dans celle faite par M. Récamier (voy. *Lancette française*, 30 juillet 1829), la matrice entière *a passé* promptement, et avec peu d'efforts, du bassin de la malade dans les mains des opérateurs. Ici, les efforts de traction les plus violens et les plus longs, les manœuvres les plus douloureuses, et en même temps les plus inutiles, celles enfin qui arrachèrent à la malade les cris les plus déchirans, et qui impressionnèrent si vivement les spectateurs, furent alors exécutés.

« Tantôt les doigts cherchaient à remplacer les instrumens qu'on trouvait inutiles, tantôt on recourait aux instrumens pour remplacer les doigts qu'on trouvait trop faibles. A plusieurs reprises, on vit céder brusquement le crochet mousse, fixé sur le bord supérieur de l'utérus, et sortir seul du bassin arraché par les efforts de l'opérateur. Enfin, M. Récamier, qui servait d'aide à M. Roux, introduit à son tour les doigts dans le bassin, cherche assez long-temps à en fixer l'extrémité sur la matrice, y parvient, et fait tout à coup sauter la matrice renversée hors de la vulve, à la grande satisfaction des assistans. Dès-lors, l'opération fut très simple, l'incision postérieure fut pratiquée, et bien qu'un des serre-nœuds manquât d'un côté, il n'y eut point d'hémorragie, et la malade fut reportée dans son lit.

« Sa figure était horriblement décomposée, M. Roux en a été frappé lui-même. Un Anglais présent à cette scène, et avide d'émotions fortes, comme le sont la plupart de ses compatriotes, a trouvé que c'était une horreur *superbe*. »

La malade mourut d'hémorragie le lendemain. A l'autopsie, on reconnut que la ligature du côté gauche avait embrassé les vaisseaux; mais que quant à celle du côté droit, elle n'avait saisi qu'une partie flottante du vagin.

« M. Roux, ajoute le rédacteur, nous a paru alors éprouver quelque regret d'avoir opéré : — « J'aime les opérations difficiles, a-t-il dit, mais celle-ci offrait trop peu de chance de succès. »

Quant à Récamier, il ne se découragea pas encore, et le 21 janvier 1830, la *Lancette française* (*Gazette des hôpitaux*) rendait compte d'une nouvelle extirpation totale de l'utérus faite sur une malade de la ville par Récamier, assisté cette fois de Casimir Broussais et d'Amussat.

Tout parut d'abord aller bien. Nous ne citerons de ce récit que les lignes suivantes : « Une première ligature fut passée à droite et confiée aux soins de M. Amussat, qui plaça le serre-nœud et se rendit maître de tous les vaisseaux de ce côté. Une autre ligature, portée sur le côté gauche, fut assujettie par M. Casimir Broussais, *mais par suite de diverses circonstances qu'il est difficile d'expliquer, on s'aperçut plus tard qu'elle ne comprimait pas.* »

Bref, cette malade mourut encore d'hémorragie dès le lendemain; et cette série malheureuse parut décisive.

En effet, avant la découverte de l'anesthésie, pour compenser l'horreur de cet arrachement des organes au milieu des cris de la patiente, il eût fallu d'éclatants succès se poursuivant avec constance.

Les conditions aujourd'hui sont autres, et la suppression de la douleur donne au chirurgien le sang-froid indispensable pour éviter les accidents qui causèrent la mort de ces trois dernières opérées.

Passage des éléments figurés à travers le placenta.

GRANULATIONS DE LA VARIOLE.

Si les expériences de laboratoire méritent l'attention, c'est surtout à cause de leur connexité avec certains faits de clinique.

Celles de M. Chambrelent sur les microbes du choléra des poules (1), ont été motivées par les résultats d'une autopsie. On avait retrouvé les granulations de la variole dans la lymphe d'un fœtus qui ne portait aucun stigmate de cette maladie, mais dont la mère venait de mourir d'une variole hémorragique au septième mois de la grossesse.

Le microbe de la variole semblait donc avoir pu passer de la mère à l'enfant, et cela sans provoquer chez ce dernier l'éruption caractéristique. Il y était à l'état de virus affaibli.

Mais on sait que c'est justement à l'aide d'un virus affaibli que l'immunité est acquise contre un virus plus énergique dans les expériences de vaccination de M. Pasteur.

On pouvait donc se demander si l'enfant d'une mère qui aurait eu la variole durant la grossesse serait devenu indemme par rapport soit à la variole, soit au vaccin.

Malheureusement, quand la variole est grave chez une femme enceinte, le plus souvent un avortement en résulte.

C'est là un fait maintenant hors de doute, et au sujet

(1) Voir la Revue clinique du 9 juin 1883.

duquel, dans son récent *Traité pratique des accouchements*, M. Charpentier a pu déployer un grand luxe d'érudition bibliographique, en citant les travaux de Serres, Piorry, Hervieux, Spiegelberg, Chaigneau, Huchard, Lotthar Mayer, Gariel, Jobard, etc.

Au sujet de ces avortements, M. Chambrelent a repris la théorie de M. Brouardel sur les contractions utérines que provoquerait l'excès d'acide carbonique contenu dans le sang des varioleux. Et cet excès d'acide carbonique, il l'attribue à la présence de microbes aérobies.

« La variole, dit-il, étant une maladie constituée par la présence dans l'organisme d'un élément figuré, aérobie, au moment où ce microbe s'y développe, c'est-à-dire au moment de la période d'invasion, le sang doit se trouver abondamment chargé d'acide carbonique, fait d'ailleurs expérimentalement vérifié par M. Jaccoud, et c'est cette accumulation d'acide carbonique dans le sang qui produit les contractions utérines, comme cela survient dans l'expérience de Brown-Séquard, quand il lie la trachée d'une femelle pleine : ce qui fait que les mouvements actifs du fœtus s'exagèrent comme lorsqu'on fait suspendre momentanément sa respiration à une femme enceinte.

« Nous croyons donc, ajoute-t-il, qu'il serait parfaitement indiqué, lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de variole survenant chez une femme enceinte, d'instituer dès le début une médication anti-abortive telle que lavements additionnés de laudanum ou de chloral ; ces médicaments ne paraissent nullement contre-indiqués dans le traitement de la variole. »

Quelquefois d'ailleurs, sans laudanum, sans chloral, sans médication anti-abortive, la grossesse se continue, et l'accouchement se fait à terme.

Il peut arriver alors que l'enfant, naissant vivant, porte des stigmates d'une variole intra-utérine. On en cite quelques exemples.

Il peut également arriver qu'il n'offre aucune trace de cette maladie, et c'est en pareil cas que se pose la question.

Déjà, dans les faits publiés par M. Desnos en 1871 et dans quelques autres, on a observé que l'enfant né ainsi vivant et viable malgré une variole grave qui avait atteint sa mère enceinte de lui, se montrait réfractaire à la vaccination.

M. Chambrelent a donné, dans sa thèse, une observation du même genre qu'il avait prise l'année dernière à l'hôpital Pellegrin, de Bordeaux. Il en a recueilli dernièrement dans le service de M. Pinard une nouvelle, qu'il a bien voulu nous communiquer, et que nous publions ci-dessous.

Variole confluente pendant la grossesse; accouchement après guérison; immunité vaccinale de l'enfant.

Le 13 mai 1883 entrait, à la salle Sainte-Anne de l'hôpital Lariboisière, service de M. Pinard, la nommée X..., pour y faire ses couches.

Cette femme, âgée de vingt-trois ans, et exerçant la profession d'ouvrière, nous raconte les faits suivants au point de vue de ses antécédents morbides. Elle a toujours été bien portante durant son enfance; a marché de bonne heure. Elle ne présente aucune trace de rachitisme. Elle a été vaccinée dès ses premières années et porte des traces très manifestes de vaccin sur les deux bras. Réglée pour la première fois à quatorze ans, elle l'a toujours été régulièrement jusqu'au mois de septembre 1882, époque à laquelle elle est devenue enceinte. Rien de particulier n'a marqué le début de cette grossesse jusqu'au septième mois. A cette époque, c'est-à-dire au commencement du mois d'avril, elle fut prise de céphalalgie et de frissons qui déterminèrent son entrée à l'hôpital Tenon. A son arrivée à l'hôpital, on reconnut le début d'une éruption varioleuse et on la plaça dans le service spécial des varioleux.

Nous ne pouvons avoir sur la nature de son affection que les renseignements qu'elle nous donne, mais c'est une femme intelligente et qui répond parfaitement aux questions qu'on lui adresse. Elle nous dit avoir été très souffrante : du reste, les traces qu'elle porte sur tout le corps indiquent bien qu'elle a dû avoir une variole confluente. Elle n'a eu toutefois aucun symptôme hémorragique. Au début de l'éruption, elle nous dit avoir senti de fortes contractions utérines, mais sans grande douleur. Elle a, de plus, été frappée des mouvements exagérés qu'exécutait son enfant à cette époque.

La maladie suivit son cours sans accidents, et au bout de quatre semaines cette femme sortit complètement guérie de l'hôpital Tenon et revint chez elle, où elle reprit ses occupations. Une quinzaine de jours après, le 15 mai, elle ressentit quelques douleurs utérines et perdit les eaux. Elle se rendit alors à l'hôpital Lariboisière et fut placée salle Sainte-Anne.

A son arrivée, on constata une dilatation complète. L'enfant se présentait en position sacro-iliaque droite postérieure, mode des fesses. La période d'expulsion fut longue, comme c'est l'habitude dans les cas de présentation du siège chez les primipares. Au bout de quelques heures, elle accoucha d'un enfant en état de mort apparente, ne présentant sur le corps aucune trace de variole. Cet enfant, quoique petit (2,900 grammes) et ne paraissant pas tout à fait à terme, est bien constitué.

Le jour de la naissance, on le vaccina par trois piqûres à chaque bras. Au bout de quelques jours, nous avons pu constater que le vaccin n'avait nullement pris, tandis que chez les autres enfants du service qui avaient été vaccinés le même jour il avait parfaitement réussi.

Huit jours après, c'est-à-dire le 22 mai, on vaccine de nouveau cet enfant par deux piqûres à chaque bras. La mère sort guérie le 24, les suites des couches n'avaient d'ailleurs rien présenté de particulier.

Le 27 mai, la vaccination n'avait encore produit aucun effet, lorsque l'enfant meurt chez sa mère.

Dans cette observation nouvelle de M. Chambrelent, comme dans celle qu'il avait recueillie à Bordeaux, comme dans celle de M. Desnos, on voit que la vaccination, après avoir échoué une première fois, fut renouvelée sans résultat quelques jours plus tard. L'immunité a été constatée dans les premières semaines de la vie, soit à deux, soit à trois reprises. Cette immunité prouve évidemment une certaine atteinte de variole, insuffisante pour se manifester par l'éruption caractéristique, mais, comme les vaccinations des virus affaiblis, faites par M. Pasteur, modifiant le terrain de manière à y empêcher, durant quelque temps, le développement complet de virus analogues.

M. Chambrelent se demande si cette immunité serait d'une durée égale à celle qui résulte de la variole chez la mère elle-même. Il pense qu'elle cesserait plus tôt, et il se propose de s'en assurer par des séries longtemps continuées de vaccinations parallèles sur une mère ainsi variolée durant la grossesse et sur son enfant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juin 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Traumatisme. Syphilis cérébrale. — M. MAURICE PERRIN communique l'observation d'un officier qui a présenté des troubles graves de syphilis cérébrale dont il a guéri par le traitement antisyphilitique, à la suite d'une trépanation pratiquée dans des conditions particulières.

Cet officier avait reçu, il y a une vingtaine d'années, sur le côté droit du front, une balle morte, qui le fit tomber sur le coup. Les suites de cette blessure furent sans importance et elle guérit assez promptement, sans laisser d'autre trace qu'une céphalalgie rebelle. Quelque temps après, il fit la campagne du Mexique, où il contracta la syphilis. Dès lors il eut une céphalalgie persistante : En même temps apparurent des signes de nécrose frontale, un écoulement purulent par le nez, etc. En 1869, ces douleurs de tête étant devenues très violentes, il alla consulter Nélaton qui fit une large incision et enleva cinq séquestres; peu de temps après, cette opération n'ayant pas sensiblement soulagé le malade, Nélaton pratiqua le grattage de la cavité nécrosique. Bientôt se déclarèrent des accidents d'hémiplégie droite temporaire. Cependant la situation s'améliora et cet officier put prendre part à la campagne de France, en 1870. Les douleurs de tête étaient toujours très vives, mais l'état général était des plus satisfaisants; les facultés intellectuelles restaient intactes, au point que cet officier devint l'un des professeurs les plus distingués d'une de nos écoles militaires. Les choses restèrent dans cet état jusqu'en 1878, époque à laquelle son caractère changea ; il devint nerveux, difficile, acariâtre ; il éprouvait quelque peine à corriger des compositions, se mit à faire des fautes d'orthographe, etc. En 1878, un jour, en faisant son cours, il fut pris brusquement d'un embarras de la parole et il lui fut impossible de continuer la leçon commencée. Il présenta, dans l'intervalle, une exostose de l'avant-bras gauche dont il guérit rapidement par un traitement par l'iodure de potassium à hautes doses. Cette exostose de l'avant-bras disparut rapidement, mais les troubles cérébraux ne firent que s'accroître ! Le plateau de nécrose signalé plus haut se trouvait tout près du siège du langage articulé. M. Perrin eut recours aux frictions mercurielles, à l'iodure de potassium à hautes doses et les accidents continuaient à s'aggraver. Le malade commençait à présenter toutes les apparences d'un ramollissement cérébral ; il se mettait à pleurer quand il ne trouvait pas ses mots, etc.

Après avoir épuisé sans succès chez ce malade toutes les ressources de la thérapeutique, M. Perrin se décida à lui appliquer quatre couronnes de trépan. Il revint ensuite au traitement antisyphilitique et dès lors ce malade, qui semblait voué à une mort prochaine, revint peu à peu à la santé et finit par guérir.

M. DESPRÉS. Dans l'énumération des diverses médications qu'il a fait subir à son malade, M. Perrin en a oublié une, le temps qui joue certainement un bien grand rôle dans les faits de guérison de la syphilis cérébrale. Il est en effet certaines manifestations syphilitiques du cerveau qui guérissent très bien avec le temps, et, dans ces cas, le dernier médicament pris avant la période de guérison naturelle de ces accidents passe pour avoir été le seul bon. En général, les manifestations syphilitiques du cerveau guérissent très bien spontanément; je les abandonne, quant à moi, à leur évolution naturelle et me contente d'appliquer quelques petits vésicatoires dans la région. Il est d'autres malades, au contraire, atteints des mêmes accidents ou d'accidents analogues et qui meurent plus ou moins rapidement, quoi que vous fassiez.

M. THÉOPHILE ANGER se rappelle avoir assisté à l'opération pratiquée par Nélaton sur le malade dont a parlé M. Perrin. Nélaton se contenta d'agrandir un orifice fistuleux, d'enlever les séquestres. Il considérait cette nécrose frontale comme d'origine traumatique et ne pensa nullement à la syphilis.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait remarquer que l'observation de M. Perrin présente un grand intérêt par suite de cette combinaison du traumatisme et de la syphilis. Contrairement à M. Després, il pense que les accidents cérébraux d'origine syphilitique, loin de s'amender avec le temps, vont toujours en augmentant, s'ils ne sont pas convenablement traités. Ils ont une marche progressive fatale et jamais ils n'ont d'arrêt spontané. Quant à l'intéressante observation de M. Perrin, il y a lieu de penser que la trépanation qu'il a pratiquée, a eu ici une très heureuse influence sur l'efficacité ultérieure du traitement antisyphilitique resté jusque-là impuissant.

M. HORTELOUP. Il faut distinguer, dans la syphilis cérébrale, les accidents purement syphilitiques et les accidents secondaires qui sont la conséquence des premiers. Contre ceux-ci, le traitement agit toujours et se montre efficace; contre les accidents secondaires, tels que l'embolie ou le ramollissement, le traitement antisyphilitique ne saurait plus avoir aucune action. Il faut donc arriver à temps et ne pas laisser se produire ces lésions secondaires. M. Horteloup n'est donc pas de l'avis de M. Després et il persiste à déclarer que, quand on arrive à temps, le traitement antisyphilitique donne les meilleurs résultats.

M. MARC SÉE est porté à croire, comme M. Lucas-Championnière, que la trépanation pratiquée par M. Perrin est pour beaucoup dans le résultat obtenu ultérieurement par le traitement. On sait qu'une exostose syphilitique est d'autant plus difficile à guérir qu'elle est plus éburnée et l'on comprend ainsi que le traitement antisyphilitique ait pu exercer plus facilement son action après l'opération pratiquée par M. Perrin.

M. TRÉLAT se rappelle deux cas de mort par suite d'exostoses syphilitiques crâniennes. L'un est celui d'un médecin mort il y a trente ans et qui s'était inoculé la syphilis en pratiquant le toucher vaginal. L'autre se rapporte à une jeune femme qui avait été rendue syphilitique par son mari. Elle eut un enfant syphilitique qui mourut peu de temps après sa naissance ; elle eut elle-même la syphilis la plus horrible qu'on puisse voir, elle fut couverte d'ecthyma, d'impetigo, d'ulcères, de croûtes, et cette jeune femme, vieillie, flétrie, rendue méconnaissable, un beau jour, sous l'influence du traitement spécifique, émergea fraîche et charmante de cette saleté pathologique et sembla bientôt tout à fait guérie. Toutefois elle avait conservé un mal de tête persistant. Était-ce de l'anémie, était-ce de la syphilis ? Plus porté à admettre cette dernière hypothèse, je prescrivis de nouveau le traitement antisyphilitique; mais la belle-mère, sous prétexte que ce traitement pouvait être nuisible à une nouvelle grossesse probable, et pour des raisons de convenance mal comprise, s'opposa à ce que ce traitement fut régulièrement suivi. Un jour, brusquement, cette jeune femme fût prise d'aphasie et d'hémiplégie. M. Potain et moi prescrivîmes dès lors un traitement par les frictions mercurielles des plus énergiques; il y eut une très notable amélioration; malheureusement il survint une nouvelle attaque qui emporta la jeune malade en l'espace de quatre jours. Ce fait montre la gravité extrême de la syphilis cérébrale et l'importance, en pareil cas, du traitement auquel la malheureuse belle-mère, dans ce cas, a été trois fois coupable de ne pas laisser sa bru se soumettre. Il n'y eut pas d'autopsie, mais MM. Potain, Delpech et moi avons été d'accord pour admettre l'existence d'une gomme cérébrale.

M. DESPRÉS admet parfaitement la distinction établie par M. Horteloup entre les lésions cérébrales syphilitiques et les lésions cérébrales secondaires. Quant à l'influence du traitement mercuriel, il y a des médecins et des chirurgiens qui ont dans le mercure la même foi qu'ont beaucoup de gens du monde pour l'eau de Lourdes. M. Després se déclare, quant à lui, un athée de la religion du mercure. Il ne saurait admettre qu'il puisse avoir la moindre action sur une exostose. Le temps seul agit, en permettant au cerveau de s'habituer à la compression. Quant à l'observation de M. Trélat, il s'agit là d'une simple hémorragie cérébrale que rien ne prouve être d'origine syphilitique. Toutefois, si l'on croit au mercure, c'était bien le cas ou jamais d'y recourir d'une façon énergique.

M. TRÉLAT. M. Després déclare que cette malade, qu'il n'a pas vue, n'était pas syphilitique ; MM. Potain, Delpech et Trélat, qui ont vu la malade ensemble, déclarent le contraire. M. Després est seul contre trois, il est donc écrasé par la majorité.

M. PERRIN, contrairement à M. Després et avec la grande majorité des médecins, pense que le traitement antisyphilitique est particulièrement efficace dans la syphilis cérébrale. Il est convaincu que ce traitement a rendu les plus grands services à son malade.

Gangrène des deux pieds, glycosurie chez un paludique. Amputation. Guérison. — M. CHAUVEL fait un rapport sur un travail de M. le docteur Demmler, relatif à un cas intéressant et qui se rattache précisément à la discussion actuellement pendante sur l'influence des traumatismes sur les états pathologiques antérieurs.

Il s'agit d'un homme de cinquante-un ans, ouvrier terrassier, buveur mais non alcoolique, qui, après des travaux de terrassement dans un pays marécageux, en Afrique, fut pris d'accès de fièvre pernicieuse dont il fut assez rapidement guéri. Ces accidents reparurent quelque temps après, s'accentuèrent, s'accompagnèrent d'une grande faiblesse des membres inférieurs. Bientôt cet homme présenta tous les caractères d'une cachexie paludéenne avancée. Puis il se fit une mortification des deux pieds ; il avait également de la glycosurie. La gangrène des deux pieds faisait de rapides progrès ; le malade dut subir successivement l'amputation de la jambe gauche et celle de la jambe droite. Après la première opération, il y eut une très notable amélioration et après la seconde une guérison complète. Le sucre avait disparu des urines. Ainsi voilà un homme profondément cachectique, disposé à la glycosurie, chez lequel une opération grave, un traumatisme, loin d'aggraver un état pathologique antérieur, amène, au contraire, un grand soulagement et assure la guérison définitive de ces accidents ; d'autre part, il est impossible de nier ici l'influence de la gangrène sur la glycosurie qui était bien plutôt un épiphénomène dépendant de la gangrène elle-même, qu'un accident d'origine diabétique.

L'auteur déclare n'avoir rencontré qu'exceptionnellement l'existence de la glycosurie chez les paludiques.

M. Verneuil a appelé l'attention sur les faits dans lesquels le traumatisme aggravait un état pathologique antérieur. Voici un exemple qui semble démontrer que, dans certaines conditions, un traumatisme peut faire varier du mal au bien un état pathologique antérieur.

M. Chauvel, sans entrer dans le fond de la discussion, fait observer qu'il y a bien des contradictions entre les faits. Ainsi, pour la tuberculose, on invoque tour à tour des faits dans lesquels le moindre traumatisme fait éclater la méningite tuberculeuse, tandis que, dans d'autres cas, une opération grave, telle qu'une amputation, semble enrayer, pour un certain temps, la marche de la tuberculose pulmonaire. Il est impossible d'expliquer ces différences par l'âge de la diathèse, pas plus que par l'intensité du traumatisme. De même pour le cancer, les résultats de l'intervention chirurgicale sont des plus variables.

Intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme. — M. BAZY lit une communication sur ce sujet dont voici les conclusions :

I. Les tumeurs intra-vésicales chez l'homme qui, jusqu'ici, en France, et jusqu'à ces dernières années à l'étranger, avaient semblé être au-dessus des ressources de la chirurgie, peuvent être utilement traitées et guéries.

II. L'opération peut s'appliquer aux tumeurs dites bénignes, comme aux tumeurs dites malignes ; aux tumeurs pédiculées ou sessiles.

III. Elle est contre-indiquée dans les cas de généralisation, d'adhérences aux organes voisins, de néoplasmes diffus, et d'altérations notables des reins.

IV. La base de toute intervention est un diagnostic aussi exact que possible, fait à l'aide du toucher rectal uni au palper hypogastrique et du cathétérisme explorateur de la vessie.

V. L'exploration digitale directe de la vessie n'est permise que quand la gravité des symptômes commandera l'opération et qu'on sera décidé à intervenir. Cette exploration digitale peut se faire par la voie périnéale (boutonnière) ou par la voie hypogastrique. Cette dernière, qui ne paraît pas plus dangereuse que la périnéale, aurait l'avantage de faire complètement l'opération, si elle était indiquée.

VI. L'opération peut être curative ou palliative.

VII. La première convient aux tumeurs pédiculées, quelle que soit leur nature et aux tumeurs dites bénignes pédiculées ou non.

VIII. La deuxième, ou opération palliative, est destinée à combattre certains symptômes qui constituent toute la gravité de l'affection, à savoir : l'hématurie et surtout les douleurs violentes qui accompagnent et suivent les mictions, et enfin les envies fréquentes d'uriner. Elle consiste, après l'ablation de la tumeur, à laisser une fistule vésicale. Elle est donc l'analogue de l'anus contre nature dans le cancer du rectum. L'opération que j'ai faite prouve le grand bénéfice que peuvent en retirer les malades.

IX. La taille hypogastrique doit être préférée à la taille ou à la boutonnière périnéale qui cependant a pu suffire dans quelques cas.

X. L'emploi du ballon rectal de Petersen est presque indispensable pour l'opération par la voie hypogastrique.

XI. L'incision médiane n'est pas toujours suffisante : on devra faire quelquefois une incision en L.

L'incision courbe, formant lambeau supérieur, pourrait être utile dans quelques cas.

XII. La tumeur peut être enlevée soit par la ligature ou la torsion, si elle est pédiculée, soit par le décollement, le grattage, ou en faisant une perte de substance à la vessie.

XIII. Cette perte de substance peut être totale, c'est-à-dire s'étendre à toutes les couches de la vessie, ou partielle, c'est-à-dire n'intéresser que la couche muqueuse et la musculeuse interne.

XIV. Les pertes de substance totales paraissent devoir être réservées aux cas où le néoplasme occupe la paroi antérieure ou postérieure de la vessie et peut-être les parois latérales.

XV. La section est indispensable pour les pertes de substance totales, elle est facultative pour les pertes de substance partielles.

XVI. La crainte d'une infiltration d'urine à la suite d'une plaie opératoire de la vessie n'est pas aussi réelle qu'on pourrait le supposer.

XVII. Toute plaie de la vessie, réunie ou non, contre-indique l'occlusion de la vessie. L'emploi des deux tubes-siphons adossés de MM. Perier et Guyon me paraît réaliser les meilleures conditions pour la sortie facile de l'urine au fur et à mesure qu'elle s'écoule dans la vessie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — Les candidats pour les sections de chirurgie et d'accouchements ont déposé leur thèse au secrétariat, mercredi soir 13 juin. Voici l'ordre, par tirage au sort, dans lequel auront lieu les soutenances et les argumentations, à dater de samedi 16 juin.

Samedi 16 juin. — 1. M. Nélaton, argumenté par MM. Campenon et Segond. — 2. M. Bar, argumenté par MM. Poulet et Ribemont.

Lundi 18. — 1. M. Baudry, argumenté par MM. Étienne et Dupau. — 2. M. Kirmisson, argumenté par MM. Duret et Schwarz.

Mardi 19. — 1. M. Baraban, argumenté par MM. Dubar et Chandelux. — 2. M. Rohmer, argumenté par MM. Sabatier et Lagrange.

Mercredi 20. — 1. M. Maygrier, argumenté par MM. Bar et Pou-

let. — 2. M. Piéchaud, argumenté par MM. Polasson et Baudry.

Jeudi 21. — 1. M. Campenon, argumenté par MM. Segond et Kirmisson. — 2. M. Étienne, argumenté par MM. Dupau et Baraban.

Vendredi 22. — 1. M. Dubar, argumenté par MM. Chandelux et Rohmer. — 2. M. Sabatier, argumenté par MM. Lagrange et Piéchaud.

Lundi 25. — 1. M. Ribemont, argumenté par MM. Maygrier et Bar. — 2. M. Duret, argumenté par MM. Schwarz et Nélaton.

Mardi 26. — 1. M. Polasson, argumenté par MM. Baudry et Étienne. — 2. M. Dupau, argumenté par MM. Baraban et Dubar.

Mercredi 27. — 1. M. Segond, argumenté par MM. Kirmisson et Duret. — 2. M. Chandelux, argumenté par MM. Rohmer et Sabatier.

Jeudi 28. — 1. M. Poulet, argumenté par MM. Ribemont et Maygrier. — 2. M. Schwarz, argumenté par MM. Nélaton et Campenon.

Vendredi 29. — 1. M. Lagrange, argumenté par MM. Piéchaud et Polasson.

— Les questions données pour l'épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation, aux candidats de la section d'histoire naturelle, sont :

1° MM. Mangenot et Henneguy : « Des arbres à baume de Tolu du Pérou. » — 2° MM. Blanchard et Lemaire : « Des graminées utiles. » — 3° MM. Macé et Beauvisage : « Les plantes à caoutchouc et à gutta-percha. » — 4° M. Granal : « Les ipécacuanha. »

L'épreuve orale pour les candidats de la section d'anatomie et de physiologie commencera aujourd'hui vendredi 15 juin 1883.

Aujourd'hui, également, commencera, pour les candidats de la section de physique et de chimie, la deuxième épreuve orale, — leçon d'une heure, — après vingt-quatre heures de préparation.

— *Concours du prosectorat.* — Le dépôt des pièces anatomiques a eu lieu lundi soir. La première séance d'explications aura lieu lundi prochain 18 juin.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions du quatrième semestre de l'année scolaire 1882-1883 sera ouvert le mardi 3 juillet 1883. Il sera clos le samedi 21 du même mois à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre suivant, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première annnée : les mardi 3, mercredi 4, jeudi 5 et vendredi 6 juillet 1883 ;

2° Inscriptions de deuxième année : les samedi 7, mardi 10, mercredi 11 et jeudi 12 juillet 1883 ;

3° Inscriptions de troisième et quatrième années : les vendredi 13, mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20 et samedi 21 juillet 1883.

MM. les Étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du 12 juillet 1883.

MM. les Élèves internes et externes des hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. *Ces formalités sont de rigueur, et les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.*

Le stage hospitalier est obligatoire pour la neuvième inscription de doctorat et la cinquième inscription d'officiat. Cinquante-six jours de présence à l'hôpital seront exigés pour ces inscriptions. Le stage dont il s'agit peut être fait dans le courant des mois de juillet, août, septembre et octobre. A cet effet, aussitôt après la prise de la huitième inscription de doctorat ou de la quatrième d'officiat, MM. les Élèves devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration de l'Assistance publique.

Consignations. — Les élèves ajournés à la session de novembre 1882, au premier examen de doctorat (nouveau mode) et aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (ancien mode), devront consigner les *lundi* 18 et *mardi* 19 *juin*, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 2 au 7 juillet.

Les élèves de première année (nouveau mode) qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances, devront consigner les *mercredi* 27 et *jeudi* 28 *juin*. Ils prendront la quatrième inscription dans la première semaine de juillet. Ceux d'entre eux qui ne consigneraient pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés au mois d'octobre.

Les élèves de première, deuxième et troisième années (ancien mode) et les aspirants à l'officiat devront consigner, pour les examens de fin d'année, en prenant, selon les cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription. En cas d'ajournement, ces élèves (ancien et nouveau mode) pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 22 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 15 et le mardi 16 octobre 1883, dernier délai.

Ostéologie. — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 22 octobre 1883. MM. les Étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat devront se faire inscrire avant les vacances, à l'École pratique, 2, rue Vauquelin. A cet effet, le bureau du chef du matériel sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, pendant la période des examens.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. André, chef de clinique médicale, est délégué pour suppléer, du 1er avril au 30 octobre 1883, M. Fontagnères, suppléant d'anatomie.

M. Jougla, docteur en médecine, est délégué dans les fonctions de chef de clinique médicale, pendant la délégation de M. André dans les fonctions de suppléant.

— Par arrêté ministériel en date du 27 mai, M. Patein, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé pharmacien de l'hôpital Bichat.

— M. le professeur Hébert fera sa prochaine excursion géologique dimanche prochain, 17 juin 1883, à Pont-Sainte-Maxence. Le rendez-vous aura lieu à la gare du Nord, à 7 heures 45 minutes précises du matin.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation dans la forêt de Fontainebleau, le dimanche 17 juin 1883. Le rendez-vous est à la gare de Lyon, où l'on prendra le train pour la station de Fontainebleau, à 7 heures 24 minutes du matin.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation, le dimanche 17 juin 1883, dans la forêt de Saint-Germain. On partira de la gare Saint-Lazare par le train de 10 heures 30 minutes, pour la station d'Achères.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique publique, le dimanche 17 juin 1883, à Mantes, Limay et Fontenay-Saint-Père.

Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous gare Saint-Lazare, où l'on prendra à 8 heures le train pour Mantes. On sera rentré à Paris à 6 heures 55 minutes du soir.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie (Galerie de géologie) avant samedi à quatre heures.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile Rivière. — L'ouvrage formera un beau volume in-4° d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois, par Cusman, intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La neuvième vient de paraître et la dixième est sous presse. Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité des eaux minérales de la France et de l'étranger et de leur emploi dans les maladies chroniques, par le docteur Max Durand-Fardel, président honoraire de la Société d'hydrologie médicale de Paris, médecin-inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy. 3e édition. 1 vol. in-8° de 650 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, Germer Baillière et Cie.

La prostitution en France. Études morales et démographiques, avec une statistique générale de la prostitution en France, par M. le docteur Armand Després, chirurgien de l'hôpital de la Charité. 1 vol. gr. in-8°, avec deux planches coloriées. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Précis théorique et pratique de l'examen de l'œil et de la vision, par le docteur J. Chauvel, médecin principal de l'armée, professeur de clinique ophtalmologique à l'École du Val-de-Grâce. 1 vol. in-18 de la Bibliothèque diamant, avec 150 figures. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14685.

N° 70. — MARDI 19 JUIN 1883. 56e ANNÉE. MARDI 19 JUIN 1883. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Faculté de Médecine de Paris. Histoire de la rage. — Hôpital de la Charité. Ataxie locomotrice et progressive. — Étude clinique sur les indications à remplir dans le traitement des fractures des membres. Avantages des appareils hyponarthéciques à suspension. — Société de Biologie. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

Histoire de la rage (1).

(Leçons recueillies par M. le docteur O. Guillier.)

IV

RAGE HUMAINE.

Maintenant que vous connaissez la rage des animaux, il vous sera plus facile de bien comprendre celle de l'homme que vous devez diagnostiquer, le cas échéant.

Tout d'abord quel est le mode de contagion ? La rage n'est jamais spontanée chez l'homme, toujours elle est communiquée, et il faut pour cela qu'il y ait contact et pénétration dans l'organisme de la bave de l'animal enragé.

Les conditions de pénétration peuvent varier à l'infini, il ne suffit pas que l'animal soit à la période furieuse pour donner la rage, il peut l'inoculer dès le début et alors que l'on n'a aucun soupçon. Il existe à ce propos des faits très curieux : une éraillure, une déchirure, une gerçure, une dénudation de la peau, presque insignifiantes, suffisent pour que l'inoculation ait lieu, si l'animal enragé y laisse tomber sa bave. Un homme ayant de légères gerçures est léché par un chien familier et prend la rage. Un enfant est griffé par un chat enragé dont les pattes ont été souillées par sa bave et prend la rage. Les exemples pourraient se multiplier à l'infini, mais il importe d'être bien pénétré qu'il suffit de la moindre plaie pour inoculer le virus, si la bave d'un animal enragé s'y trouve déposée.

Au sujet du mode de contagion, on a raconté les histoires les plus bizarres et les plus étranges ; lisez Andry, Chaussier, et vous verrez tout ce qui a été imaginé : rage venue par l'air, la sueur, le lait, le sperme, etc... Il faut faire table rase de toutes ces fantaisies, et se bien persuader que toutes les fois qu'il y a rage, c'est par le contact de la bave, support du virus rabique. Les expériences qui ont été faites tendent à prouver que la bave des carnivores est plus virulente que celle des herbivores.

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 juin 1883.

Mais est-ce la salive elle-même ou la bave buccale qui contient le virus ? On ne le sait pas au juste.

Hettvig a essayé de donner la rage en inoculant la salive parotidienne, mais sans y réussir. D'autres ont soutenu que l'écume bronchique pouvait donner la rage : ce n'est pas prouvé. Ce que nous savons et ce que nous pouvons affirmer, c'est que le virus rabique est renfermé dans la salive buccale, dans la bave.

Quant au sang, au sperme, au lait, des expériences ont été faites ; ces liquides ont été mis sur des plaies saignantes sans aucun résultat. Dupuytren et Magendie ont transfusé le sang d'animaux enragés et n'ont pas donné la rage, et, jusqu'à présent, il n'y a aucun exemple de rage communiquée par les rapports sexuels, par le sperme. Reste donc le lait, qui a été incriminé et considéré comme suspect. Mais ici, non plus, nous ne constatons la présence du virus rabique : les exemples sont nombreux où des vaches enragées ont continué à allaiter leur progéniture sans leur donner la rage ; on a fait usage de lait et de beurre venant de vaches enragées et jamais la maladie n'a été donnée.

Parmi les observations de rage humaine, il en est une effroyable que j'appellerai le *fait du courrier de Wilna.*

Dans un village de Russie, un loup enragé et qui avait déjà fait cinq victimes, blesse, le 17 janvier, trente-cinq hommes et vingt-trois femmes. Un médecin, Resen, qui est appelé auprès de ces malheureux, les isole après avoir lavé les plaies avec de la potasse caustique, et fait prendre à chaque blessé une cuillerée à bouche d'une poudre composée d'un mélange de plomb et de cuivre.

Le 16 février, la première personne meurt de la rage et la dernière six mois après.

Sur 58 victimes 39 moururent.

Quelques-unes des femmes allaitaient leurs enfants et continuèrent à le faire, sans qu'aucun de ces enfants gagnât la rage.

Quelques autres étaient enceintes et mirent au monde des enfants qui n'eurent pas la rage.

Rossi, à Turin, en 1805, fit une très remarquable expérience. Ayant pris sur un homme enragé un tronçon de nerf, il introduisit ce nerf encore chaud dans les chairs d'un chien et vit la rage se déclarer chez cet animal. Ce fait peut être rapproché de ceux de Pasteur qui donne la rage en inoculant dans le cerveau du chien quelques parcelles du système nerveux d'un animal enragé.

On s'est aussi demandé si la chair des animaux enragés pouvait produire la rage. Nous sommes en droit de répondre négativement, car la chair de ces animaux a été mangée impunément et elle n'a pas communiqué la maladie.

Quant à l'absorption par les muqueuses non excoriées,

nous ne pouvons répondre que par des points d'interrogation ; cependant nous devons rappeler ici que, dans les armées anciennes, il y avait des esclaves qui suçaient des plaies d'animaux venimeux sans eux-mêmes s'en trouver incommodés.

Que devons-nous penser de la contagion par l'air? Autrefois on y croyait comme à un dogme, et à ce propos voici le fait qui se passa à l'Hôtel-Dieu en 1784. Un homme meurt de la rage et l'autopsie en est faite ; le personnel prend peur et un gentilohmme qui y avait assisté part pour Dieppe immédiatement et se fait jeter dans la mer pour se guérir.

D'autres pratiques étaient encore en usage, il y a cinquante ans environ. Dans plusieurs provinces, en Picardie, en particulier, on étouffait le malheureux entre deux matelas afin d'éviter la contagion par l'air.

L'homme peut-il, par une morsure, donner la rage à une autre personne? Nous ne pouvons pas nous prononcer sur ce point, car les quelques cas qui se sont présentés, de personnes enragées en ayant mordu d'autres, n'ayant pas été suivis de résultats fâcheux, nous n'osons pas cependant conclure négativement.

Quant à la rage communiquée par l'homme aux animaux, elle est bien démontrée : un chien ayant été inoculé avec la bave d'un homme enragé eut la rage et la donna lui-même à un autre chien.

Earle et d'autres ont donné la rage au lapin et au cochon d'Inde avec la bave de l'homme.

Les animaux dont la rage est la plus commune, sont le chien en premier lieu, puis viennent le loup, le bœuf, le chat, etc.; d'ailleurs l'enquête qui a été faite à ce sujet et qui porte sur vingt-deux années, donne les chiffres suivants :

Chien	655 cas.
Loup	38 —
Bœuf	30 —
Chat	22 —
Renard	1 —
Vache	1 —

On s'est demandé s'il y avait un âge où l'on contractait plus facilement la rage. Nous ne le pensons pas ; et si les enfants sont plus fréquemment atteints, c'est qu'ils sont plus imprévoyants.

Quant au siège des morsures, ce sont les membres supérieurs, les mains, qui sont atteints de préférence. Les parties recouvertes de vêtements ne permettent pas facilement l'inoculation. Voici une petite statistique sur le siège des morsures :

Membres supérieurs, mains	213
Visage	90
Membres inférieurs	40
Corps	12

Un dicton populaire répand l'idée que c'est au printemps que la rage se déclare de préférence; les statistiques faites à ce sujet montrent que ce sont les mois de juin, juillet, août qui sont les plus chargés ; viennent ensuite mars, avril, mai. C'est donc pendant les mois les plus chauds que la rage se déclare de préférence, mais il ne faut cependant pas faire d'exception complète pour la saison froide.

Quelle est la durée de la période d'incubation rabique? Si nous consultons les enquêtes, nous voyons que Mead prétend que la rage peut se déclarer le jour même ! Je ne partage pas cette opinion, et je crois qu'on a confondu la rage vraie avec le tétanos ou les spasmes hydrophobiques. Jouffroy dit treize jours, d'autres quatorze jours ; Tardieu, treize jours. On a cité chez un enfant une incubation de deux jours ; enfin, cinq et six jours.

Ce que nous devons retenir, c'est que la rage se déclare très rarement avant sept jours et parfois entre dix et quatorze jours.

Enfin des chiffres très élevés ont été donnés pour la période d'incubation : c'est ainsi que Guenerius dit avoir vu la rage se déclarer au bout de vingt ans; Brassavola, au bout de dix-huit ans ; Salmuth, dix-huit ans ; Chirac, dix ans.

Cælius-Aurelianus admettait une incubation de quarante jours. Voici, d'après les dernières enquêtes, les chiffres qui ont été relevés :

L'incubation aurait été de 15 jours dans	8 cas.
De 20 à 30 jours —	24 —
De 30 à 40 jours —	26 —
De 40 à 50 jours —	29 —
De 80 à 100 jours —	15 —
De 120 à 130 jours —	4 —
De 140 à 150 jours —	1 —
De 230 à 240 jours —	1 —

Valentin et Dieser donnent le chiffre de dix-huit mois comme authentique.

Ce qui domine dans l'appréciation de la durée de l'incubation, c'est le terrain de réceptivité. Pour prendre un exemple, nous ferons remarquer que dans le fait du courrier de Wilna, rapporté précédemment, la rage a commencé au trentième jour pour les uns, tandis qu'elle n'a éclaté que le cinquantième jour chez les autres et même six mois après. La question de réceptivité est donc très importante.

Un fait hors de doute, c'est que l'incubation est moins longue chez les enfants, et que les morsures du membre supérieur sont plus dangereuses. En outre, il y a des influences qui hâtent l'éclosion du mal, les excès, les écarts de régime, les abus vénériens, les veilles, les émotions, la crainte, etc. Les deux faits suivants suffiront à le prouver.

Trolliet rapporte qu'un homme, ayant été mordu par un chien enragé, se portait parfaitement quarante jours après. A cette époque, un individu l'appelle : *Reste de chien enragé!* quelque temps après, il devient enragé et succombe.

Dans la *Gazette des hôpitaux* de 1868, nous trouvons le fait suivant : Une femme cruellement mordue par un chien enragé entre dans le service de Maisonneuve et en sort rétablie au bout de trois semaines. Quelques jours après elle est rencontrée par une personne qui lui dit : *Vous n'êtes donc pas enragée !* Cette malheureuse femme fut prise d'accès de rage et en mourut.

D'après les anciens, les cicatrices de la rage ne guérissaient que lentement ; cela tient tout simplement à ce qu'on tourmentait beaucoup la blessure et qu'on en favorisait longtemps la suppuration. On a dit aussi que la cicatrice formait une sorte de tumeur élevée avec des vésicules autour. Tout cela est fort exagéré. La chose vraie, et qui a cependant été niée, c'est l'hyperesthésie des cicatrices qui force l'animal à se déchirer quelquefois cruellement aux endroits où il a été mordu et qu'on a observée parfois chez l'homme.

Quant aux lysses, elles n'ont pas été vues chez l'homme d'une manière absolument sûre.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Ataxie locomotrice progressive.

I

La présence dans nos salles, au même moment, de plusieurs malades atteints d'ataxie locomotrice, va nous fournir l'occasion de vous parler, avec détails, de cette maladie.

L'ataxie locomotrice progressive est une affection très intéressante, actuellement bien connue, facile à diagnostiquer même au début. Les premiers travaux qui aient été publiés à son sujet sont dus à M. Romberg, de Berlin; c'est lui qui décrivit pour la première fois, en 1840, une maladie caractérisée par des troubles de la vue, l'incoordination des mouvements et quelques douleurs spéciales, sans indiquer la nature des lésions qui lui étaient propres. Ce ne fut que trois ans plus tard que Stendhal eut l'occasion de faire l'autopsie d'un ataxique. Il s'agissait d'un médecin allemand soigné par Romberg, qui avait présenté tous les symptômes de l'ataxie locomotrice et venait de succomber. Il constata l'atrophie des racines postérieures de la moelle, accusée surtout dans la région dorso-lombaire. Mais ces travaux étaient restés absolument ignorés en France, et en 1851 les ataxiques étaient encore confondus avec les paraplégiques.

Cependant, depuis quelque temps déjà, Duchenne (de Boulogne), observateur sagace et de très grand mérite, avait été frappé de voir certains malades compris dans la catégorie des paraplégiques pouvoir lever les jambes, les croiser, les mouvoir enfin dans le lit, tandis que debout il ne leur était pas possible de marcher. Examinant alors avec un soin minutieux ces malades, il reconnut l'existence de phénomènes symptomatiques spéciaux et publia, peu de temps après, un mémoire dans lequel il décrivait la même maladie sous le nom d'ataxie locomotrice progressive, avec ses trois caractères principaux : l'incoordination, les troubles de la vue et les douleurs *fulgurantes*. Plus tard Trousseau appelait cette affection : « Maladie de Duchenne (de Boulogne), » en l'honneur de celui qui l'avait le premier décrite. A peine le mémoire de Duchenne avait-il paru que l'on traduisait le travail de Romberg. Bientôt un certain nombre de pathologistes se mirent à l'œuvre à leur tour, étudiant la nature et le siège de la lésion.

Nous n'entrerons pas ici dans de bien grands détails histologiques, et nous nous bornerons à indiquer les faits les plus importants.

Dans l'ataxie locomotrice, la lésion est surtout disséminée dans la moelle épinière. C'est dans la région dorso-lombaire qu'on la rencontre le plus fréquemment et le plus accusée. Elle siège, non dans toute la moelle, mais principalement dans les cordons postérieurs, c'est-à-dire dans leur partie externe, ainsi que dans les racines postérieures des nerfs. Tantôt la lésion atteint seulement la partie inférieure de la moelle, tantôt la partie moyenne, tantôt elle s'étend à toute la moelle épinière et envahit parfois aussi les troisième, quatrième et sixième paires, le nerf auditif, voire même la protubérance annulaire. Quant à la nature de la lésion, c'est une diminution de volume, une atrophie véritable, ainsi qu'une altération de couleur, une augmentation légère de sa consistance, un peu d'induration en même temps qu'un aspect plus brillant. Enfin les méninges sont un peu épaissies et deviennent adhérentes à la substance médullaire. Histologiquement parlant, les tubes nerveux sont inégaux, disséminés de volume, le cylindre axe est souvent rompu. Le tissu conjonctif surtout est altéré, il y a d'abord prolifération de cellules embryonnaires, puis diminution des cellules, augmentation des fibrilles qui entourent de tous côtés les tubes nerveux, les compriment, les étouffent, finissant plus tard par les détruire. L'altération des tubes nerveux n'est pas une nécrobiose ni une dégénérescence graisseuse, mais une prolifération du tissu conjonctif, une véritable sclérose analogue à celle que l'on observe dans le foie ou dans les reins, par exemple.

En résumé, l'ataxie locomotrice est donc une sclérose postérieure, nom sous lequel on la connaît encore, bien qu'aujourd'hui on tende à lui donner le nom de maladie tabétique, de *tabes dorsalis,* certains malades n'ayant, pour ainsi dire, pas d'incoordination des mouvements. C'est le nom que M. le professeur Charcot préfère.

Ceci dit sur l'anatomie pathologique, nous passons à la symptomatologie.

L'ataxie locomotrice progressive présente trois périodes très tranchées. Dans la première nous ne trouvons aucun phénomène d'ataxie, ce qui nous indique déjà que le nom donné à cette maladie en réalité ne vaut rien. Les premiers symptômes sont généralement des troubles de la vision, troubles oculaires très communs, sans qu'ils soient cependant constants. Ou mieux encore, ils sont parfois tellement passagers qu'ils passent inaperçus du malade, ou sont bien vite oubliés par lui. C'est un strabisme généralement interne, dû à la paralysie du muscle droit externe qui est animé par les nerfs de la sixième paire; de là une certaine diplopie, quand le malade regarde d'une certaine façon. Quelquefois il y a procidence de la paupière supérieure par suite de la paralysie du nerf moteur oculaire commun, en même temps qu'il y a alors strabisme externe.

Donc deux modes de strabisme peuvent se produire : strabisme externe et strabisme interne. De là diplopie non continue, mais par moments en regardant soit en face, soit de côté. Cette diplopie existe quelquefois aussi sans strabisme. Dans certains cas il y a encore une sorte d'hémiopie et le malade ne voit que la moitié des objets. Dans d'autres il y a amblyopie, l'individu voit mal, il a comme un brouillard devant les yeux. Dans ce cas-là, il existe souvent quelque altération de l'œil et l'ophtalmoscope permettrait même, au dire de quelques médecins, de reconnaître qu'il s'agit bien d'une sclérose des racines postérieures de la moelle. La papille, de rosée qu'elle est à l'état normal, apparaît comme une petite lentille blanche, opaque, et renvoyant complètement la lumière. Certains malades perdent même quelquefois complètement la vue avant l'apparition de tout autre phénomène dépendant de l'ataxie locomotrice. C'est ainsi que j'ai dans ma clientèle, en ce moment, un malade qui n'y voit plus depuis trois ans et que l'on a soigné comme atteint d'un glaucome, jusque dans le courant de l'année dernière, où il a été pris de douleurs fulgurantes intenses dans les bras et dans les jambes, comme on l'observe dans l'ataxie locomotrice. Aussi ce malade ne me laisse-t-il aucun doute sur son affection; c'est bien un tabétique.

En résumé, on observe donc presque toujours, au début, des troubles oculaires très marqués. De plus, on constate souvent aussi de la dyschromatopsie, c'est-à-dire une altération de la notion des couleurs. Cette particularité est surtout caractérisée par l'impossibilité de distinguer le rouge et le bleu, le jaune et le vert restant conservés. Ce n'est pas

là un phénomène constant, mais assez fréquent. Ainsi, parmi nos trois ataxiques actuellement dans le service, deux ont conservé jusqu'à présent la notion des couleurs ; le troisième, au contraire, distingue encore le bleu, mais ne voit plus le rouge ni le jaune, ce qui est anomal.

Voilà pour l'altération de la vision, phénomène très important à connaître, car il constitue souvent à lui seul le début de la maladie, et qu'il ne saurait être rapporté à aucune autre affection qu'au tabes dorsalis. Enfin, si chez ce malade on examine l'œil, directement, sans ophtalmoscope, on voit que les pupilles sont inégales, contractées, réduites à un diamètre très restreint et parfois même insensibles à la lumière.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES INDICATIONS A REMPLIR DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES. — AVANTAGES DES APPAREILS HYPONARTHÉCIQUES A SUSPENSION.

Par M. le docteur Philippe (de Saint-Mandé).

I

A-t-on dit le dernier mot sur le traitement des fractures des membres? La science est-elle faite à ce point de vue? Respecte-t-on scrupuleusement les indications si nombreuses, si variées qui peuvent se présenter pour la pratique difficile et complexe à opposer à ces maladies?

N'y a-t-il pas quelques lacunes dans les recherches de ces indications ?

Est-on toujours prêt, avec les ressources actuelles offertes par l'art, à répondre à ces indications et à pouvoir harmoniser tous les bénéfices des traitements employés avec les exigences du travail de néoformation osseuse, en ne faisant subir à ce dernier travail aucune interruption, malgré les diverses complications qui pourraient s'y opposer ?

C'est à ces différents desiderata que nous allons nous efforcer de satisfaire dans cette étude; bien convaincu, toutefois, que nous ne résoudrons pas complètement ces difficiles problèmes.

Nous espérons seulement y apporter quelques vues nouvelles basées d'ailleurs sur une expérience suivie et sur un nombre de faits assez importants qui s'élèvent à 62.

Dans l'état actuel de la science, les appareils inamovibles pour le traitement des fractures des membres occupent le premier rang ; les autres sont tout à fait au second plan, employés le plus rarement possible et seulement pour remplir certaines indications très limitées.

Or cette inamovibilité peut-elle être obtenue d'une manière absolue ? Ainsi conçue, est-elle admissible physiologiquement ? La pratique et les lois de la vie répondent négativement.

En effet, se fondant sur cette inamovibilité idéale, on veut opposer à des agents éminemment mobiles, éphémères, dynamiques avant tout, des forces fixes, aveugles, mécaniques, sans tenir compte de l'action fantasque et capricieuse, ainsi que toute-puissante, des muscles, qui déjoue tous les obstacles, tous les moyens physiques les plus irrésistibles en apparence qu'on fait agir sur eux.

Nous rappellerons à ce sujet ce précepte essentiellement pratique de Mayor (de Genève), qu'il faut « revendiquer les droits sacrés de l'organisme vivant dans toutes les opérations ». (Page 120, *la Chirurgie pure et la Tachytomie*, édition de 1833.)

Il faut donc tenir toujours compte de cet imprévu incessant, de ce changement continuel que subissent les diverses phases du travail de formation du cal et veiller, avec une sollicitude de tous les instants, sur les organes qui y coopèrent ainsi que sur ceux qui y font obstacle. Il faut, par conséquent, que nos moyens d'action se moulent, en quelque sorte, sur les transformations plastiques qui se déroulent devant nos yeux.

Il faudrait, en un mot, que nous réunissions tous nos efforts pour chercher à assimiler les plaies osseuses aux plaies des parties molles, en poursuivant, sans nous décourager, un but unique : la réunion par première intention; quelque travail, quelque surveillance opiniâtres que nous coûte une mission aussi difficile et aussi ardue à remplir.

Or quelles sont les moyens pratiques à mettre en usage pour donner à un appareil à fracture toute son efficacité d'action ?

Voici comment nous les comprenons :

1° La première condition est de maintenir le membre dans la plus grande immobilité, qui d'ailleurs ne pourra jamais s'obtenir que d'une manière relative, circonstance qui doit être toujours présente à l'esprit du chirurgien ;

2° Il faut rendre le membre fracturé le plus indépendant possible du corps ; de sorte que les mouvements de celui-ci ne se communiquent que dans de très faibles proportions aux points malades, afin d'éviter les déplacements des os et d'épargner ainsi des douleurs au patient ;

3° Neutraliser l'action musculaire ou du moins en atténuer les effets ;

4° Laisser le membre à la disposition du chirurgien, en toute liberté, pour l'avoir toujours sous ses yeux et pouvoir ainsi le surveiller incessamment, de manière à se trouver en état de répondre aux diverses complications qui pourraient survenir;

5° Suivre de très près les déplacements des os et y remédier immédiatement par des tractions méthodiques ou autres procédés directs de coaptation des fragments et, à l'aide de ces moyens efficaces, éviter tout retard à la consolidation osseuse ;

6° Donner assez de liberté au membre pour qu'on soit dans la possibilité d'imprimer de bonne heure des mouvements aux articulations voisines de la fracture, pratique qui prévient les ankyloses et procure le fonctionnement précoce de l'organe malade.

Or l'emploi de l'hyponarthécie à suspension est, à notre avis, la méthode de traitement qui, dans l'état actuel de la science, répond le plus rationnellement aux indications que nous venons d'énumérer, et nous allons chercher à démontrer que notre boîte-gouttière, en particulier, réunit, par ses dispositions, les meilleures conditions pour satisfaire à ces mêmes indications ; mais avant d'aborder cet important sujet, nous pensons qu'il est bon de décrire succinctement notre appareil dont on trouvera d'ailleurs la description dans la dernière édition du *Manuel de petite chirurgie* de Jamain et Terrier, pages 353, 354 (1880).

Il se compose : 1° d'une boîte en bois, ouverte en haut, de 55 centimètres de long, de 22 centimètres de large : les planchettes latérales sont hautes de 11 centimètres, percées le long de leur bord supérieur de quatre mortaises, à égale distance les unes des autres ; en tout huit, destinées à recevoir les courroies ou autres liens suspensifs.

Aux quatre coins de la boîte, au point de jonction du plancher de celle-ci et de ses bords, sont pratiquées quatre mortaises, par

lesquelles doivent passer les deux grands liens qui ont pour destination de fixer l'appareil sur le plan qui doit le soutenir;

2° D'une gouttière en fil de fer, longue de 57 centimètres, à larges interstices autant que possible, gouttière ordinaire de jambe, qu'on suspend au milieu de la boîte, à l'aide de huit courroies ou autres liens passés à travers les mortaises des bords et les interstices de la gouttière.

Si l'on a affaire à une fracture de cuisse, on ajoute un cuissard à la gouttière ou l'on se sert de la gouttière de cuisse généralement usitée ;

3° De trois liens pour la fracture de jambe, de quatre ou cinq pour celle de cuisse, destinés à contenir le membre dans la gouttière;

4° D'une bande roulée qui doit envelopper le pied.

Pour faire fonctionner l'appareil, on passe les deux grands liens dans les interstices de la gouttière, en les laissant pendre de chaque côté (nous supposons ici une fracture de jambe, qui d'ailleurs nous servira de type désormais); on introduit les autres liens contentifs à travers les espaces vides de la gouttière et on les abandonne.

On garnit celle-ci d'une forte couche d'ouate, qu'on renforce au-dessous du tendon d'Achille, afin que le talon ne porte pas, ce qui deviendrait une source de vive douleur pour le patient.

On glisse la boîte sous le membre; on procède à la réduction, Celui-ci étant en place, on le recouvre d'une couche d'ouate. S'il est nécessaire, en cas de complication, d'appliquer quelque topique, on interpose un tissu imperméable à la surface du coton.

On attache les liens au-dessus du membre, en les nouant ou les bouclant à son côté externe.

On termine par un bandage roulé autour du pied du malade.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 juin 1883. — Présidence de M. P. Bert.

COMMUNICATIONS

M. RÉMY fait une communication tendant à démontrer que les globules du sang pénètrent directement dans les lymphatiques.

Effets physiologiques de la quinidine. — M. LABORDE fait connaître les résultats de ses recherches sur les effets physiologiques comparés des principaux alcaloïdes du quinquina et, en particulier, de la quinidine. Il rappelle les résultats qu'il a obtenus dans ses expériences sur la quinine, la cinchonine et la cinchonidine. Pour la quinidine comme pour ces autres alcaloïdes, il se présente une première difficulté pour l'expérimentation, c'est d'avoir une substance parfaitement pure. M. Laborde a pu se procurer de la quinidine d'une pureté parfaite.

La quinidine produit des effets physiologiques se rapprochant de ceux de la cinchonine et de la cinchonidine, c'est-à-dire des effets convulsivants; seulement elle est un peu moins toxique. Elle complète donc le groupe des convulsivants ; d'un côté la cinchonine, la cinchonidine et la quinidine et de l'autre la quinine qui ne produit pas d'effets convulsivants.

Si l'on injecte 10 centigrammes de sulfate de quinidine sous la peau d'un cobaye, l'animal présente presque aussitôt une fixité, une sorte de stupeur, il porte la tête en arrière, présente de l'opisthostonos, et bientôt apparaissent des convulsions alternativement cloniques et toniques, de véritables accès épileptiformes et la mort par asphyxie, environ trois quarts d'heure après l'injection. Ces effets sont les mêmes, mais moins marqués que ceux de la cinchonine et de la cinchonidine. Ces deux substances forment donc, avec la quinidine, une sorte de gamme allant de la cinchonine à la quinidine. Quant à la quinine, elle ne produit pas d'effets convulsivants. La quinidine pourrait donc être considérée comme un intermédiaire entre la cinchonine et la cinchonidine d'une part, et la quinine d'autre part; mais elle se rapproche plus de la cinchonine que de la quinine.

Ces résultats constatés par M. Laborde sont tellement constants qu'on pourrait avoir dans l'expérimentation physiologique une précieuse méthode de recherches pour la pureté de ces substances.

M. Laborde montre un flacon de sulfate de quinine venant de l'île de Formose, de l'extrême Orient, et qui porte le nom de muriate de cinchona. Cette substance est employée en quantités énormes dans ce pays. Ayant pris trois cobayes, M. Laborde injecta à l'un 10 centigrammes de sulfate de quinine, à l'autre la même dose de cinchonine, et à l'autre la même dose de muriate de cinchona. Les phénomènes observés chez ce dernier animal présentent une analogie complète avec ceux que donne la cinchonine. Ce muriate de cinchona donné en Orient pour de la quinine n'est donc que de la cinchonine. La preuve chimique en sera donnée.

Effets du froid sur les virus. — M. GIBIER fait une communication sur ce sujet.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

199. M. Zabala y Hermoso. Étude sur le céphalotome. — 200. M. Connétable. Considérations générales sur les plaies des intestins. — 201. M. Catuffe. Contribution à l'étude de la périostite albumineuse ou exsudatrice. — 201. M. Petit. Essai de philosophie médicale. — 203. M. Delaneffe. Essai sur l'étiologie de l'épilepsie tardive. — 204. M. Verdugo. Contribution à l'étude de la goutte saturnine. — 205. M. Flaschœn. Contribution à l'étude de la constipation et de son traitement. — 206. M. Porchaire. Tuberculose consécutive au rétrécissement cancéreux de l'œsophage (inanition). — 207. M. Lebrun. Du muguet primitif du pharynx dans la fièvre typhoïde. — 208. M. Curé. Des parotidites dans les maladies graves, en particulier dans les suites de couches. — 209. M. Gaultier de Beauvallon. Essai sur les hallucinations. — 210. M. Laulaigne. Contribution à l'étude de l'anencéphalie. Diagnostic pendant la grossesse et l'accouchement. — 211. M. Roquancourt. Étude sur les amputations traumatiques secondaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Il paraît qu'on boit trop de bière dans les hôpitaux de Paris; aussi M. le directeur de l'Assistance publique a-t-il cru devoir adresser, le 30 avril dernier, la circulaire suivante aux directeurs des divers hôpitaux :

« Monsieur le directeur, la consommation de la bière a pris, depuis quelque temps, une telle extension dans nos services hospitaliers, et la dépense qu'elle entraîne vient grever si lourdement, chaque année, notre chapitre « comestible », qu'il est absolument de mon devoir de ne pas laisser subsister si longtemps ce que je n'hésite pas à appeler un véritable abus.

La bière, vous le savez, n'est ni un aliment ni un médicament; elle ne figure ni au régime alimentaire, ni au Codex, et le budget ne comporte, dès lors, aucun crédit pour faire face à cette dépense.

J'ai décidé, en conséquence, qu'à dater de ce jour, cette boisson devra disparaître de la consommation courante pour rentrer dans la classe des prescriptions tout à fait exceptionnelles, à délivrer sur bons signés par MM. les chefs de service et visés à l'administration centrale.

Je vous invite à faire connaître ma décision à MM. les médecins et chirurgiens de votre établissement. Ils vous prêteront, j'en suis certain, tout leur concours pour mettre fin à une dépense extraordinaire à laquelle l'administration ne peut pourvoir.

Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente circulaire. »

Jusqu'ici M. Quentin ne sortait pas de ses fonctions administratives. Tout eût été même parfait, si M. le directeur de l'Assistance publique ne s'était pas permis de vouloir faire de la science. Mais il eut l'imprudence, dans cette circulaire, de déclarer « que la bière n'est ni un aliment, ni un médicament ». Cette déclaration fantaisiste ne faisait pas honneur à l'instruction de M. Quentin et ne devait pas tarder être à relevée un peu vertement.

Voilà donc les médecins ordonnant, *sur bons*, la bière aux malades qui en avaient besoin, quand, un beau jour, la bière ne suivit plus les bons; M. le directeur de l'Assistance publique refusait de faire honneur à la signature des chefs de service.

De là, la protestation suivante, en date du 11 juin courant :

« Les chirurgiens des hôpitaux soussignés, considérant la bière comme un aliment et un médicament, regrettent vivement la suppression de cette boisson dans les services hospitaliers, et espèrent que cette décision sera rapportée.

« Le Fort, Trélat, Duplay, Depaul, Panas, Verneuil, Després, Tillaux, Nicaise, Lannelongue, Richelot, Humbert, Reclus, Terrillon, Monod, Schwartz, Bouilly, Pozzi, Marchand, Berger, Gillette, Le Dentu, Delens, Lucas-Championnière, Th. Anger, Polaillon, Guéniot, Marc Sée, Cruveilhier, Horteloup, Terrier, Kirmisson. »

Nous faisons des vœux pour que M. le directeur de l'Assistance publique, mieux éclairé, et convaincu que la bière est « un aliment et un médicament », revienne sur sa décision et ne prive pas plus un malade de la bière que du vin ou de tout autre médicament, ordonnés par un chef de service.

— L'arrêté en date du 30 juin 1880, réglant les concours pour les emplois de chef et aides de clinique à la Faculté de médecine de Paris, est modifié ainsi qu'il suit, dans les articles ci-après désignés :

Article premier. — A chacune des chaires de clinique médicale et obstétricale sont attachés un chef de clinique et quatre aides de clinique, qui sont à la disposition du professeur pour les soins à donner aux malades ainsi que pour les besoins du service et de l'enseignement.

Un chef de clinique et des aides de clinique sont également attachés à chacune des chaires suivantes : 1° de clinique des maladies des enfants ; 2° des maladies cutanées et syphilitiques ; 3° des maladies du système nerveux ; 4° ophtalmologique ; 5° des maladies mentales.

Art. 4. — Le nombre de places mises au concours est de deux tous les ans pour la clinique médicale et de une tous les deux ans pour chacune des cliniques suivantes : 1° obstétricale ; 2° maladies des enfants ; 3° maladies cutanées et syphilitiques ; 4° maladies du système nerveux ; 5° ophtalmologique ; 6° maladies mentales.

Art. 8. — Les jurys de concours sont composés de cinq professeurs, savoir :

1° Pour la place de chef de clinique médicale :

Deux des professeurs de clinique médicale désignés par le sort ; les deux professeurs de pathologie interne ; un professeur désigné par le sort parmi les titulaires des trois chaires de pathologie et thérapeutique générales, anatomie pathologique et thérapeutique.

Lorsque le concours a lieu pour la place de chef de clinique des maladies des enfants, le jury est complété par l'adjonction du professeur de la chaire de clinique des maladies des enfants.

Lorsque le concours a lieu pour la place de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le jury est complété par l'adjonction du professeur de la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Lorsque le concours a lieu pour la place de chef de clinique des maladies du système nerveux, le jury est complété par l'adjonction du professeur de la chaire de clinique des maladies du système nerveux.

Art. 9. — Les épreuves du concours sont de deux ordres : les unes éliminatoires, communes à tous les candidats ; les autres définitives, auxquelles sont admis deux candidats seulement pour chaque place mise au concours.

Pour les places de chef de clinique médicale des maladies des enfants, des maladies cutanées et syphilitiques et des maladies du système nerveux, les épreuves éliminatoires comprennent :

1° Une leçon clinique d'un quart d'heure de durée sur un seul malade, après dix minutes d'examen ;

2° Une dissertation orale d'un quart d'heure de durée sur un sujet d'anatomie pathologique, après examen anatomique, micrographique ou clinique.

L'épreuve définitive réservée aux candidats aux emplois de chef de clinique médicale se compose :

D'une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux malades, après dix minutes d'examen pour chacun, avec la faculté de se borner pour l'un des deux à l'énonciation sommaire du diagnostic et du traitement.

L'épreuve définitive imposée aux candidats admissibles pour le clinicat des maladies des enfants, des maladies cutanées et syphilitiques et des maladies du système nerveux se compose :

1° Pour les maladies des enfants, d'une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux malades choisis dans le service des maladies des enfants, après dix minutes d'examen pour chacun, avec la faculté de se borner pour l'un d'eux à l'énonciation sommaire du diagnostic et du traitement ;

2° Pour les maladies cutanées et syphilitiques, d'une leçon de vingt minutes de durée sur deux malades choisis dans le service de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, après dix minutes d'examen, avec la faculté de se borner pour l'un d'eux à l'énonciation sommaire du diagnostic et du traitement.

3° Pour les maladies du système nerveux, d'une leçon de vingt minutes de durée sur deux malades choisis dans le service de clinique des maladies du système nerveux, après dix minutes d'examen, avec la faculté de se borner pour l'un d'eux à l'énonciation sommaire du diagnostic et du traitement.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le professeur Bleynie est nommé, en outre, secrétaire de ladite École, en remplacement de M. Raymondaud, démissionnaire.

— L'arrêté du 8 mai 1883, fixant au 19 novembre prochain l'ouverture d'un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine, hygiène et thérapeutique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, doit être considéré comme non avenu. Cet arrêté faisait double emploi avec celui du 24 avril dernier, relatif au même objet.

— Une place d'interne est actuellement vacante à l'hôpital-hospice civil de Saint-Denis (Seine). Les étudiants en médecine qui désireraient postuler pour cette position sont invités à se faire inscrire à l'économat de cet hôpital, de ce jour au 21 juin 1883. Il est indispensable, pour les candidats, d'avoir passé un examen de doctorat.

L'interne qui sera nommé recevra un traitement annuel de 500 francs ; il sera, de plus, logé, nourri, chauffé et éclairé.

— M. le docteur Chapuis est nommé médecin-adjoint au lycée de Lons-le-Saulnier (emploi vacant).

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Lannuzel, aide-médecin de la marine, de M. Guérou, élève stagiaire à l'hôpital Laënnec, et de M. le docteur Baudet, de Cadillac.

— M. Rousse, médecin de première classe de la marine, vient de prendre sa retraite.

— Le dernier bulletin publié par la Société des études coloniales et maritimes (avril 1883) contient le compte rendu *in extenso*

de la conférence faite à la Sorbonne par M. Ferdinand de Lesseps sur la *Mer intérieure d'Afrique*, le rapport lu par M. de Lesseps à l'Académie des sciences et le rapport des ingénieurs et entrepreneurs.

Il contient en outre la conférence de M. Charles Wiener sur l'*Amazone et ses affluents*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons de pathologie chirurgicale générale, par le docteur Berne, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Lyon. 2 vol. grand in-8° de près de 1,700 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 32 francs. — Paris, G. Masson.

Des aconits et de l'aconitisme, par le docteur Laborde et M. H. Duquesnel, lauréats de l'Académie de médecine. (Prix Orfila 1878.) 1 vol. gr. in-8° avec 4 planches chromo-lithographiées et nombreux graphiques. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

Nosographie et thérapeutique des maladies de la peau, par le docteur Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Le médecin. Devoirs privés et publics ; rapports avec la jurisprudence et l'organisation médicale, par le docteur A. Dechambre. 1 vol. in-18 diamant. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie, par le professeur Weir Mitchell, M. D., membre de l'Académie nationale des sciences des États-Unis d'Amérique, etc. Traduit par le docteur O. Jennings, membre du Collège royal des chirurgiens de Londres, etc., avec une introduction par M. le professeur B. Ball. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Berthier.

De la médication purgative, par le docteur C. Clément, médecin des hôpitaux. In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

De la tuberculose expérimentale, par le docteur M. J. Schmitt, professeur agrégé. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

L'ovulation dans ses rapports avec la menstruation et la fécondation, par le docteur T. Gallard, médecin à l'Hôtel-Dieu. — Prix : 2 francs. — Paris, H. Lauwereyns.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14698.

N° 71. — JEUDI 21 JUIN 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 21 JUIN 1883. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Ataxie locomotrice et progressive. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Du croup ; traitement médical et traitement chirurgical, indications et contre-indications. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — INSTRUMENTS ET APPAREILS. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie s'est laissé arrêter par des scrupules d'opportunité et de convenance administrative, que cette fois M. Rochard a repris, pour son propre compte, pour les opposer à l'amendement principal de M. Le Fort, après les avoir combattus si éloquemment quand M. Fauvel les opposait à son rapport et à ses conclusions.

Malgré cette inversion de rôles, ce sont bien les mêmes arguments et sous une forme identique : il ne faut pas que l'Académie ait l'air de contrôler l'action gouvernementale ; qu'elle intervienne sans être consultée ; qu'elle se prononce à la légère, sans avoir sous les yeux toutes les pièces du débat, sur des questions qui sont à l'étude dans des commissions officielles ; il faut attendre le résultat d'enquêtes qui se font ailleurs ; les conclusions doivent être incolores pour que l'Académie ne soit pas exposée à être regardée comme ayant dépassé les limites de sa compétence. N'était la chaleur du débit, on aurait cru entendre une seconde édition des discours de M. Fauvel.

D'ailleurs, comme dans les discours de M. Fauvel, toute la discussion portait sur la forme, et le fond des questions n'était pas abordé. M. Brouardel, qui a conclu dans le même sens que M. Rochard, a bien laissé voir qu'il n'en était pas moins d'accord avec M. Le Fort sur la nocuité du déversement des matières fécales dans les égouts. Seulement il a parlé savamment de l'enquête poursuivie par une commission ministérielle dont il fait partie, et il a laissé entrevoir que les travaux de cette commission provisoire devant prendre fin à une date peu éloignée, l'Académie de médecine pourrait alors avoir le dernier mot.

On se résout aisément à attendre le moment le plus opportun quand on sait que ce moment arrivera bientôt. M. Fauvel avait négligé de présenter semblable perspective.

M. Brouardel, lui, ne demandait qu'un retard qui ne serait pas long, et non une attente indéfinie. Il ne s'agissait pas d'études poursuivies par un comité permanent, mais d'une enquête à terminer par une commission nommée dans ce but. L'Académie serait appelée à mettre à profit cette enquête, et M. Brouardel lui-même était d'avis qu'elle devait alors donner sa décision au point de vue de l'hygiène.

Dans ces conditions, il a paru qu'il pourrait suffire d'introduire dans les conclusions de formelles réserves montrant que l'Académie entendait se saisir un jour de la question.

Cela vaut-il mieux ainsi? Nous ne le croyons pas.

En effet, s'il est vrai que chaque système de vidange forme un ensemble composé de plusieurs parties inséparables, comme l'a soutenu M. Trélat en s'appuyant sur l'opinion des hommes du métier, des architectes, ce n'était pas là le point sur lequel l'Académie pouvait avoir à se prononcer.

Avant l'enquête comme après l'enquête, elle ne peut avoir à choisir entre les procédés pratiques qui pourraient être proposés pour la solution du problème. Cela n'est pas de sa compétence, les voies d'exécution regardent les ingénieurs et les architectes. Le corps médical doit se borner à leur faire connaître les principes d'hygiène, dont l'oubli les amènerait à compromettre la santé publique.

La nocuité des déjections typhiques ne fait plus doute. Pourquoi ne pas le dire dès aujourd'hui, avec énergie, de manière qu'on recherche les moyens de ne pas étaler ces matières en couche épaisse sous nos rues ?

Il existe une commission qui fait une enquête sur ce sujet : c'était donc le meilleur moment pour indiquer le sens dans lequel il faut diriger les recherches.

Comme le disait avec raison M. Le Fort, les médecins qui font partie de cette commission et qui, contraires au système du « *Tout à l'égout*, » n'y ont pas toujours l'influence qu'ils devraient avoir, auraient trouvé un puissant appui dans un vote plus explicite de l'Académie de médecine.

Tous nos compliments à M. Ball, qui, relégué au second rang par la commission, on ne sait pourquoi, a été élu à une forte majorité dès le premier tour de scrutin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Ataxie locomotrice progressive (1).

II

Dans la seconde période, laquelle cette fois justifie mieux le nom d'ataxie locomotrice donné à la maladie qui nous occupe, dans cette période, dis-je, les troubles visuels disparaissent ordinairement, ne laissant derrière eux que quelques phénomènes d'inégalité des pupilles et du myosis, c'est-

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 juin 1883.

à-dire une contraction énorme des pupilles, telle que celles-ci sont presque réduites aux dimensions d'une tête d'épingle. Ce phénomène n'est pas constant, mais il est des plus communs dans la seconde période. Souvent aussi il existe encore de la dyschromatopsie, enfin quelques malades conservent une vue tellement faible qu'ils ne peuvent lire que très difficilement. Quant aux douleurs fulgurantes, très vives dans la première période, par suite de l'irritation inflammatoire du tissu conjonctif, de l'irritation des tubes nerveux sensitifs, elles sont généralement moindres comme fréquence et comme intensité au commencement de la deuxième période pour disparaître pendant le cours de cette période. En effet, à cette époque, les tubes nerveux sensitifs ne sont plus sous l'influence de l'inflammation, mais comprimés et détruits par l'envahissement du tissu conjonctif. Cette disparition des douleurs fulgurantes est une sorte de consolation pour les malades qui, s'ils voient l'affection progresser, cependant savent que ces douleurs n'ont qu'un temps et doivent cesser à un moment donné.

Mais le phénomène capital de la seconde période, c'est l'ataxie locomotrice, c'est-à-dire l'incoordination des mouvements. Si déjà dans la première période le malade éprouvait de la difficulté à se tenir debout les talons l'un contre l'autre, à aller et venir dans l'obscurité, dans la seconde période, ces phénomènes sont plus accentués. Il ne peut plus marcher qu'après des efforts considérables et sa démarche est toute spéciale, sa jambe lancée en avant dépasse le but qu'elle veut atteindre, le talon frappe lourdement le sol, et, selon l'expression consacrée, on dit que l'individu talonne. C'est là un caractère très tranché. Les malades jettent aussi la jambe de côté, ne peuvent diriger le pied là où ils veulent. C'est en descendant un escalier que ce phénomène de sautillement est encore plus marqué, et c'est à grand'peine si, soutenus par le bras d'autrui et se tenant à la rampe, ils arrivent à pouvoir descendre plusieurs marches. De même il leur est très difficile de poser convenablement le pied sur le marchepied d'une voiture, pour y monter. Enfin il leur est nécessaire d'élargir leur base de sustentation, tant ils ont de la peine à se maintenir en équilibre. Ils ne peuvent encore marcher qu'en regardant le sol à leurs pieds, et dès qu'ils viennent à fermer les yeux, ils tombent.

De plus, au lit, il leur arrive souvent de ne plus avoir la notion de la position de leurs jambes. Ces désordres musculaires se remarquent le plus souvent aux membres inférieurs seulement; cependant, quelquefois, on les rencontre aussi aux membres supérieurs, s'accompagnant, dans le commencement, de douleurs fulgurantes de ce côté. Alors, n'ayant plus la notion de la position des bras et des mains, on les voit hésiter pour saisir un objet, on voit la main osciller, trembler pour écrire. C'est là un phénomène d'extension de la sclérose des régions inférieures de la moelle aux parties supérieures, parfois même jusqu'à son renflement cervical.

On observe souvent aussi une anesthésie plus ou moins intense, quelquefois totale, parfois aussi s'accompagnant soit d'incontinence d'urine, soit d'anurie et d'incontinence des matières fécales, soit de constipation, en même temps qu'il y a impuissance génitale.

D'autre part, il existe des phénomènes particuliers du côté des articulations, surtout dans les genoux. Ce sont des arthropathies avec déformation des articulations et hydarthroses, arthropathies peu douloureuses mais de longue durée, résultant d'une altération profonde de la nutrition et guérissant rarement. Les os eux-mêmes sont aussi quelquefois le siège d'une altération de nutrition de leur tissu; de là une facilité extrême à se fracturer au moindre choc ou à la moindre chute, ou même sous l'influence d'un simple mouvement.

Un phénomène singulier résultant des troubles de l'innervation, que l'on rencontre assez fréquemment, c'est le mal perforant de la pointe du pied. Nous en avons eu un exemple dans nos salles, il y a deux ans, chez un malade qui est venu à trois reprises dans le service; trois fois aussi nous l'avons guéri de ce mal par l'emplâtre de Vigo, mais chaque fois celui-ci a récidivé. C'est là un trouble trophique fréquent chez les ataxiques.

Enfin on constate encore quelquefois de l'atrophie musculaire, atrophie partielle, non symétrique, localisée par exemple dans l'une des mains, dans l'une des jambes ou dans un groupe musculaire. L'un de nos malades actuellement dans le service a une atrophie du mollet telle que celui-ci a pour ainsi dire fondu. Cette atrophie, très rarement généralisée, dépend de la sclérose des cornes antérieures et est absolument distincte de la maladie appelée atrophie musculaire progressive.

Les ataxiques sont toujours susceptibles des mouvements simples et leur puissance musculaire conservée est la preuve qu'il n'y a pas chez eux paralysie, car ils peuvent soutenir sur le dos des fardeaux très lourds dès qu'on les a convenablement mis en équilibre sur leurs jambes. La succession cadencée des mouvements est perdue, mais le mouvement simple est conservé. L'intelligence est restée lucide, ainsi que la mémoire, et les fonctions respiratoires et gastro-intestinales n'ont subi aucune atteinte.

Quant à la troisième période, elle est caractérisée surtout par une véritable paralysie; les mouvements simples se perdent peu à peu, la force musculaire diminue par suite de l'extension de la sclérose aux parties latérales et surtout antéro-latérales de la moelle. En même temps il y a perte de la vue, incontinence complète des urines et des matières fécales, immobilité absolue et quelquefois aussi un peu de contracture, phénomènes d'autant plus pénibles pour le malade qu'ayant conservé toute son intelligence, il assiste tout entier à sa ruine, à son effondrement physique.

Tels sont les phénomènes de l'ataxie locomotrice progressive, qui, s'ils sont aujourd'hui bien connus et nettement déterminés, cependant n'ont pas encore pu être tous expliqués par les lésions observées à l'autopsie, malgré les recherches et les travaux considérables dont cette affection a été l'objet. Les douleurs fulgurantes s'expliquent par l'irritation inflammatoire des tubes nerveux sensitifs, l'anesthésie par la compression de ces mêmes tubes et les troubles oculaires par la sclérose du nerf optique et du nerf moteur oculaire commun, sclérose qui atteint parfois jusqu'aux quadrijumeaux. Lorsqu'il s'agit, au contraire, de l'incoordination des mouvements, du relâchement des sphincters, etc., ici les expériences restent insuffisantes. Duchenne (de Boulogne) a bien dit que l'incoordination était la conséquence de l'anesthésie par cela que la malade avait perdu toute notion de ses membres; mais cette explication tombe devant ce fait que l'on rencontre l'incoordination sans qu'il y ait la moindre anesthésie. M. le docteur Poincaré (de Nancy) l'a très clairement prouvé en montrant que, sur 64 observations, on avait relevé 25 cas où la sensibilité avait été conservée. L'anesthésie ne saurait donc être invoquée comme cause. De plus, ne voyons-nous pas des malades qui ne sont nullement ataxiques, des hystériques

par exemple, présenter des phénomènes d'anesthésie ? En résumé, dans l'état actuel de nos connaissances scientifiques, il y a là un fait que nous ne pouvons pas encore expliquer.

Quoi qu'il en soit, l'ataxie locomotrice est une maladie à marche très lente, sauf quelques rares exceptions, se prolongeant pendant des années et dont l'évolution se divise en trois périodes bien distinctes et d'une durée variable. C'est ainsi que parfois la première période pourra durer dix ans et plus, sans qu'il survienne aucun des phénomènes ataxiques proprement dits. En somme, c'est une affection aux allures réellement chroniques, mais qui ne guérit pas. Les cas les plus heureux, en effet, sont ceux où le mal reste stationnaire à sa première période. Mais la mort est la terminaison ordinaire de l'ataxie locomotrice soit par la progression des accidents, soit par l'affaiblissement graduel, une sorte de véritable cachexie et l'envahissement total de la moelle. Certains malades succombent à la formation d'escarres plus ou moins considérables résultant de l'incontinence des matières fécales et des urines; d'autres, à quelque affection des voies urinaires, cystite, néphrite, pyonéphrite, etc. Enfin le plus grand nombre sont emportés par une maladie accidentelle, intercurrente, à laquelle ils résistent d'autant moins qu'ils sont sous l'empire de l'ataxie locomotrice.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

Du croup; traitement médical et traitement chirurgical; indications et contre-indications.

I

Je donne en ce moment mes soins à un petit enfant qui a été opéré du croup, samedi dernier, par M. de Saint-Germain. C'est un enfant de huit ans et demi, qui est très bien développé, assez fortement musclé. La trachéotomie a été faite dans des conditions assez difficiles, bien que le larynx fût en apparence facile à saisir, conditions qui l'ont forcé, après quelques tentatives infructueuses, à modifier, dans la circonstance, le procédé auquel il a ordinairement recours.

C'est à ce propos que je vais vous faire le traitement du croup tel qu'il me paraît devoir être appliqué et selon l'époque de la maladie à laquelle le médecin est appelé.

Lorsque, au moment où vous êtes mandé auprès de votre petit malade, le croup est déjà déclaré, vous toucherez la gorge de l'enfant, toutes les deux heures, avec du jus de citron ou du perchlorure de fer dilué, de façon à conserver néanmoins une action styptique suffisamment accusée, ou bien encore avec du vinaigre aromatique également dilué dans un peau d'eau. Ces badigeonnages doivent être faits avec grand soin, toutes les deux heures, et sans trop frotter la muqueuse pour ne pas l'excorier.

De plus, toutes les trois heures, on fera des irrigations au fond de la gorge, irrigations à grand jet soit avec de l'eau de noyer, soit avec de l'eau et du vin aromatique, soit avec de l'eau et de l'acide borique ou le mélange suivant :

Borax. . . . . 8 à 10 grammes.
Eau . . . . 200 —

soit encore avec de l'acide salicylique ou avec une dilution de salicylate de soude dans la proportion de 10 grammes pour 250 grammes d'eau; on prend un tiers de ce mélange que l'on additionne encore de deux tiers d'eau avant de s'en servir. Mais à ces préparations je préfère encore une substance que l'on a aisément sous la main, telle, par exemple, que le vinaigre aromatique qui remplit très bien les conditions que l'on cherche. En même temps on aura soin de faire pulvériser dans l'atmosphère une solution phéniquée au quart ou au cinquième (soit 200 ou 250 grammes d'acide phénique pour un litre d'eau).

Vous aurez soin aussi d'alimenter l'enfant, de le soutenir avec du café, de l'alcool, voire même du vin de Champagne, du bouillon; si ce dernier lui répugne, donnez-lui quelque chose qui flatte son appétit, tels que sorbets, crème au chocolat, etc. Pendant ce temps vous maintenez dans la pièce habitée par votre petit malade une bonne température, 16 à 17 degrés centigrades environ. A l'intérieur, je prescris aussi de donner le perchlorure de fer ou un saccharure d'extrait de cubèbe, à la dose d'une petite cuillerée à sel, trois ou quatre fois par jour. Un certain nombre de médecins emploient le chlorate de potasse; pour moi, je n'en ai jamais vu aucun effet favorable.

Quelques mots maintenant sur la symptomatologie. Ordinairement, du troisième au neuvième jour, l'enfant accuse une sensation pénible au niveau du larynx, la voix se voile plus ou moins rapidement et s'éteint; il tousse de temps en temps, puis la toux augmente, elle devient rauque et le croup est déclaré. On entend bientôt alors un sifflement laryngo-trachéal plus intense dans l'inspiration que dans l'expiration, sans qu'il y ait encore cependant ce que l'on appelle du tirage. C'est le moment de prévenir la famille de l'enfant que si le sifflement augmente, une opération, la trachéotomie, sera nécessaire. Aux parents d'accepter ou de refuser d'y consentir. Dans ce dernier cas et après avoir insisté comme l'état du petit malade vous en a fait le devoir, votre responsabilité est à couvert. Il y a deux ans à deux ans et demi environ, je donnais mes soins à l'enfant d'un grand industriel de Paris, dont la vie était gravement compromise par un croup suffoquant. Le père du petit malade étant absent de Paris, je prévins les parents et j'insistai notamment auprès de son grand-père pour qu'il m'autorisât à procéder à la trachéotomie. J'essuie un refus absolu. A quatre heures, je reviens avec mon collègue et ami M. de Saint-Germain; la dyspnée avait considérablement augmenté, mais il n'y avait pas encore de tirage. Nous cherchons de nouveau à faire comprendre la nécessité d'une opération au grand-père de l'enfant, mais nous éprouvons la même résistance. Une nouvelle consultation a lieu dans la soirée : même refus de la famille. Cependant les phénomènes allaient en s'aggravant. Ce ne fut que pendant la nuit, alors que l'enfant était à toute extrémité, qu'un membre de la famille, accourant chez moi, venait me demander d'intervenir chirurgicalement. L'enfant fut opéré *in extremis* et succomba.

Quelles sont donc les indications de la trachéotomie ? Ces indications sont le tirage, c'est-à-dire le moment où les parties molles qui entourent la cage thoracique se dépriment plus ou moins violemment, surtout au niveau des régions sus-sternale et sus-claviculaire. On voit alors la dyspnée aller en croissant et arriver jusqu'à des accès de suffocation de plus en plus intenses; une noxémie de plus en plus accusée, les forces diminuer, le teint pâlir visiblement, la peau devenir insensible; enfin l'enfant en arrive à l'asphyxie violacée, c'est-à-dire à cette troisième période du mal où il est déjà trop tard pour intervenir efficacement.

Dès 1808, la trachéotomie avait été préconisée, mais c'est surtout à Bretonneau que l'on doit d'avoir mis cette opération en honneur. C'est après avoir vu succomber successivement les deux enfants de M. de P..., qu'il se décida à opérer le troisième, atteint de la même affection, et qu'il le sauva. Après lui, Trousseau s'en déclara le partisan, et depuis lors tous les médecins ont compris et admis l'utilité, la nécessité même, dans des circonstances déterminées, d'une opération qui a pour but de remédier à l'asphyxie qui résulte de l'imperméabilité du larynx bouché par des fausses membranes.

Voici pour les indications de la trachéotomie dans le croup, lesquelles peuvent se résumer dans l'apparition du phénomène connu sous le nom de tirage. Quant aux contre-indications et au manuel opératoire, nous les étudierons dans notre prochaine conférence.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES INDICATIONS A REMPLIR DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES. — AVANTAGES DES APPAREILS HYPONARTHÉCIQUES A SUSPENSION (1).

Par M. le docteur PHILIPPE (de Saint-Mandé).

II

Nous allons reprendre notre sujet principal, en cherchant à démontrer les avantages de la suspension au point de vue des diverses indications à remplir pour obtenir les meilleurs résultats pratiques.

Première indication. — Maintenir le membre dans la plus grande immobilité.

Nous avons démontré précédemment que l'immobilité absolue est impossible et que les appareils inamovibles ne peuvent s'opposer à des déplacements qui s'opèrent plus ou moins tardivement par l'action inévitable des muscles, par le retrait des mélanges plâtrés et par les vicissitudes qu'éprouve le membre dans ses dimensions, pendant le travail du cal.

Il faut donc prévoir les déplacements des fragments, que l-que méthode de traitement qu'on suive, et le chirurgien doit toujours être prêt à y remédier : ce sont les préceptes enseignés par les Desault, les Boyer, les Dupuytren.

L'auteur de l'article FRACTURE du *Dictionnaire encyclopédique de médecine* admet ces principes : « La pratique de tous les jours démontre que ces examens répétés n'apportent aucun retard à la consolidation (p. 150). »

L'immobilité relative peut être obtenue par la suspension dans les fractures simples et sans obliquité de la jambe et des membres supérieurs : cette disposition des appareils atténue notablement l'action des muscles, les déplacements sont presque nuls.

Il n'en est pas de même pour les fractures avec chevauchement ou très obliques de la jambe; pour celles de cuisse.

Dans ces cas, la suspension employée seule est insuffisante; il faut l'aider de manœuvres méthodiques auxquelles nous avons donné des applications nouvelles et que nous énumérons plus loin.

Deuxième indication. — Rendre le membre fracturé indépendant le plus possible du corps, c'est une propriété qui est exclusivement inhérente à l'hyponarthécie à suspension et qui n'a pas besoin d'explication.

Troisième indication. — Neutraliser ou du moins toujours atténuer les effets de la contraction musculaire. Mayor avait dit que la suspension diminuait l'irritation des muscles; une longue expérience nous a prouvé que son emploi enrayait toujours et neutralisait dans beaucoup de cas la contraction musculaire; d'où l'on peut inférer qu'elle s'oppose le plus souvent aux déplacements des os ou en limite les proportions.

Quatrième indication. — Laisser le membre à la disposition du chirurgien pour qu'il soit en état de répondre à toutes les complications.

L'hyponarthécie est la méthode de traitement qui remplit le mieux cette indication, laissant, en effet, le membre à découvert, libre de toute compression; celui-ci devient l'objet d'une surveillance de tous les moments : le chirurgien peut agir sans obstacle sur les fragments déplacés, de manière à éviter les accidents graves qui résultent souvent de leurs déviations, tels que douleurs excessives, inflammation, abcès, hémorragies, plaies, etc., accidents qu'il prévient par la coaptation directe.

Il lui est facile ainsi de suivre scrupuleusement l'évolution du travail de consolidation, de le diriger même et d'obvier aux effets funestes de ses aberrations, en même temps qu'il favorise ces opérations plastiques, qui ne subissent aucune interruption, par des manœuvres méthodiques auxquelles il peut se livrer, derniers résultats obtenus par l'immobilisation plus ou moins complète que procure la suspension en enrayant l'action musculaire.

D'ailleurs la plupart des hommes de l'art reconnaissent à la suspension hyponarthécique des avantages spéciaux dans les fractures compliquées.

Voici l'opinion de l'auteur de l'article FRACTURE du *Dictionnaire encyclopédique de médecine :*

« Ces appareils (hyponarthéciques à suspension) rendent des services incontestables dans les fractures compliquées. » (Page 152.)

Voici un autre passage du même écrivain : « Aujourd'hui on s'accorde à traiter les blessés, dans le début, par les appareils amovibles; par les autres appareils, quand le cal commence à devenir osseux, dans la deuxième partie du traitement » (p. 154, 155); « ces derniers ne doivent être employés qu'à titre exceptionnel. »

Toutefois nous donnons une extension plus grande à l'usage des appareils à suspension; à l'aide de celui que nous avons adopté, nous l'avons appliqué avec succès jusqu'à la fin du traitement dans la grande majorité des cas, l'appareil inamovible ne l'ayant été que tout à fait exceptionnellement.

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 juin 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juin 1883. — Présidence de M. HARDY.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. LABOULBÈNE présente, au nom de M. Bellangé, chef du laboratoire de la Faculté, un appareil spirométrique et carbonimétrique.

M. BAZILE FÉRIS, médecin-professeur de la marine, présente à l'Académie un appareil qu'il appelle : *Respirateur élastique*, et

dont le but est de faire disparaître l'oppression des emphysémateux. La dyspnée est due ici, en effet, à ce que certaines parties du poumon, dilatées outre mesure, n'expirent plus ou presque plus par suite de la perte de l'élasticité des alvéoles.

L'auteur a eu l'idée ingénieuse de remplacer par une élasticité artificielle cette élasticité naturelle disparue. Dans cette intention, il s'est servi d'un appareil qui ressemble presque entièrement à un bandage herniaire double; et, de fait, un simple bandage de ce genre peut servir à l'hôpital, dit M. Féris. La courbure des lames d'acier entoure le thorax; et la pelote, un peu aplatie pour la circonstance, vient s'appuyer en avant sur le sommet du poumon emphysémateux. Sous l'influence de cette pression élastique, l'expiration se produit, fonction presque inconnue depuis longtemps sur quelques points; puis les muscles inspirateurs surmontent facilement le léger obstacle des ressorts et le jeu de soufflet de la respiration est désormais établi dans des parties qui jusqu'alors étaient presque inutiles à l'hématose.

En outre, cet appareil fait disparaître la voussure et empêche l'extension des lésions en soutenant les parties faibles du thorax. On peut le porter nuit et jour; caché sous les vêtements, il n'est ni visible ni gênant.

M. Féris a réussi à soulager immédiatement la dyspnée dans tous les cas où il s'est servi de son *respirateur élastique*.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Siredey; en deuxième ligne, M. Ball; en troisième ligne, M. Cadet de Gassicourt; en quatrième ligne, M. Bouchard.

Le nombre des votants étant de 83, majorité 42,

M. Ball obtient	44	suffrages.
M. Siredey.	34	—
M. Cadet de Gassicourt	4	—
M. Bouchard.	1	—

En conséquence, M. Ball, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. MÉHU déclare chimériques les craintes exprimées au sujet des dépotoirs et établissements insalubres. Suivant lui, les progrès hygiéniques qui y ont été déjà réalisés sont tels que l'on doit espérer dans un avenir prochain la disparition à peu près totale des inconvénients qui leur ont été reprochés. Il estime d'ailleurs que chaque commune doit rendre ses propres déchets inoffensifs avant de les exporter sur le territoire des communes voisines. En conséquence, il votera le rejet de l'article 3 relatif à l'éloignement des dépotoirs et établissements analogues.

M. ROCHARD lit un rapport supplémentaire au sujet des amendements proposés par M. Léon Le Fort dans la dernière séance et qui avaient été renvoyés à la commission.

En ce qui touche les deux articles relatifs aux dépotoirs et établissements insalubres, comme les modifications proposées par M. Le Fort ne s'éloignent pas assez sensiblement du texte de la commission pour qu'elle ne puisse les accepter, elle déclare adopter la rédaction nouvelle de ces deux articles. Mais elle n'en persiste pas moins à croire que les dépotoirs de Bondy, d'Aubervilliers, etc., sont une des grandes causes des odeurs de Paris.

Quant à la question des égouts, la commission ne pense pas que l'Académie puisse trancher ainsi, d'une façon incidente, sans préparation, sans discussion, par un simple vote, au risque de se voir accusée d'intervenir sans y être invitée, une question aussi controversée, aussi brûlante que celle-là, question dont le gouvernement se préoccupe et qu'il a prise en main. Voilà quatorze ans que cette question est à l'étude. A la fin de 1879, le conseil municipal s'en empara sur la proposition du directeur des travaux de Paris et du préfet de la Seine, et, après une étude approfondie au sein de la sixième commission, discussion qui dura plusieurs séances, il se prononça, par une délibération en date du 23 juin 1880, pour l'écoulement des matières fécales à l'égout et l'épuration des eaux d'égout par le répandage sur le sol.

Quelques mois plus tard, le 28 septembre 1880, le Ministre de l'agriculture et du commerce a nommé une commission pour s'occuper du même objet et cette commission se prononça contre l'adoption de ce système.

La lutte entre les partisans et les adversaires du « *Tout à l'égout* » s'est propagée aux sociétés savantes, à la Société de médecine publique, au Congrès de Genève, etc.

Enfin, pour trancher la question, le préfet de la Seine, par un arrêté du 25 octobre 1882, a nommé une commission dont il a pris la présidence et qui se compose de 37 membres, parmi lesquels figurent six membres de l'Académie de médecine : M. Bouley, Fauvel, Brouardel, Proust, Léon Colin et Henri Gueneau de Mussy. Cette grande commission fonctionne depuis sept mois. Elle est pourvue de tous les moyens d'enquête qu'on peut désirer; les ingénieurs de la Ville, les documents originaux, les pièces officielles sont à sa disposition. Elle a les fonds nécessaires pour se livrer à ses recherches et pour les étendre à toutes les localités où elle croit pouvoir se renseigner utilement. Cette commission poursuit son œuvre et M. le rapporteur pense que l'Académie doit attendre le résultat de cette grande enquête pour évoquer la question si elle le juge convenable.

La trancher par un vote, sans examen préalable, serait encourir le reproche de légèreté.

Commencer une enquête à côté de la commission officielle, sans disposer de ses ressources, de ses documents, des lumières des gens du métier, ce serait faire une œuvre au moins inutile, et mériter le reproche de vouloir contrôler l'action des pouvoirs publics, de s'immiscer dans des questions qui ne sont pas du ressort de l'Académie.

En conséquence, la commission propose de remettre à d'autres temps la question des vidanges ou d'égout et de voter la conclusion un peu incolore, mais nullement compromettante, qu'elle a déjà soumise à l'Académie.

M. LÉON LE FORT dit qu'il aurait mauvaise grâce à combattre les conclusions de la commission quand elle a bien voulu, au moins en partie, adopter les amendements proposés par lui. Il se bornera donc, en ce qui concerne la question du système « Tout à l'égout », à demander que l'Académie ne garde pas complètement le silence sur un sujet si important. L'Académie, traitant la question au point de vue purement médical, ne saurait être blamée de déclarer, en principe, que, surtout dans l'état actuel de notre système d'égout, l'écoulement des matières fécales dans ces conduits, qui communiquent par un si grand nombre de regards avec la voie publique, peut contribuer à l'éclosion et à la propagation de la fièvre typhoïde. On a dit que la commission d'enquête renferme déjà dans son sein quelques membres de l'Académie et on s'est appuyé sur ce fait pour empêcher l'Académie d'intervenir par elle-même. Mais, dans cette commission de 37 membres, les médecins sont loin d'être en majorité : on les écoute peu, car on leur oppose le désaccord que l'on prétend régner dans le corps médical. Ce serait donc leur rendre service que de leur donner l'appui d'un vote de l'Académie.

M. BROUARDEL, tout en partageant à beaucoup d'égards les opinions de M. Le Fort, ne pense pas qu'il soit opportun pour l'Académie d'adopter en ce moment la conclusion proposée par lui. Il ne serait pas bon qu'elle intervînt brusquement sans avoir pris connaissance des résultats de l'enquête poursuivie par la commission dont fait partie M. Brouardel.

Les ingénieurs dont se compose cette commission ont recherché des améliorations importantes au système des égouts et à l'écoulement des matières, à leur transformation et à leur utilisation. On a proposé notamment de faire circuler les matières fécales dans des canaux fermés, qui se trouveront placés dans les égouts, mais sans mélange de leur contenu avec celui de ces égouts.

Il est certain que, dans l'état actuel, la circulation des matières solides dans certaines parties de ces égouts est souvent d'une excessive lenteur. Il faut plus de dix-neuf jours pour que des matières versées sur certains points du réseau parviennent jusqu'à l'orifice de déversement; l'ensablement, qui dans certains égouts est assez rapide, ajoute de nouveaux obstacles.

L'eau des égouts est chargée de matières graisseuses, et quand surviennent des orages qui amènent des changements de niveau, elle laisse des dépôts gras le long des parois. Les crues de la Seine mettent de leur côté un obstacle absolu, plus ou moins durable, au déversement des égouts. C'est ainsi que l'année dernière, pendant plus de deux mois, les eaux de la Seine ayant atteint un niveau supérieur à celui des égouts, il y a eu stagnation complète des matières qui étaient contenues dans ceux-ci.

Tout cela demande à être changé. Divers projets sont en présence, diverses améliorations ont été déjà proposées. On étudie ce qui se fait dans d'autres pays. M. Brouardel, pour sa part, a visité déjà les égouts de Londres et de Bruxelles. Enfin c'est là une question à examiner dans tout son ensemble et dont on ne saurait donner la solution par une conclusion portant sur un seul point. En conséquence, M. Brouardel, tout en reconnaissant l'influence énorme que le système de vidanges adopté peut exercer sur la santé publique, croit que l'Académie fera bien de reprendre, au point de vue de l'hygiène, toute cette étude quand la commission ministérielle aura terminé ses travaux; en attendant, le mieux est donc de s'en tenir à la rédaction incolore de la commission.

M. TRÉLAT partage entièrement l'opinion de M. Brouardel. Comme lui, il est d'avis que, dans un problème dont toutes les parties sont liées entre elles, il vaut mieux ne pas intervenir au risque de présenter des solutions partielles qui ne cadreraient pas avec l'ensemble. D'ailleurs M. Le Fort a exagéré les défectuosités du système actuel. M. Trélat s'est informé auprès des hommes du métier. Les égouts ne sont pas mal construits. Dans toute l'étendue du nouveau réseau, ils ont une pente suffisante qui atteint 30 millimètres par kilomètre, tandis qu'il est des villes étrangères où la pente des égouts est de moitié moins forte. Il n'y a pas d'infiltrations. Les parties des égouts où les matières stagnent, se rattachent au vieux réseau, que l'on modifie peu à peu tout en rectifiant le niveau des rues. M. Trélat croit que si le système du « *Tout à l'égout* » était adopté, il y aurait bien plus de maisons pourvues d'eau à tous les étages. En effet, ce n'est pas à recevoir que l'eau coûte, c'est à vider: dans les maisons qui ont des fosses d'aisances fixes. Le même mètre cube qui revient à 30 centimes d'achat, une fois écoulé dans ces fosses, occasionne une dépense de 7 francs de vidange; vidange supprimée dans les maisons qui ont adopté le système du « *Tout à l'égout* ». Malheureusement ces maisons sont seulement au nombre de 15,000 sur 75,000.

M. Trélat repousse donc l'amendement de M. Le Fort.

M. LE PRÉSIDENT met d'abord aux voix les amendements proposés par M. Le Fort et acceptés par la commission. Ces amendements sont adoptés.

Avant de mettre aux voix l'amendement de M. Le Fort relatif à la question du « *Tout à l'égout* », M. le président explique qu'en dehors de cet amendement, et si on adopte la conclusion de la commission, la discussion n'en restera pas moins pour montrer que l'Académie se préoccupe de cette question et se réserve de l'aborder plus tard.

M. LE FORT, dans ces conditions, insiste seulement pour que cette réserve soit inscrite dans les conclusions de la commission.

M. LUNIER insiste dans le même sens.

M. ROCHARD, au nom de la commission, se déclare prêt à ajouter à la conclusion primitive : « Tout en réservant la question du meilleur mode de vidange. »

La conclusion ainsi modifiée est adoptée.

L'Académie se forme en comité secret.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Dilatateur-gouttière

De M. le professeur Léon TRIPIER (de Lyon).

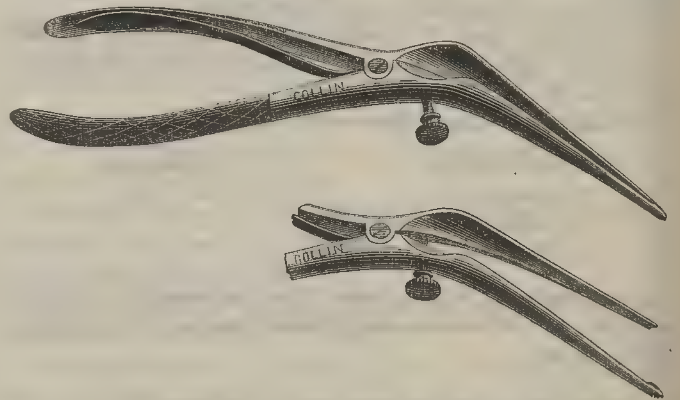
Cet instrument est destiné à faciliter tout à la fois la pratique des contre-ouvertures et l'établissement des drains.

Voici la façon de s'en servir :

Premier temps. — On introduit une sonde cannelée suffisamment forte par la première ouverture qui a été pratiquée dans un foyer ou une cavité quelconque, et on la fait pointer dans l'endroit où doit être établie la contre-ouverture avec un bistouri ordinaire; on incise la peau seule dans une étendue proportionnelle à la grosseur du drain qu'on se propose de placer. Il suffit de presser plus ou moins sur la sonde pour la faire sortir par l'ouverture.

Sauf le cas où l'on se trouverait sur le trajet des vaisseaux principaux d'une région, ce qu'on peut et doit toujours éviter, il n'y a pas d'hémorragie à redouter.

Deuxième temps. — Saisissant entre le pouce et l'index de la main gauche l'extrémité de la sonde, on l'attire à soi autant que possible; puis, prenant de la main droite le dilatateur-gouttière, les branches en haut, on engage son extrémité effilée dans la rainure de la sonde cannelée et on abaisse le manche de façon à placer les deux instruments dans une position voisine du parallélisme. Dès lors, il n'y a plus qu'à pousser le dilatateur sur la touche tenue immobile pour le faire pénétrer aussi loin qu'on le désire.



Si l'on présentait le dilatateur les branches en bas, elles se rencontreraient forcément, à un moment donné, avec l'extrémité correspondante de la sonde, ce qui ne laisserait pas que de gêner la manœuvre.

Troisième temps. — Ceci fait, on retire la sonde cannelée et l'on retourne le dilatateur-gouttière de façon que les branches soient en bas; on n'aura plus qu'à rapprocher ces dernières pour dilater le trajet et par suite établir un canal suffisant pour loger le drain qu'on veut placer.

L'instrument est construit de telle sorte qu'avec la seule pression de la main on est toujours assuré de vaincre la résistance des parties molles, fussent les aponévroses les plus fortes, et cela sans crainte d'hémorragie.

Quatrième temps. — Reste à placer le drain.

L'instrument est saisi de la main gauche et l'on presse sur les branches de façon à produire un écartement convenable; il en résulte une véritable gouttière, sur laquelle on conduit le drain au moyen de la pince de Lister.

Dès lors on tire à soi le dilatateur gouttière; puis, la main gauche, devenue libre, saisit le drain qu'elle maintient en place; on retire la pince et l'opération est achevée.

Au besoin, on peut rendre fixe l'écartement des branches du dilatateur-gouttière en se servant de la vis de pression; mais, avec un peu d'habitude, on arrive à s'en passer. Cependant, en l'absence d'aide, surtout si le malade n'est pas endormi, on facilitera toujours la manœuvre. Si, dans le premier temps, on ne pouvait pas procéder commodément de dedans au dehors, rien n'empêcherait de

commencer par inciser la peau seule; puis, par cette ouverture, on introduirait la sonde cannelée dont la pointe serait reçue sur le doigt placé dans la cavité, autrement dit, on agirait de dehors en dedans. Pour les autres temps il n'y a rien de changé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — Les dernières questions données dans la section de physique et chimie, pour l'épreuve orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation, sont :

1° M. Linassier : Des alcaloïdes de l'opium ; 2° M. Bagnéris : La transmission du son à distance; M. Pouchet : 3° De l'action de l'acide sulfurique sur les composés organiques ; 4° M. Imbert : Des phénomènes d'interférence en acoustique et en optique ; 5° M. Ville : Des alcaloïdes du quinquina ; 6° M. Guébhard : De la phosphorescence et de la fluorescence ; 7° M. Blarez : De l'action du chlore sur les composés organiques ; 8° M. Bergonié : Des divers modes physiques de production des phénomènes de coloration ; 9° M. Doumer : De la tension superficielle et des phénomènes qui en dépendent.

Aujourd'hui mercredi 20 juin 1883, à midi, commencent les épreuves pratiques : 1° de physique, au laboratoire de physique de l'École pratique, rue Vauquelin ; 2° de chimie, au laboratoire de chimie de la Faculté de médecine.

Les candidats de la section de physique et chimie ont tiré les sujets de thèse suivants :

1° M. Pouchet : Propriétés générales des aldéhydes ; 2° M. Linassier : Histoire des quinines ; 3° M. Ville : Propriétés générales des phénols ; 4° M. Blarez : Histoire des amides ; 5° M. Imbert : De l'astigmatisme ; 6° M. Doumer : De l'emploi des courants électriques en chirurgie ; 7° M. Bagnéris : De l'emploi des verres correcteurs en ophtalmologie ; 8° M. Guébhard : Des effets des variations de la pression sur l'organisme ; 9° M. Bergonié : Les phénomènes physiques de la phonation.

— Les candidats de la section d'anatomie et physiologie ont eu les questions suivantes pour l'épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation : 1° MM. Wertheimer et Variot : Des milieux transparents de l'œil ; 2° MM. Debierre et Planteau : L'oreille moyenne, anatomie et physiologie ; 3° MM. Sadler et Reynier : Les voies biliaires, la bile et ses usages.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 juin 1883, M. le docteur Cayron (Urbain) est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XVIIIe arrondissement de Paris.

— L'auteur de la brochure « sur la fréquence de la fièvre typhoïde », citée par MM. Lagneau et Léon Colin, dans la dernière et l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine, est M. Jacques Bertillon, chef des travaux de statistique de la ville de Paris.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 24 juin 1883, à Malesherbes. — Rendez-vous gare de Lyon, à 7 heures très précises du matin. — Pour profiter de la réduction sur le prix des places accordées par l'administration des chemins de fer, se faire inscrire aux galeries de botanique du Muséum, jusqu'au vendredi 22 juin, avant 6 heures du soir.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14706.

N° 72. — SAMEDI 23 JUIN 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 23 JUIN 1883. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Températures locales dans les maladies des viscères abdominaux. — Ulcère simple de l'estomac. — Gastrite alcoolique chronique. — Gastrite chronique par alimentation insuffisante et de mauvaise nature. — Vaccination congénitale. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Statistique intégrale des opérations et traumatismes graves de l'hôpital de la Charité, année 1882. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Températures locales dans les maladies des viscères abdominaux.

Parmi les adversaires des nouvelles théories sur les microbes et les microphytes se distingue en première ligne M. le professeur Peter.

M. Peter, élève de Trousseau, aime la clinique traditionnelle, l'observation au lit du malade, le relevé exact et complet des symptômes, leur classement, la recherche et l'étude des relations directes, naturelles, qui relient les uns avec les autres, malgré toute leur diversité, les phénomènes formant un syndrome.

Il veut qu'on ne laisse rien perdre des enseignements du passé.

Telle que les anciens nous l'ont laissée, la notion même de l'inflammation comporte une chaleur anomale. M. Peter a voulu savoir si cette notion était vraie pour les maladies inflammatoires des organes internes ; et nous avons eu déjà l'occasion de faire connaître quelques-uns des résultats obtenus par lui.

C'est ainsi que, dans une Revue clinique de l'année dernière, nous avons montré, par l'exemple de malades de son service, comment la recherche de la température locale dans les espaces intercostaux, au niveau d'un poumon suspect, pouvait aider au diagnostic des premières périodes de la phtisie.

Aujourd'hui nous allons parler d'une autre partie de ces études, plus intéressante, car M. Peter n'en a encore rien publié. Il s'agit, non plus des maladies inflammatoires ou irritatives des organes thoraciques, mais de celles des viscères abdominaux.

Là encore, la température s'élèverait en progression directe de l'intensité de l'inflammation.

En dehors de toute maladie, à l'état normal, inférieure de beaucoup à la température axillaire, elle serait en moyenne de 35°,3 à 35°,5. Mais, sous l'influence d'une phlegmasie ou d'une irritation, elle pourrait égaler ou même de beaucoup dépasser la température axillaire.

Ce serait là, par exemple, un moyen précieux pour distinguer de la gastralgie simple, sans congestion et sans lésion, toutes ces affections de l'estomac qui ne sont plus purement nerveuses, mais rentrent dans le cadre des gastrites.

Dans la gastralgie, la température prise à l'épigastre serait le plus souvent absolument normale ; parfois même un peu abaissée ; parfois aussi pourtant, surtout dans les accès d'une grande violence, momentanément élevée de quelques dixièmes de degré, parce qu'une névralgie très forte peut influer sur les vaso-moteurs et produire une fluxion locale.

Mais jamais cette élévation de température ne serait comparable à celle qu'on observerait dans la gastrite, même chronique et d'une intensité moyenne.

Nous allons donner quelques exemples pris parmi les malades actuels du service, en nous servant largement de notes communiquées par M. Antony Martinet, interne de M. Peter.

ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC.

Parmi les malades en question, il en est une chez laquelle le diagnostic ne saurait être douteux. Elle présente tous les caractères de l'ulcère simple de l'estomac sous sa forme la plus classique.

C'est une femme qui est couchée salle Sainte-Madeleine, n° 3. Actuellement elle vomit souvent du sang en grande quantité et elle en rend dans ses selles. Elle ressent d'ailleurs la douleur caractéristique, qui, de la région de l'épigastre, se prolonge d'avant en arrière, suivant un plan horizontal, jusque vers le dos. C'est souvent une douleur atroce, qu'elle compare à un coup de couteau, et qui, quand elle survient brusquement, lui arrache des cris. C'est après le repos surtout que cette douleur se fait sentir avec la plus grande intensité. Du reste, le passage des aliments cause une sensation de brûlure que la malade ne parvient à calmer momentanément qu'en buvant du lait.

Pâle, maigre, les lèvres décolorées, d'aspect chétif et presque cachectique, elle est borgne de l'œil droit, ayant perdu cet œil, par suite d'une maladie, dans sa première enfance.

Elle raconte qu'elle commença à souffrir de l'estomac lors du siège de Paris. Elle n'avait alors que onze ans. L'alimentation insuffisante et de mauvaise nature que l'on avait alors

la fatigua beaucoup. Depuis cette époque, il lui arriva très souvent de vomir après le repas les aliments qu'elle venait de prendre. Elle souffrait vivement vers le milieu du dos, entre les épaules.

A l'âge de dix-huit ans, il y a sept ans, vers Pâques, un jour, après avoir mangé du pain d'épice, elle eut un vomissement très abondant, de sang bien rouge, dit-elle. Pendant trois jours, elle continua à vomir ainsi du sang rouge. En même temps, elle ressentit cette douleur, nouvelle pour elle, semblable à un coup de couteau donné d'avant en arrière dans le haut du ventre, douleur caractéristique de l'ulcère simple de l'estomac, et qui a gardé chez elle la même intensité. Elle n'était pas encore réglée. Elle ne le fut que l'année suivante, et d'abord très irrégulièrement. Les menstrues, après avoir paru, tardèrent plusieurs mois à revenir, et ce fut dans cet intervalle, un an et demi environ après la première hématémèse, que les vomissements de sang reparurent, non plus rouges cette fois, mais noirs.

Cette jeune fille n'a pas cessé de souffrir depuis cette époque, et elle est restée presque constamment à l'hôpital.

Les hématémèses sont fréquentes, quelquefois assez abondantes, et il se produit plus souvent encore du mélæna. Habituellement les vomissements de sang sont précédés, plusieurs jours d'avance, de douleurs violentes qui permettent de les prévoir.

C'est surtout vers le temps des règles qu'ils se renouvellent. La menstruation est aujourd'hui assez régulière, mais l'écoulement est très pâle et dure peu. Il y eut un temps, vers le commencement, où les règles reparaissaient deux fois par mois.

Il y a maintenant environ quatre ans que la malade n'a plus quitté le service. Antérieurement, après quelques mois de séjour à l'hôpital, se trouvant mieux, elle crut pouvoir aller en convalescence au Vésinet. Mais dans la voiture même qui l'y menait, par suite de la secousse, pense-t-elle, elle eut un vomissement abondant de sang rouge. Ce fut le seul de cette couleur après les premiers, déjà mentionnés.

Très impressionnable, très nerveuse, ayant de fréquents maux de tête, des douleurs vives dans les épaules, dans le bras droit, etc., cette jeune fille s'est évanouie à plusieurs reprises depuis qu'elle perd ainsi du sang par les vomissements et par les selles. Elle présente actuellement les signes du début de la tuberculose pulmonaire.

Mais l'affection qui la retient à l'hôpital, celle qui domine tout, c'est évidemment la gastrite chronique ulcéreuse, gastrite indéniable, tellement tenace qu'elle a jusqu'ici résisté à toutes les médications, et qui pourrait être accusée d'être la cause, plus ou moins directe, de tout le reste des phénomènes.

Or, chez cette jeune fille, anémique à un haut degré, la température axillaire variant de 36°,8 à 37°, la température épigastrique est constamment au moins égale. Même dans les intervalles des accès de douleurs et de vomissements, elle oscille entre 37° et 37°,5. Puis, quand surviennent les hémorragies, elle s'élève jusqu'à 38°,2, dépassant de plus de 1 degré, parfois de près de 1 degré et demi la température axillaire, aussi bien dans le cas de mélæna que dans le cas d'hématémèse.

Voilà le fait, souvent constaté, et dont on ne saurait méconnaître la valeur clinique.

Maintenant serait-il aisé de trouver pour ce fait une interprétation différente de celle de M. Peter? Ce serait difficile, au moins pour l'élévation anomale, mais constante, de la température épigastrique.

Dira-t-on que la maigreur même de cette malade permet à la chaleur des organes internes de mieux rayonner jusqu'à l'extérieur? Mais, pour que cela fût vrai, il faudrait que la température fût égale chez les malades qui, sans souffrir de l'estomac, seraient aussi maigres. Or tel n'est pas le cas. Il faut donc accuser la congestion inflammatoire, congestion permanente, et qui, par conséquent, peut produire un effet durable.

Quant à l'ascension nouvelle que produit chaque hémorragie, elle nous paraîtrait peut-être moins démonstrative, car elle pourrait tenir à la chaleur du sang, qui, lorsqu'il s'épanche naturellement dans un viscère creux, doit la faire entrer, par rapport à lui, en équilibre de température.

GASTRITE ALCOOLIQUE CHRONIQUE.

L'action directe des hémorragies ne saurait être invoquée chez un autre malade qui se trouve au n° 24 de la salle Saint-Jean-de-Dieu et qui présente également, sous une forme tout à fait classique, une maladie bien connue de l'estomac.

C'est un alcoolique, atteint de gastrite chronique *a potu*, et qui jamais n'a vomi de sang ni n'en a rendu par les selles.

Son histoire est simple.

Tremblant déjà un peu des mains dans son enfance, sans doute par atavisme, car son père, à ce qu'il raconte, avait aussi les mains un peu tremblantes, il se fit mouleur pour métaux, et, dans cette profession, il absorbait souvent plus de trois litres de vin par jour. Il continua longtemps ce régime impunément, à ce qu'il lui semblait. Il se préoccupait peu, d'ailleurs, du tremblement soit des mains, soit des lèvres, des rêves qui troublaient son sommeil, de l'infidélité plus grande de sa mémoire, de l'impressionnabilité croissante qui trahissaient chez lui l'alcoolisme.

Il n'avait jamais rejeté les aliments, jamais eu de pituite, ni de malaise stomacal jusqu'à il y a trois ans.

Ce fut à l'occasion d'un grand chagrin qu'il éprouva pour la première fois, vers la fin du mois d'août 1880, des vertiges et des nausées quand il mettait le pied à terre le matin en sortant du lit.

Il ne vomissait pas encore, mais il était près de le faire; il avait de grands maux de tête et il lui semblait que tout tournait autour de lui.

Pendant six semaines environ, les symptômes restèrent les mêmes; puis, dans le courant d'octobre 1880, les vomissements survinrent, vomissements opiniâtres que rien ne pouvait calmer et qui ne permettaient au malade de garder, dit-il, aucun aliment, pas même le lait ou le koumis. Envoyé à Vichy, après un séjour de huit mois à l'hôpital Necker, il y ressentit une amélioration notable. Les vomissements cessèrent et l'appétit revint. Mais, il y a deux mois environ, les vomissements reparurent, cette fois avec moins d'intensité.

Nous n'entrerons pas dans le détail de tous les signes d'alcoolisme que l'on peut observer chez lui : rêves effrayants, émotivité excessive, surexcitée par les temps d'orage ; en pareil cas, sensation d'oppression, de striction périthoracique comme si la poitrine et l'abdomen, au niveau des côtes, étaient comprimés ; augmentation considérable du tremblement dans ces moments-là ; brisement

des forces, sensation de faiblesse, de courbature, d'endolorissement dans les jambes, etc.

Il n'est donc pas douteux que la maladie de l'estomac dont il a souffert depuis si longtemps soit une gastrite alcoolique chronique.

Or, chez lui la température de la région épigastrique égale à peu près la température du creux axillaire ; elle s'élève à 36°,8, alors que celle-ci est de 37°. Par rapport à l'état normal, c'est une différence de 1 degré et demi.

Vaccination congénitale.

Dans une précédente Revue clinique, nous avons parlé de l'immunité contre la vaccine que présentent certains enfants nés de mères qui avaient eu la variole quand elles les portaient.

Il est bon de rapprocher de cette immunité celle que l'on constate parfois dans les premiers jours chez des enfants dont la mère a subi une vaccination proprement dite, pratiquée à l'aide de virus vaccin dans les derniers mois de la grossesse.

M. Burkhardt (de Bâle) avait signalé plusieurs faits de ce genre.

Ayant revacciné un certain nombre de femmes enceintes, il vaccina, au moment de la naissance, les enfants qu'elles mirent au monde, et il n'obtint que deux succès sur huit, tous deux sur des enfants dont les mères avaient été revaccinées avec un résultat incertain ou nul. Au contraire, les enfants des femmes qui avaient été revaccinées avec un plein succès, furent tous réfractaires à la vaccine au moment de leur naissance. Chez l'un d'eux, au bout de six mois, on constata que cette immunité persistait encore. Mais parmi les enfants vaccinés sans succès, il y en a dont la mère avait été revaccinée avec un résultat soit incertain, soit nul.

M. Chambrelent, de son côté, a vacciné quarante femmes enceintes, sur sept desquelles la vaccination a réussi : et il a trouvé que les enfants de plus de moitié de ces femmes (4 sur 7) se montraient réfractaires à la vaccine ; tandis que d'autres, dans des conditions identiques en apparence, étaient vaccinés avec succès.

Nous voyons donc encore ici ces extrêmes inégalités individuelles que nous avons eu à noter déjà en ce qui touchait la communication de la variole ou du choléra des poules aux fœtus contenus dans le sein maternel.

Il peut, en effet, arriver trois choses :

1° Ou bien les fœtus prennent par contagion la maladie de leur mère dans toute sa gravité. On l'a observé pour la variole, pour la rougeole, pour d'autres fièvres éruptives. Et dans ses expériences sur le charbon des poules, M. Chambrelent a constaté que le sang de quelques fœtus tuait aussi rapidement que celui de leurs mères ;

2° Ou bien les fœtus ne contractent le mal que très atténué. Les observations de variole de MM. Desnos et Chambrelent rentrent dans cette catégorie, ainsi que certains résultats des expériences de M. Chambrelent sur le choléra des poules ;

3° Ou bien enfin il semble que le fœtus ait échappé complètement à toute contagion, que le placenta, dans ces maladies comme il l'est dans d'autres, ait été pour les éléments figurés et les agents de virulence, de quelque nature qu'on les suppose, une barrière infranchissable, isolant efficacement.

Pour en revenir à la vaccination congénitale, si l'on peut s'exprimer ainsi à propos de l'immunité que la vaccination de la mère procure au fœtus, elle prouve tout aussi bien que l'immunité de l'enfant due à la variole de la mère, la pénétration du virus, ou, si l'on admet les doctrines qui dominent actuellement, des éléments figurés, des microbes, par le placenta, du sang de la mère au sang du fœtus.

En effet, les granulations du vaccin sont au nombre de celles qui ont été décrites les premières. M. le professeur Chauveau (de Lyon) les avait déjà signalées avant que la théorie des germes animaux, comme cause de toutes les maladies infectieuses ou épidémiques ou contagieuses, eût pris consistance.

M. Chauveau annonçait, dès lors, que la virulence du vaccin tenait à la présence de ces granulations dans le liquide inoculé, ne subsistant à aucun degré dans un liquide qu'on séparait de ces éléments figurés.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Statistique intégrale des opérations et traumatismes graves de l'hôpital de la Charité, année 1882.

Cette année, comme la précédente, je donnerai la statistique des plaies graves et opérations traitées et conduites suivant les anciennes méthodes de pansements. Cataplasmes, diachylum, cérat et pansement à l'eau alcoolisée.

Suivant ici le même ordre que l'année dernière, je parlerai d'abord du nombre des malades et des morts.

J'ai traité cette année 542 malades sur lesquels il y a eu 37 morts.

5 malades sont morts moins de vingt-quatre heures après leur entrée, je ne les ai pas même vus. (3 fractures du crâne, 1 hernie ombilicale inopérable, 1 déchirure du mesentère et hémorragie abdominale.)

7 sont morts de maladie médicale intercurrente, 1 fièvre typhoïde, 2 ramollissement cérébral, 1 catarrhe suffoquant, 1 cirrhose du foie, 1 pneumonie, 1 vieillesse (85 ans).

1 rupture de l'intestin grêle (passage d'une roue de voiture sur le ventre), péritonite, mort en trois jours.

1 fracture compliquée de plaies, cuisse, coude, mâchoire supérieure, chute d'un cinquième étage. Mort le onzième jour. Un abcès métastatique, une pneumonie lobulaire à gauche.

1 phlegmon gangreneux amené du dehors avec des escarres multiples. Goutteux et alcoolique.

2 abcès froids et tubercules pulmonaires.

1 abcès profond de la jambe et catarrhe pulmonaire chronique.

2 coxalgies, tubercules généralisés.

1 tumeur blanche du genou, tubercules généralisés, amputé un an avant.

1 grosse prostate, fausses routes (du dehors), cystite et néphrite.

2 cancers de l'utérus inopérables gardés dans le service sur la demande des malades.

1 sarcome généralisé, récidive de sarcome de l'omoplate.

1 cancer de la langue, ganglions du cou et des médiastins, asphyxie, trachéotomie. Mort huit jours après ; l'asphyxie avait continué.

1 anthrax de la nuque avec fièvre et délire, 57 à 60 grammes de sucre.

1 péritonite, suite d'hématocèle cataméniale ; 1 otite interne, carie du rocher, polype du conduit enlevé en ville, nécrose du temporal.

1 encéphalite, mort de gangrène sénile, artérite.

Enfin 7 décès opératoires, dont 1 pourrait être excepté.

Opérations. — Amputations. Cuisse, 3 : guéris, 2 ; 1 mort (malade écrasé pendant un accès de délire, écrasement du genou gauche et fracture de la jambe droite. Amputation de la cuisse. Mort aphasique le neuvième jour. Pachyméningite, pas d'infection).

Amputation du bras, 1 ; mort, 1 (malade atteint de fracture du bras sans plaie, mais avec oblitération de l'artère humérale. Gangrène du bras et de l'épaule. Amputation le onzième jour en pleine fièvre, la septicémie a continué).

Amputation du pied : amputation sous-astragalienne, 1 : guéri, 1.

Amputation du bras avec l'omoplate, 1 : guéri, 1.

Résection du corps de la mâchoire, 1 : guéri, 1.

Résection de la tête de 3 métacarpiens, 1 : guéri, 1.

Ablations de tumeurs avec le bistouri. — Amputation du sein, 14 : guéri, 11. Les trois morts sont : 1 mort de pneumonie franche (la malade avait, du reste, de la lymphangite cancéreuse des deux poumons).

1 mort d'urémie aiguë (la malade avait une néphrite double interstitielle et parenchymateuse).

1 mort de septicémie aiguë avec érysipèle bronzé (la malade avait eu un écoulement de sang et un élève avait dû défaire le pansement le soir et n'avait rien eu à lier).

Adénite chronique volumineuse de l'aisselle, 1 : guéri, 1.

Lymphosarcome de la fesse, récidive, large ablation, 1 : guéri, 1.

Sarcome de la plante du pied, 1 : guéri, 1.

Sarcome de la parotide, récidive, 1 : guéri, 1.

Lipomes (dos, fesse, nuque), 4 : guéris, 4.

Molluscum de la face et de la joue, 1 : guéri, 1.

Kystes sébacés (fesse, cou), 2 : guéris, 2.

Adéno-sarcome du dos, 1 : guéri, 1.

Cancroïdes des lèvres, 2 : guéris, 2.

Kyste synovial, récidive du pli du coude, 1 : guéri, 1.

Polype de l'utérus, ablation avec les ciseaux, 1 : guéri, 1.

Cancer de la pointe de la langue, ablation avec les ciseaux, 1 : guéri, 1.

Ablations de tumeurs avec l'écraseur. — Cancer de la vulve, 1 : guéri, 1 (partie avec le galvano-cautère, partie avec l'écraseur).

Cancer de la langue, ablation des trois quarts de la langue, 1 : guéri, 1.

Hémorroïdes avec tumeur, 2 : guéris, 2.

Ablation avec le galvano-cautère. — Ablation d'un cancer végétant du col de l'utérus, 1 : guéri, 1.

Opérations spéciales. — Rétention des règles dans l'utérus, péritonites à répétition, dilatation du col, 1 : mort, 1.

Kyste de l'ovaire, ponction et injection iodée, 1 : guéri, 1.

Hernies étranglées, 4 : 3 taxis, 3 guéris.

1 kélotomie : 1 mort (opération pratiquée en mon absence par M. Reclus).

Fistules. — Fistule vésico-vaginale, 1 : guéri, 1.

Fistule à l'anus sus-sphinctérienne, 1 : guéri, 1 (opéré avec l'écraseur linéaire).

Fistules à l'anus sous-sphinctérienne opérées avec le bistouri, 5 : guéris, 5.

Oblitération de l'urètre. — Urétrotomie externe sans conducteur à la portion bulbeuse de l'urètre, 1 : guéri, 1.

Bec-de-lièvre unilatéral manqué dans l'enfance et réopéré à l'âge de vingt-trois ans, 1 : guéri, 1.

Trachéotomie d'urgence : cancer des ganglions du cou, asphyxie (l'asphyxie continue, les ganglions comprimaient la trachée et les bronches), 1, guéri de l'opération.

Trachéotomie préventive : adéno-sarcome du cou, 1, guéri de l'opération.

21 *opérations diverses*, toutes suivies de guérison : ongle incarné, 2 ; ectropion, excision d'une portion de paupière et suture, 2 ; suture des paupières pour un ectropion, 1 ; ablation de loupes avec le caustique, 3 ; hydrocèles, 11 (ponction, injection de teinture d'iode pure) ; ablation d'amygdales, 2.

Je ne compte pas les ouvertures d'abcès et les drainages des seins et des abcès froids, les applications de caustiques sur des ganglions cancéreux inopérables.

Je ne parle pas de 20 ongles incarnés arrachés à la consultation, des réductions de luxations. Je ne me sers, en effet, ni du chloroforme ni de machines ; aucun accident ne peut arriver.

Plaies graves. — 7 grandes plaies de tête avec décollement et dénudation des os : guéris, 7 (1 a eu un érysipèle à la suite d'un bain qu'on a été obligé de lui donner à cause de poux dont il était couvert), pansés avec le cataplasme.

3 écrasements graves des doigts et de la main (diachylum) : guéris, 3.

3 plaies du gros orteil avec ouverture de l'articulation métatarso-phalangienne, pansées par occlusion avec le diachylum : guéris, 3.

1 section sous-cutanée de tous les muscles adducteurs de la cuisse, vaste épanchement dû aux escarres à la peau, ouverture du foyer hématique, pas d'incisions, cataplasmes : guéri, 1.

1 fracture de la pointe de la malléole externe avec plaie, ouverture de l'articulation tibio-tarsienne, occlusion avec le diachylum, attelle plâtrée immédiate : guéri, 1.

1 luxation de la phalangette du pouce avec plaie, réduction ; diachylum ; gangrène de la phalangette : guérison, 1.

2 fractures des deux os de la jambe, compliquées de plaie immédiate ou de plaie consécutive à la chute d'une escarre ; ouverture du foyer de la fracture, diachylum, attelle plâtrée immédiate : guéris, 2.

1 fracture des deux os de la jambe, issue des fragments, résection de 2 centimètres du tibia : guérison sans fièvre.

Plaies par armes à feu (balles de revolver). — Plaie de la main, balle restée, gaines du tendon et articulation métacarpo-phalangienne ouverte, extraction, occlusion avec le diachylum, 1 : guéri, 1.

Plaie de la région sous-claviculaire, balle restée, cataplasmes, 1 : guéri, 1.

Plaie pénétrante de l'abdomen et de la poitrine, balle restée dans le poumon gauche, bande de diachylum, guérison en vingt et un jours, 1 : guéri, 1.

Plaie, par éclat de pistolet, de la main droite, deux métacarpiens brisés, ouverture de l'articulation du carpe et issue du pyramidal et du pisiforme, pansement à l'eau alcoolisée, 1 : guéri, 1.

Plaie pénétrante de la racine de la cuisse, balle restée, 1 : guéri, 1.

Inflammations graves, traitées par les cataplasmes. — 2 anthrax sans diabète : 1 volumineux du dos, 1 de la lèvre inférieure ; guéris, 2.

Phlegmon de la cuisse, diabète (10 grammes de sucre), 1 : guéri, 1.

Abcès de l'aisselle (adénites), 5 : guéris, 5 (1 érysipèle).

Adénites cervicales, 8 : guéris, 8.

Adénites mammaires, 4 ; guéris, 4 (1 érysipèle).

Abcès pelviens incisés au périnée, 2 : guéris, 2.

Abcès urineux, 1 : guéri, 1.

Abcès sous-périostique du fémur, 1 : guéri, 1.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juin 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Statistique intégrale des opérations et traumatismes graves de l'hôpital de la Charité. — **M. DESPRÉS** fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Pustule maligne guérie spontanément. — **M. RECLUS** communique une observation de pustule maligne, dont le diagnostic a été confirmé par l'examen microscopique, l'inoculation, et qui a guéri spontanément. Il s'agit d'un jeune homme employé à la cuisine de l'hospice de Bicêtre, qui, le 31 décembre, s'aperçoit de la présence d'une petite tumeur sur la partie latérale du cou ; ce jeune homme porte habituellement des quartiers de viande sur son épaule, et c'est précisément sur la partie du cou contre laquelle appuie cette viande que la tumeur s'est développée. Le troisième jour, il a un peu de malaise, de l'inappétence et un frisson qui dure environ une heure ; cependant il n'interrompt pas son travail ; le cinquième jour, où M. Reclus le voit pour la première fois, on constate, en ce point, une escarre de 1 centimètre de diamètre, autour une aréole inflammatoire, puis deux couronnes de vésicules dont l'une, la plus rapprochée de l'escarre, fournit un liquide transparent et l'autre un liquide hématique ; il y avait en outre des ganglions engorgés au niveau du sterno-cléido-mastoïdien. Jusque-là, c'est-à-dire dans les cinq premiers jours, on s'était contenté d'appliquer des cataplasmes.

L'examen du sang ne révéla rien d'anomal, le liquide provenant des vésicules ne contenait pas de bactéridies ; une première inoculation faite sur trois cobayes fut négative. MM. Capitan et Charreins vinrent voir le malade et n'hésitèrent pas à accepter le diagnostic de pustule maligne, bien qu'il n'y eût pas jusqu'à présent (sixième jour) de bactéridies dans le sang et que les inoculations restèrent sans effet. Deux jours après, une inoculation faite sur un quatrième cobaye donna un résultat positif, et dès lors toutes les inoculations furent positives. On continua à appliquer des cataplasmes et le malade fut très promptement guéri.

En parcourant les auteurs, M. Reclus a trouvé un assez grand nombre d'exemples de guérison spontanée de la pustule maligne. Mais l'observation de M. Reclus est la seule de ce genre où l'examen histologique et l'inoculation aient été pratiqués.

Comment s'est opérée cette guérison ? Faut-il admettre une sorte de vaccination constituée par le contact habituel de la viande, ou bien faut-il admettre, dans ce cas, une demi-infection ? Aucune de ces hypothèses ne paraît admissible. M. Reclus pense qu'il s'est trouvé en présence d'un individu réfractaire au charbon.

M. DESPRÉS ne conteste pas la guérison spontanée de la pustule maligne ; il en a lui-même observé deux cas. Mais il y a des causes d'erreur de diagnostic et, dans l'observation de M. Reclus, la présence de ganglions engorgés plonge M. Després dans le doute, relativement au diagnostic de pustule maligne. Jamais, en effet, il n'a vu de ganglions dans les nombreux cas de pustule maligne qu'il a eu l'occasion d'observer. Autre point, c'est la durée de l'élimination de l'escarre ; quand il y a guérison spontanée, c'est habituellement vers le neuvième jour qu'a lieu la chute de l'escarre. Quand on fait la cautérisation, l'escarre se détache vers le cinquième jour. Dans l'observation de M. Reclus, cette élimination ne s'est faite que le dix-huitième jour.

Malgré la possibilité de la guérison spontanée de la pustule maligne, il est du devoir du chirurgien de recourir à la cautérisation classique. L'une des raisons de la guérison spontanée du malade de M. Reclus, c'est son jeune âge. Enfin M. Després ajoute que la pustule maligne est moins grave à Paris que dans les campagnes, ce qui s'explique par ce fait que les individus qui la contractent à Paris, mégissiers, tanneurs, etc., la contractent de viandes d'animaux morts depuis plus longtemps.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que, dans sa communication, M. Reclus considère comme un cas de guérison spontanée un cas dans lequel on a eu recours à l'extrait de feuilles de noyer. M. Lucas-Championnière croit à la puissance antiseptique de la feuille de noyer et pense qu'elle peut exercer une action réellement efficace sur la marche de la pustule maligne. La guérison spontanée de cette affection, ajoute-t-il, s'observe plus fréquemment qu'on ne le croit. En Russie, où la pustule maligne est extrêmement fréquente, M. Germonski a constaté que la guérison spontanée s'observait plus fréquemment quand elle siège aux membres que quand elle occupe la face. Contrairement à M. Després, M. Lucas-Championnière pense que la présence des ganglions n'est pas du tout une preuve qu'il ne s'agit pas de pustule maligne. Enfin tous les auteurs, contrairement à ce que vient de dire M. Després déclarent que la pustule maligne est plus grave à Paris que dans les campagnes.

M. POZZI a observé deux cas de guérison spontanée de la pustule maligne. Dans l'un d'eux, il ne trouva pas de bactéridies dans le sang. Ce fait doit être rapproché de celui de M. Reclus. Il y a donc des pustules malignes... bénignes, si l'on peut ainsi dire, contre lesquelles il faut opposer une expectation armée : c'est là un fait bien établi. Mais ce qui l'est moins, c'est l'absence de bactéridies dans le sang, dans ces cas bénins. En présence de ce fait, il y a lieu de se demander si la bactéridie n'est pas le signe pathognomonique de la pustule maligne grave.

M. TERRIER fait remarquer que, dans le cas de M. Reclus, c'est la partie expérimentale qui importe le plus. C'est elle seule qui permet de juger la question de savoir si, d'après les nouvelles recherches de M. Pasteur, le cobaye inoculé par M. Reclus a succombé au charbon ou à la septicémie.

M. MARC SÉE, s'en rapportant précisément à la célèbre discussion encore pendante entre M. Pasteur et la Société des vétérinaires de Turin, est porté à croire que ce cobaye inoculé par M. Reclus est mort de septicémie, puisque le sang qui a servi à cette inoculation a été pris sur l'autre cobaye quarante-huit heures après sa mort.

M. RECLUS, d'accord avec M. Terrier, pense que seule l'expérimentation peut juger la question. Il rappelle que M. Pasteur a parfaitement déterminé les conditions dans lesquelles les animaux inoculés avec du sang charbonneux meurent du charbon ou de la septicémie. C'est en tenant compte de ces conditions mêmes qu'avec MM. Capitan et Charreins, il croit pouvoir affirmer que son cobaye a succombé au charbon et non à la septicémie. Quant au diagnostic de la pustule maligne chez son malade, il ne croit pas qu'il puisse être sérieusement mis en doute.

Le Jequiriti. — **M. TERRIER** fait une communication sur l'emploi du jequiriti dans les affections oculaires. Sur deux cas, il a eu un succès et un insuccès. Il présente un malade qui était atteint de conjonctivite granuleuse et qui a été très sensiblement amélioré par l'emploi du jequiriti.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

212. M. Chabaud. Sur les accidents dus à la décompression de l'air. — 213. M. Pinard. De la pseudo-fièvre hystérique. — 214. M. Michelot. Des luxations des doigts en arrière. — 215. M. Fournier. De la prothèse palatine. — 216. M. Vigot. Des polypes fibro-muqueux de la cavité naso-pharyngienne. — 217. M. Guerrier. Contribution à l'étude des fibromes du tronc en rapport avec la paroi abdominale antérieure. — 218. M. Militchevitch. Considérations sur les troubles trophiques des ongles dans quelques maladies des centres nerveux. — 219. M. Charles Lévy. Quelques considérations à propos d'une épidémie de variole. — 220. M. Fonnegra. Des épithéliomes glandulaires enkystés du voile du palais. — 221. M. Aron. Étude clinique sur le retrait de l'utérus dans le cas de manœuvres obstétricales. — 222. M. Bouicli. Des anomalies et des formes frustes de la sclérose en plaques disséminées. — 223. M. Raullet. Essai sur la migraine ophtalmique. — 224. M. Quehen. Du rôle étiologique des traumatismes de la paroi thoracique dans le développement de la phtisie pulmonaire. — 225. M. Dabeaux. Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens du membre inférieur. — 226. M. Letocquoy. Essai sur la phtisie pulmonaire chez les emphysémateux. — 227. M. Aragon. Étude sur les angiomes des muqueuses. — 228. M. Georges Lompré. Contribution à l'étude des fractures du péroné compliquées de la fracture de la malléole interne. — 229. M. Demesse. Du traitement de la pustule maligne par les injections interstitielles de teinture d'iode. — 230. M. Mendioudo. Étude clinique sur deux cas de péricardite hémorragique. — 331. M. Le Breton. Étude sur une variété de tumeur du sterno-mastoïdien dans les accouchements par le siège chez les nouveau-nés. — 232. M. Vollière. Érésipèle et fièvre puerpérale. — 233. M. Guillemin. Essai sur la valeur des signes de la guérison chez les aliénés. — 234. M. Leviez. De la bronchite fétide et de son traitement par l'hyposulfite de soude. — 235. — M. Dewèvre. De la fréquence de la tuberculose chez les individus roux. — 236. M. Collache. Essai sur le traitement de la conjonctivite granuleuse chronique. — 237. M. Lhomme. Étude expérimentale sur l'action physiologique de la saponine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 juin 1883, M. le docteur Chancerel, adjoint au maire de Caen, professeur à l'École de médecine de cette ville, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décision ministérielle, les accoucheurs des hôpitaux de Paris ne pourront faire partie des jurys du Bureau central (médecine et chirurgie). Ils pourront siéger dans les jurys de l'externat, de l'internat et des prix de l'internat. Enfin, dans les concours pour des places d'accoucheurs, deux places seront réservées aux chirurgiens des hôpitaux.

— *Concours de l'agrégation.* — Les dernières questions données aux candidats de la section d'anatomie et physiologie, pour l'épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation, ont été : 1° MM. René et Imbert : « Les nerfs du goût (anatomie et physiologie). » 2° MM. Quenu et Demons : « Le pharynx(anatomie et physiologie). »

Aujourd'hui, vendredi, aura lieu le tirage au sort des sujets de thèse.

— Le dépôt des thèses pour les candidats de la section de physique et de chimie est fixé au 5 juillet 1883.

— Interpellé, au Conseil municipal, par M. le docteur Robinet, sur sa circulaire relative à la consommation de la bière dans les hôpitaux de Paris, et sur la protestation des chefs de service, M. Ch. Quentin s'est borné à défendre sa circulaire. Mais s'il a gardé le silence sur la protestation des chirurgiens, il nous a fourni quelques chiffres assez curieux sur le désordre qui règne actuellement dans les hôpitaux.

Voici, d'abord, la comparaison de la consommation de la bière en 1875 et en 1882 :

	1875.	1882.
Hôtel-Dieu.	37 litres.	13.516 litres.
Pitié	790 —	8.995 —
Charité	1.876 —	13.473 —
Saint-Antoine . . .	3.768 —	14.564 —

Dans l'ensemble des établissements hospitaliers, les chiffres sont : pour 1875, de 28,695 litres ; et en 1882, de 131,174 litres.

En même temps que la consommation de la bière augmentait d'une manière effroyable, la consommation du vin augmentait également. Voici les chiffres :

En 1875, la consommation de vin ordinaire était de 1,893,128 litres ; en 1882, de 2,646,728 litres ; celle de vin de Banyuls, de 56,881 litres en 1875, de 128,584 litres en 1882 ; celle de vin de Bordeaux de 78,814 litres en 1875, de 103,988 litres en 1882.

De son côté, le lait consommé en 1875 était de 1,130,531 litres ; en 1882, ce chiffre s'est élevé à 2,675,699 litres.

Donc l'augmentation de la bière n'a pas pour cause la substitution de cet aliment au vin ou au lait : la bière est employée comme surcroît. — « Mais qui donc buvait cette bière ? » s'écrie M. Joffrin. — « Je ne sais, répond M. Quentin ; mais, en somme, les malades ne profitaient pas de tous ces suppléments. »

Arrêtons-nous sur cette réponse de M. le directeur général de l'Assistance publique.

— Un concours public pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 6 août 1883, à 4 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17. — MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir, se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration, à partir du samedi 30 juin, jusqu'au lundi 16 juillet inclusivement, de 11 heures à 3 heures.

— *Hospice de Bar-le-Duc.* — Par suite de la démission de M. le docteur Baillot, sont nommés : 1° Médecin en chef, M. le docteur Michel. — 2° Médecin-adjoint, M. le docteur Chardin. — 3° Chirurgien en chef, M. le docteur Gelly. — 4° Chirurgien-adjoint, M. le docteur Ficatier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mabillat, médecin-major de première classe au 30e d'artillerie à Orléans, licencié en droit, décédé à Vichy, à l'âge de cinquante ans ; de M. le docteur W. E. Scott, professeur d'anatomie à l'Université Mac Gill, et de M. le docteur Palle (de Montmirail), qui a succombé le 2 juin, après quarante-sept ans d'exercice.

— La province de Québec (Bas-Canada) possède trois Universités ayant le droit de conférer des grades dans les sciences et dans les lettres : 1° l'Université catholique Laval, qui fut érigée à Québec en 1853, par le séminaire de cette ville, fondé lui-même, en 1663, par Mgr Laval, premier évêque du Canada ; elle a une succursale à Montréal ; elle compte 72 professeurs et ne reçoit aucune subvention du gouvernement ; — 2° l'Université protestante Mac Gill, fondée à Montréal en 1811 et dirigée par 43 professeurs ; — 3° l'Université anglicane de Lennoxville, fondée en 1843 par l'évêque anglican de Québec.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 24 juin 1883, sur les bords de la Marne. Le départ aura lieu au pont de Charenton, à onze heures et demie du matin.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des dyspepsies gastro-intestinales, clinique physiologique, par le professeur Germain Sée. Deuxième édition. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des origines de la métallothérapie. Part qui doit être faite au magnétisme animal dans sa découverte. Le burquisme et le perquinisme, Nysten et la métallothérapie, par O.-D. Burcq. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Études sur les déterminations de la fièvre typhoïde sur le pharynx et l'isthme du gosier, par le docteur Pérignac. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Essai sur l'embryotomie dans les présentations du tronc; description d'un appareil pour pratiquer cette opération, par le docteur Depierrée. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Manuel des injections sous-cutanées, par les docteurs Bourneville et Bricon. 1 vol. in-32. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De l'eau oxygénée, sa préparation à l'état de pureté, ses applications à la chirurgie et à la médecine, par le docteur Balvy. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14709.

N° 73. — MARDI 26 JUIN 1883. 56e ANNÉE. MARDI 26 JUIN 1883. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital des Enfants-Malades. Du croup ; traitement médical et traitement chirurgical, indications et contre-indications. — Métallothérapie. Hystérie rebelle : Aboiements, hémianesthésie absolue, troubles trophiques de la peau, etc. Guérison rapide par l'aluminium. — Société médicale des Hôpitaux. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

Du croup; traitement médical et traitement chirurgical ; indications et contre-indications (1).

II

Nous avons étudié dans notre précédente leçon le traitement médical du croup, vous traçant en quelques grandes lignes la symptomatologie des indications de la trachéotomie. Aujourd'hui nous allons vous parler des contre-indications de la trachéotomie et des soins consécutifs.

Nous pouvons dire tout d'abord, en thèse générale, que l'absence de tirage, — je vous ai expliqué, dans la dernière leçon, ce que l'on entendait par tirage, — l'absence de dyspnée et de suffocation sont les principales contre-indications d'une intervention chirurgicale, de la trachéotomie, une opération n'étant pas encore nécessaire dans ces conditions. Par suite, le croup secondaire et le croup des adultes sont dans les mêmes conditions, comme ne s'accompagnant ni de tirage ni de dyspnée. La diphtérie qui se généralise et donne lieu, en plus des accidents sur le tube respiratoire, à des manifestations sur la vulve, sur la muqueuse nasale, sur la plaie d'un vésicatoire, etc., rend par cela même la trachéotomie absolument inutile ; car c'est à peine si elle permettra de sauver un malade sur dix mille ou vingt mille. Il en est de même du croup se compliquant de phénomènes de broncho-pneumonie, de bronchite capillaire.

Quels sont, en résumé, les bénéfices de la trachéotomie ? Il faut bien le savoir, les enfants opérés du croup suffoquant ne guérissent guère que dans la proportion de 1 sur 5, et encore, en prenant des statistiques extrêmement nombreuses; car si vous consultez seulement un nombre limité de faits, vous trouverez des séries de 5 morts sur 5 malades, tandis qu'à côté vous en rencontrerez d'autres dans lesquelles les deux tiers des malades auront guéri.

Du reste, les chances de succès varient suivant certaines circonstances. Elles varient selon l'âge ; c'est ainsi qu'au-dessus de deux ans, la proportion des guérisons sera de 1 sur 5 cas, tandis qu'au-dessus de deux ans la mort est pour ainsi dire la règle. On compte cependant quelques cas de guérison chez des enfants de dix-huit mois, de dix-sept mois, de seize mois, voire même de quinze et de treize mois. Les chances de succès de l'opération tiennent encore à la santé ordinaire de l'enfant, à son état plus ou moins débile, plus ou moins fatigué. Le traitement médical auquel on a eu recours, dès le début de la maladie, croup ou angine couenneuse, aura également son influence sur les suites de la trachéotomie. Ainsi les mercuriaux, les alcalins, les émissions sanguines seront défavorables et prédisposeront à l'insuccès.

En résumé, les chances de succès de l'opération dépendent de l'âge du petit malade, de sa santé ordinaire, du milieu, et aussi du moment choisi pour intervenir chirurgicalement. C'est ainsi que chaque fois qu'il vous sera possible de choisir le moment d'intervenir, je vous conseillerai d'opérer au commencement de la troisième période, c'est-à-dire l'époque où les phénomènes du tirage commencent à se prononcer. C'est ainsi que, si, après avoir fait prendre un vomitif dès le premier ou le deuxième accès de suffocation, vous voyez les accidents augmenter, la pâleur s'accentuer, le pouls faiblir, vous déciderez, sans retard, la nécessité d'une intervention chirurgicale. Ne pouvez-vous pas choisir l'instant favorable, et arrivez-vous auprès du malade alors qu'il est en proie au croup suffoquant, vous opérez au plus tôt, pendant qu'il vous reste encore quelque espoir de pouvoir sauver le malade.

Il y a trois ans environ je donnai mes soins à un enfant dont la famille habitait les parages du bois de Boulogne. Je l'avais vu le matin, et, en raison de la marche de la maladie, j'entrevoyais que l'opération deviendrait nécessaire le lendemain. Cependant, dans la journée, les accidents avaient pris une allure tellement rapide que, vers sept heures du soir, on venait en hâte me chercher. A mon arrivée, il s'agissait, en effet, de pratiquer une opération d'urgence. L'enfant était dans un état de mort apparente. J'intervins promptement. Néanmoins mon petit malade resta dans le même état pendant une heure et demie, et ce ne fut qu'à force de stimulants de toute nature, le fouettant, le réchauffant et pratiquant des frictions sèches répétées qu'il revint enfin à lui. L'opération fut couronnée d'un plein succès et l'enfant guérit parfaitement. Il est donc, vous le voyez, possible encore d'opérer parfois avec succès, *in extremis*.

Quoi qu'il en soit, je le répète de nouveau, vous ne devez jamais omettre, avant d'intervenir, de prévenir la famille de la possibilité d'un accès de suffocation, d'une hémorragie, d'une syncope, survenant pendant le cours même de l'opération et entraînant la mort. La trachéotomie est, en effet,

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 juin 1883.

une opération des plus émouvantes et pour laquelle je crois que le meilleur procédé est le procédé *ad libitum* qui exigera le moins de perte de temps.

Quant aux accidents immédiats toujours possibles, quelles que soient les précautions prises, nous trouvons, en première ligne, l'hémorragie. De là, la nécessité d'avoir de l'amadou à sa disposition. Si l'hémorragie est extérieure, l'amadou est placé sous le pavillon de la canule, de telle sorte qu'il agit non seulement en tant qu'amadou, mais encore en produisant une légère compression. L'hémorragie qui se fait intérieurement est toujours beaucoup plus dangereuse.

Dans le cas de mort apparente, on aura recours à tous les stimulants possible, à la respiration artificielle prolongée sans découragement, voire même pendant une heure ou une heure et demie. Parfois des fausses membranes viendront obstruer la canule; dans ce cas, vous chercherez à les saisir avec des pinces ou à les dissocier avec les barbes d'une plume; si vous n'y parvenez pas, vous retirerez la canule en ayant bien soin de maintenir ouverte la plaie trachéale.

Un accident terrible qui peut arriver à tout le monde, c'est la perforation de l'œsophage, laquelle entraîne fatalement la mort. Aussi, comme premier soin à donner après l'opération, faut-il faire boire à l'enfant un cordial quelconque, ne serait-ce que pour s'assurer que l'œsophage n'a pas été lésé.

Le soulagement qui suit ordinairement l'opération est tel que le petit malade a la plus grande tendance à dormir, tendance des plus dangereuses chez un être déjà plus ou moins asphyxié, qui ne peut qu'augmenter l'engourdissement général; tendance contre laquelle il faut réagir activement pendant la première heure qui suivra la trachéotomie, sous peine d'accidents.

Comme soins consécutifs à cette opération, on entoure le cou de l'enfant d'une cravate de tarlatane; on le porte dans une chambre dont l'atmosphère sera phéniquée par des pulvérisations et dont la température oscillera entre 16° et 17°, pas davantage, car l'air surchauffé aurait pour propriétés de dessécher, d'irriter et d'amener une toux plus ou moins forte. Je recommande aussi une alimentation liquide ainsi que le perchlorure de fer; je donne ce dernier systématiquement, à la dose de une ou deux gouttes, au moment où l'enfant prend un peu de bouillon. Si l'enfant est déjà grandet, je prescris le saccharure de cubèbe qui n'a pas du tout un goût désagréable. Quant au chlorate de potasse, il jouit d'une réputation absolument usurpée pour la diphtérie. Si l'enfant a encore la gorge malade, on fera quelques badigeonnages, sinon l'on n'aura que la canule à surveiller, ce qui est une chose des plus importantes. Il faut bien s'assurer que la personne chargée de garder le malade connaît la manœuvre de ladite canule; autrement des accidents peuvent survenir qui mettraient la vie de l'enfant en danger, d'autant plus qu'il lui faut la nettoyer toutes les heures pendant la première journée. Au bout de vingt-quatre heures on retire l'appareil et on fait un nouveau pansement. Si l'on aperçoit sur la plaie quelques plaques diphtéritiques, on les touche légèrement avec du jus de citron.

Si le malade n'a pas succombé, le surlendemain de l'opération on ne remet pas tout de suite en place la canule qu'on avait enlevée pour la nettoyer, mais on la laisse retirée pendant quelques instants. On fait de même les jours suivants jusqu'au huitième ou dixième jour, époque à laquelle on peut la retirer tout à fait. Cependant il n'est pas rare qu'on soit forcé de la conserver dans la trachée pendant plusieurs semaines. Dans certains cas même, des malades ont dû la garder pendant des mois et quelquefois aussi pendant des années.

Parmi les accidents qui peuvent encore survenir à la suite de la trachéotomie, en dehors de la diphtérie généralisée et de phénomènes pulmonaires, il y a aussi la dysphagie, une sorte de spasme, d'horreur pour les aliments, tels que l'on a vu des enfants ne vouloir absolument rien prendre et se laisser mourir d'inanition. J'ai vu ainsi, il y a deux ans, un jeune enfant qui se trouvait dans de bonnes conditions pour guérir, dans une famille aisée, enfant mal élevé, très volontaire, qui succomba à la diphtérie généralisée, par épuisement, s'étant refusé à toute alimentation quelle qu'elle fut.

En résumé, la trachéotomie est une opération que l'on doit pratiquer sans précipitation, en prenant comme indicateur le doigt de la main gauche.

MÉTALLOTHÉRAPIE.

Hystérie rebelle : Aboiements, hémianesthésie absolue, troubles trophiques de la peau, etc. Guérison rapide par l'aluminium.

Par les docteurs V. Burq et J. Moricourt.

L'observation qui va suivre est un cas de guérison qui, comme on va le voir, mérite une place à part dans le chapitre des étonnements de la métallothérapie. Il est, de plus, unique, en ce sens que, grâce à la métalloscopie, l'aluminium figure pour la première fois comme remède, *à l'état métallique*, et que l'on voit l'un de ses composés, l'alun, non seulement jouer sur le système nerveux un rôle qu'on ne lui eût jamais soupçonné, mais se comporter, du côté des fonctions intestinales, d'une façon diamétralement opposée à celle que tout d'abord on aurait pu augurer, étant bien connues ses propriétés astringentes.

Le 12 février dernier, M. le docteur Rozé nous adressait Mlle X..., de Nevers, âgée de vingt ans, pour une affection hystérique complexe.

Les premières grandes manifestations de la névrose remontaient à quatre années. La dominante était, pour le moment, des crises d'aboiement absolument semblables à ceux d'un chien de moyenne taille, mais d'une bien autre vélocité. Depuis août 1879, ils se répétaient tous les jours invariablement après le repas du matin et du soir, et souvent à la suite d'une simple émotion ou fatigue, et s'annonçaient par des prodromes comme dans l'attaque d'hystérie.

D'autre part, il existait dans tout le côté gauche une anesthésie absolue avec abolition complète du goût et de l'odorat. Il n'y avait point d'amyosthénie; les forces musculaires étaient même au-dessus de la moyenne. Pression à droite 44 kilog., et à gauche 38 kilog. Mais les muscles creux de l'abdomen avaient été frappés d'une telle atonie, que les garde-robes étaient devenues impossibles sans lavement.

En outre, Mlle X... présentait les troubles trophiques suivants : souvent sa peau, celle du tronc surtout, se couvrait par places de bandes de rougeurs, à base indurée, comme auraient pu en produire des coups assénés par une baguette étroite, qui duraient plus ou moins de temps, puis disparaissaient laissant des stigmates d'un blanc nacré, qui les faisait ressembler aux vergetures de la grossesse. Les rougeurs régnaient parfois sur plus d'étendue; elles affectaient alors un autre siège. C'est ainsi qu'un beau jour, Mlle X... nous arriva avec le bas de ses deux jambes rouges, violacées et notablement enflées dans une étendue de 12 à 15 centimètres, tout à l'entour et au-dessus du montant de ses bottines.

Comme il avait fait froid les jours précédents, la malade crut, et nous crûmes un moment avec elle, à des engelures. Mlle X... avait subi toute une odyssée médicale. Différents confrères, parmi lesquels le docteur Thomas, de Nevers, d'abord, puis M. le professeur Charcot, et à sa suite M. le docteur Vigouroux, avaient essayé sur elle tous les traitements classiques imaginables. Après les antispasmodiques de toute sorte, après l'arsenic, etc., on avait fait intervenir l'électricité sous toutes les formes, les aimants, le diapason, etc., et une hydrothérapie féroce. Pendant trois mois consécutifs, du 8 juin au 7 septembre, Mlle X... avait été assise sur le tabouret de la machine électrique à raison de une à deux heures par jour, et pendant trois autres mois, elle avait été *douchée scientifiquement* par un doucheur en vogue. La métallothérapie seule n'avait point été appelée à lui venir en aide. Tout avait absolument échoué, l'anesthésie était restée la même, et pas un jour, même à l'époque du jeûne du jour du *pardon* (Mlle X... est israélite), ne s'était passé sans crise d'aboiement.

Cette résistance si grande de l'affection à l'hydrothérapie surtout, jointe à cette circonstance que la malade était née d'un mariage entre oncle et nièce, et que sa mère, deux sœurs et un frère, tous névropathes, avaient aussi offert des troubles gutturaux semblables, nous firent apparaître tout d'abord cette névrose comme une sorte de *noli me tangere*. Heureusement que le souvenir des succès obtenus à la Salpêtrière sur des malades qui semblaient plus incurables encore, nous empêcha de désespérer ici de la métallothérapie.

Examen métalloscopique. — Cet examen fut particulièrement long chez Mlle X... Après avoir vainement appliqué, à des jours différents, l'acier, le cuivre, le zinc, le plomb, l'argent et le platine, après avoir essayé, avec aussi peu de succès, d'injections d'or et de platine avec des solutions à différents titres, nous en arrivâmes enfin à cette conclusion : Bimétallisme; *sensibilité aluminium* en première ligne, et *sensibilité étain* en deuxième. Parmi les expériences métalloscopiques décisives qui établirent la prééminence de l'aluminium, les suivantes sont à citer.

2 avril, à 5 h. 10 min., injection à la cuisse gauche d'une dizaine de gouttes de solution de sulfate d'alumine à 1/200e. A 5 h. 5 min., X... accuse une vive douleur; les piqûres sont très douloureuses au niveau et tout autour du point injecté, et, à partir de ce moment, la sensibilité fait tâche d'huile. Nous suivons son développement à l'aide d'un presse-papier en cristal, froid au toucher, et de l'esthésiomètre, et nous voyons apparaître tout d'abord la sensibilité thermique *d'emblée*, c'est-à-dire sans dysesthésie préalable, puis la sensibilité de contact et, en dernier, la sensibilité de douleur. A 5 h. 20 min., il ne restait plus trace d'anesthésie ni d'analgésie dans tout le membre.

Après cette expérience déjà si probante, nous appliquons une grande plaque d'aluminium à la jambe gauche, par-dessus la rougeur, et nous renvoyons Mlle X... en lui enjoignant de la garder jusqu'à sa prochaine visite.

9 avril. Sensibilité au-dessus de la normale dans tout le membre inférieur gauche, et pas de transfert à droite. Au bras du même côté, la sensibilité est presque bonne partout jusqu'à l'épaule. A partir de cette dernière, elle va s'affaiblissant. Très obtuse à la joue et sur l'aile du nez, elle est nulle encore dans la moitié gauche de l'intérieur de la bouche. La langue n'y perçoit point la saveur de l'alun, et la titillation de la partie correspondante de la luette ne détermine aucun mouvement réflexe.

Nous injectons cinq à six gouttes de la solution déjà employée le 2 au niveau du larynx, et moins de cinq minutes après, retour du sens gustatif et de la sensibilité de la langue et de la luette. Des injections semblables faites au bras et à la cuisse complètent la sensibilité là où elle n'était encore qu'ébauchée et l'exagèrent sur les autres parties. En conséquence, nous prescrivons le traitement suivant :

1° Application permanente d'une armature d'aluminium autour du cou, sur le bras et la jambe gauches;

2° Prendre tous les jours de une à deux pilules contenant chacune 3 centigrammes de sulfate d'alumine.

Deux jours après, le 11, disparition complète des aboiements et déjà régularisation des selles.

13 avril. Sensibilité exquise partout, diminution notable de la rougeur et de l'enflure des jambes.

16 avril. L'état des jambes s'est encore amélioré. Les selles se sont activées à ce point qu'il y en a eu jusqu'à huit en diarrhée dès que Mlle X... s'est mise à prendre deux pilules.

Les aboiements n'ont point reparu, la sensibilité générale et spéciale sont parfaites, le sommeil est devenu presque calme, si bien que Mlle X..., se regardant comme guérie, voudrait déjà s'en retourner à Nevers.

Le traitement intus et extra est continué de même ; nous y ajoutons quelques nouvelles injections d'alumine, cette fois à 1/100e et plus copieuses.

Le 30 avril, Mlle X... nous rend une dernière visite. A ce moment la sensibilité et les forces musculaires ne laissent rien à désirer. La malade, qui a pris encore de l'embonpoint, pèse, avec ses vêtements, 75 kilogrammes. Les aboiements ne se sont pas renouvelés, et, ce qui est remarquable, c'est que non seulement les troubles trophiques de la peau ont complètement disparu, mais les anciens stigmates se sont eux-mêmes presque tous effacés.

En outre, l'application de l'aluminium ne produit presque plus d'effet post-métallique et deux pilules ne purgent plus. Il ne reste plus qu'un peu d'hyperesthésie sur le vertex, à la poitrine et vers les régions ovarique et vulvaire. Mais c'en est assez pour nous faire insister sur la nécessité de continuer pendant encore au moins six mois le traitement, auquel nous ajoutons des bains et des injections d'alun, et, avant de donner congé à Mlle X..., nous lui tenons ce langage : « Interrogez souvent votre sensibilité avec une épingle, et pour peu que vous la trouviez en défaut, hâtez-vous de reprendre votre traitement si vous l'avez suspendu ; car, mademoiselle, *sachez-le bien*, tant que vous vous sentirez bien de partout et que vous serez forte comme aujourd'hui, nous vous certifions que vous n'aurez plus à craindre *prochainement* autre chose que les petites misères, compagnes obligées d'une hérédité et d'un tempérament comme le vôtre... »

Le lendemain, 1er mai, Mlle X..., qui avait été élevée à connaître le prix du temps, reprenait la route de Nevers, et, à cette heure, aucune nouvelle n'est venue donner un démenti à nos paroles.

En résumé, voici une hystérique de naissance, mais nullement portée, ni par goût ni par l'éducation, à la fantaisie, comme beaucoup de ses pareilles, d'un type viril, pour ainsi dire, qui, pendant quatre années, avait été soumise en pure perte à tous les traitements imaginables, et que la métallothérapie a guérie en quelques jours, non seulement de ses aboiements, de son anesthésie, d'une inertie intestinale des plus intenses, etc., mais aussi de troubles trophiques se renouvelant sans cesse, et des stigmates qu'ils avaient laissés, troubles qui avaient paru assez remarquables à M. le professeur Charcot pour mériter les honneurs de l'iconographie, et l'a guérie en rétablissant tout d'abord la sensibilité tant spéciale que générale et la contractilité viscérale !

Devant un fait pareil, devant des résultats matériels qui sont si parfaitement d'acccord avec ceux obtenus par le docteur Galezowski, dans des troubles trophiques de la papille, avec des injections d'or et de platine, auxquelles il n'a manqué que d'avoir été précédées d'un examen métalloscopique en règle pour être de la très bonne métallothérapie, les réflexions se pressent en foule. Nous nous bornerons à exprimer tout haut celle-ci.

Ne ressort-il point du cas de Mlle X..., comme de ceux qui l'ont précédé, et de tant d'autres faits semblables que nous pourrions y ajouter, que c'est sans droit que d'aucuns ont prétendu dans les *Annales de neurologie* et ailleurs que l'électricité statique et les aimants que la métallothérapie a ressuscités, sont comme le dernier mot du traitement des

affections nerveuses en général et de l'hystérie en particulier, qu'ils opèrent mieux et plus vite que n'importe quel agent, et que là où ils n'agissent point, les métaux non plus ne peuvent rien ?

C'est précisément la proposition inverse qui est au contraire la vraie, il nous serait facile d'ailleurs de le démontrer, sans compter qu'au point de vue pratique, nulle comparaison n'est possible entre des engins aussi encombrants que coûteux et les armatures qui ne tiennent aucune place, qui ne coûtent presque rien et qu'on peut même improviser sans frais, avec des pièces de monnaie, quand il s'agit de métaux tels que l'or et l'argent. Quant à ce qui est de la métallothérapie interne, elle est, elle, hors de pair, surtout quand il est possible d'avoir recours aux injections métalliques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin 1883. — Présidence de M. MILLARD.

COMMUNICATIONS

Ataxie locomotrice d'origine syphilitique. — M. **RENDU** communique, au nom de M. Desplats (de Lille), une observation dont voici le résumé : Homme de cinquante-quatre ans ayant eu la syphilis à vingt ans, en paraissant quelques années après complètement guéri, présentant à quarante ans des troubles visuels, diplopie et amblyopie passagère et des troubles cérébraux, étourdissements, vertiges, qui durèrent environ dix ans, de quarante à cinquante ans. Il y a cinq ans, il eût des douleurs fulgurantes et tous les signes d'une ataxie locomotrice à marche rapide ; impuissance, paralysie motrice, crises vésicales, anesthésie partielle des membres, perte de la notion de position des membres, anesthésie musculaire, incoordination, suppression des réflexes tendineux, en un mot l'ensemble des symptômes habituels de l'ataxie locomotrice. En raison des antécédents syphilitiques, le traitement a consisté en sirop de Gibert et potions mercurielles. Cinq jours après, amélioration, diminution de l'anesthésie et des douleurs ; quinze jours après, marche moins incertaine, notable amélioration générale ; après trois mois de traitement, guérison complète.

M. **RATHERY** dit qu'il faut suivre ce malade pendant longtemps pour voir si la guérison se maintiendra. Il a vu, il y a un an, un ataxique avéré présenter une rémission considérable à une période avancée de la maladie. Ce malade est resté huit mois guéri. Puis il est retombé. Avant donc de conclure à l'efficacité du traitement antisyphilitique dans le cas de M. Desplats, il faut attendre.

M. **ALBERT ROBIN** cite l'exemple d'un malade qu'il a vu avec Gubler, malade syphilitique présentant, quatre ans après, tous les signes de l'ataxie locomotrice, soumis au traitement spécifique, pendant six mois, et complètement guéri. La guérison se maintient depuis quatre ans.

M. **DEBOVE** dit que lorsqu'on a fait de nombreuses autopsies d'ataxiques, il est bien difficile de comprendre comment la guérison peut être obtenue par un traitement antisyphilitique. Il a vu des malades tabétiques, n'ayant présenté que des douleurs fulgurantes et chez lesquels, à l'autopsie, on trouvait déjà des lésions très avancées des cordons postérieurs de la moelle. Dès le début de la maladie, on trouve donc déjà des lésions profondes des cordons postérieurs dont il serait bien difficile de comprendre la régénération sous l'influence d'un traitement antisyphilitique.

M. **DESNOS** a vu un cas d'ataxie confirmée, arrivée à une période avancée, et dans lequel, à l'autopsie, le malade étant mort de variole intercurrente, on n'a trouvé que des lésions superficielles congestives de la moelle. L'examen microscopique avait été fait par M. Cadiat.

M. **DEBOVE** déclare, dans les nombreuses autopsies d'ataxiques qu'il a faites, avoir toujours constaté de la sclérose des cordons postérieurs, lorsque la maladie était tant soit peu avancée, et même souvent à son début. Il en cite plusieurs exemples. Jusqu'à preuve du contraire, il ne croit donc pas qu'un ataxique avéré puisse ne pas présenter ces lésions.

M. **RENDU** fait observer que, dans le cas de M. Desplats, l'amélioration doit bien certainement être rattachée au traitement antisyphilitique. Il ajoute que bien souvent, même dans des cas déjà avancés, il n'existe que des lésions congestives et par conséquent curables de la moelle.

Phlegmon périnéphrétique. — M. **GUYOT** présente un malade atteint d'un phlegmon périnéphrétique et qui a donné lieu à plusieurs erreurs de diagnostic : fièvre typhoïde, production sarcomateuse, etc. Une grande amélioration est survenue sous l'influence d'un traitement révulsif énergique : pointes de feu, cautères volants, etc.

Œdème des replis aryténo-épiglottiques. — M. **GOUGUENHEIM** lit un travail intitulé : *Œdème des replis aryténo-épiglottiques, surtout dans les maladies chroniques du larynx.* En voici les conclusions ;

1° L'œdème des replis aryténo-épiglottiques, surtout dans les maladies chroniques du larynx, n'est pas toujours accompagné de dyspnée.

2° Quand la dysphagie manque, ce qui est rare, cet œdème peut être latent et n'être dévoilé que par l'examen laryngoscopique.

3° A l'examen laryngoscopique les replis œdématiés ou hypertrophiés ne se rabattent ni ne se rejoignent au moment de la respiration.

4° Quand on invite le malade à émettre un son, les replis tuméfiés se rapprochent, mais sans provoquer de dyspnée, et ce n'est qu'au cas où ce mouvement se prolonge que le spasme se produit et par suite la dyspnée.

5° Quand les replis sont énormes et tout à fait en contact, ils gardent une immobilité à peu près complète et l'inspiration ne développe point de dyspnée, mais l'émission du son et un examen trop prolongé produisent très rapidement le spasme et la dyspnée, toutefois sans changer visiblement ni déplacer les replis.

6° Dans le cours d'un cas très prononcé d'œdème des replis, l'examen laryngoscopique, pratiqué au moment d'une période d'accès de suffocation, m'a permis de constater que, loin de se rapprocher au moment de l'inspiration les replis s'écartaient, au contraire, à ce moment, très légèrement il est vrai ; la suffocation et la dyspnée n'étaient donc pas le résultat du rapprochement mécanique des replis tuméfiés. Le spasme seul du cordon provoquait ces signes qui étaient du reste exagérés par un examen prolongé et l'émission du son.

7° La théorie de Sestier pour expliquer les cas de suffocation n'est donc pas exacte.

8° Les accès de suffocation et le sifflement inspiratoire ne sont dus, dans ce cas, qu'à un spasme intercurrent soit d'origine réflexe, soit par compression des nerfs récurrents.

9° La découverte de masses aryténo-épiglottiques sans dyspnée concomitante n'est donc pas une indication thérapeutique de la trachéotomie.

10° Il ne faut, dans un but thérapeutique, ne toucher les replis tuméfiés qu'avec la plus grande circonspection, à cause de la complication redoutable de spasme qui est si aisément provoquée par l'examen.

11° Le spasme n'est pas toujours, dans ces cas, une indication absolue de la trachéotomie, car on l'a vu reparaître quelquefois assez rapidement sous l'influence de médications variables, externes et internes.

12° Quand on est en présence des signes de la suffocation laryngienne, il faut pratiquer l'examen laryngoscopique, car cet examen peut dévoiler l'existence de lésions sous-glottiques qui peuvent influer sur le mode opératoire.

Carie des aryténoïdes. — M. **GOUGUENHEIM** fait une seconde communication ayant trait à un cas de carie des aryté-

noïdes chez un sujet mort de phtisie aiguë avec œdème des replis, sans dyspnée, avec paralysie des cordes, aphonie qui serait le signe d'une aryténoïdite.

Leucémie; tuberculose généralisée. — M. ALBERT ROBIN communique l'observation d'un homme de vingt-quatre ans offrant tous les symptômes de la leucocythémie, dont le foie, la rate, les ganglions, le sang et l'urine en présentaient tous les signes, qui avait de la dyspnée, des accès de suffocation, une toux quinteuse, qui portait toutes les marques d'une hypertrophie ganglionnaire généralisée, qui avait du purpura, en un mot tous les symptômes les plus complets de la leucémie. A l'autopsie, on trouva la rate énorme, criblée de cavernes tuberculeuses et de tubercules à divers degrés de développement; le foie pesait 2,800 grammes et en pleine dégénérescence granulo-graisseuse. En un mot, il s'agissait d'une tuberculose généralisée au foie, à la rate, aux ganglions, aux reins; il y avait un nodule caséeux au sommet du poumon droit.

Ce fait autorise à conclure qu'il existe une forme spéciale de tuberculose des organes lymphoïdes, qui se traduit par tous les signes de la leucémie.

DISCUSSION SUR L'ISOLEMENT DES VARIOLEUX.

M. VALLIN, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Rathery (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1883, p. 532), fait observer que depuis le rapport de M. Vidal, en 1864, il n'y a pas eu de discussion sur ce sujet devant la Société, et que, malgré de récentes améliorations, l'isolement des malades contagieux laisse beaucoup à désirer à Paris.

M. Rathery n'est pas partisan de la construction d'un hôpital spécial consacré exclusivement aux varioleux, pour une grande ville comme Paris. Il n'est pourtant pas douteux qu'en diminuant le nombre des foyers on diminue les chances de transmission et de dissémination. Pour qu'un hôpital d'isolement soit réellement efficace, il faut qu'il ait un personnel spécial d'infirmiers, un matériel de lingerie, de literie, de vêtements, toutes choses qu'il est très difficile d'obtenir même dans un pavillon distinct d'un hôpital général. C'est cette communauté de personnel et de matériel qui rend si souvent illusoire l'isolement des contagieux dans les hôpitaux d'enfants.

M. Rathery craint que l'établissement d'un hôpital spécial nuise à l'instruction des élèves. M. Vallin est d'une opinion opposée et il démontre de quelle utilité, au contraire, serait un tel hôpital pour l'instruction des élèves qui pourraient être ainsi plus facilement soumis à certaines formalités fort utiles et auxquelles il est aujourd'hui très difficile de les astreindre, revaccination obligatoire, désinfection des vêtements, ablutions désinfectantes, etc. Si cet hôpital était placé près des fortifications, il n'y aurait aucun danger à redouter pour le voisinage. Il ne faut pas d'ailleurs se laisser trop impressionner par les cas de propagation de variole qui ont été observés, en ces dernières années, au voisinage des hôpitaux de varioleux. Dans un hôpital spécial il y aurait une discipline et des règlements rigoureusement appliqués; visites restreintes aux plus proches parents, aux cas graves, et soumises à certaines précautions; un lazaret de désinfection, muni d'étuves à air chaud, etc., en un mot un hôpital spécial d'isolement pour les varioleux implique une installation minutieuse qu'il est impossible d'improviser dans un service *ad hoc* d'un hôpital général. C'est par un isolement rigoureux des cas sporadiques qu'on a le plus de chances d'éviter les grandes manifestations épidémiques de la variole. Il paraît indispensable d'établir à l'entrée de cet hôpital des cabinets d'observation pour les malades douteux. A Londres, chaque *smallpox hospital* est pourvu de locaux de ce genre; il en est de même à Venise, à Copenhague, etc. Un pavillon du modèle Tarnier conviendrait parfaitement pour cet usage.

M. Rathery propose l'établissement d'hôpitaux de convalescents pour les varioleux. Un pavillon séparé, bien isolé, dans les hôpitaux de convalescents existants, suffirait avant de construire un hôpital pour les varioleux convalescents; il faudrait en avoir un pour les varioleux en pleine évolution. On hésitera toujours à faire double dépense et les précautions ne devraient pas être moindres pour les convalescents que pour les malades.

Il serait urgent d'avoir des places payantes dans les hôpitaux de varioleux. M. Lereboullet a fait connaître la situation intolérable d'un de ses clients qui avait contracté la variole pendant un voyage à Paris et qui avait été expulsé de plusieurs hôtels, de la Maison municipale de santé. Il ne faut pas qu'un pareil état de choses continue dans une ville comme Paris, où le mouvement des voyageurs et des étrangers est incessant. C'est même une des raisons pour demander la création d'un hôpital spécial auquel on annexerait un pavillon à chambres payantes. En Angleterre, il existe un grand nombre de petits hôpitaux d'isolement. La mère vient installer dans un appartement de l'hôpital civil un de ses enfants atteints de rougeole, de scarlatine ou de variole, afin de ne pas exposer tous les autres. Le *Local Government Board* a publié cette année une enquête de M. le Dr Thom-Thom sur les hôpitaux d'isolement de la Grande-Bretagne. C'est un gros volume qui contient les plans et les descriptions d'une centaine de ces hôpitaux pour maladies contagieuses. On y trouve sur le fonctionnement de chacun d'eux les renseignements les plus intéressants. On y peut voir quels soins on a pris pour assurer la désinfection du matériel, pour éviter la transmission par les visiteurs ou le personnel de ces petits hôpitaux.

Un pareil établissement manque à Paris et dans un pays où les fondations par souscription ne sont pas dans les mœurs, comme en Angleterre, c'est l'Assistance publique qui seule pourrait prendre l'initiative d'une pareille création.

La communication de M. Rathery fait mettre le doigt sur une lacune de notre législation. Un directeur d'hôpital n'a pas le droit de retenir, malgré lui, un convalescent de variole. Ainsi aucune loi ne peut empêcher un varioleux en pleine desquamation d'entrer dans une salle de spectacle, de s'installer dans une galerie haute, de s'y gratter pendant toute la représentation et de laisser tomber des flots de poussière virulente sur les nombreux spectateurs placés au-dessous de lui. M. Vallin multiplie les exemples de ce genre. Il n'en est pas ainsi dans d'autres pays. En Angleterre, l'article 126 du *Public Health* condamne à une amende de 125 francs tout individu qui, atteint d'une maladie contagieuse, s'expose volontairement et sans précaution à répandre sa maladie dans une rue, place publique, boutique, taverne, voiture publique, sans, au préalable, prévenir de sa maladie le propriétaire, le conducteur ou le cocher. Il en est de même de toute personne qui donnera, prêtera, vendra ou exposera, sans les avoir d'abord désinfectés, la literie, le linge ou autres objets infectés. Celui qui louera sciemment une maison ou une chambre où aura demeuré une personne atteinte de maladie contagieuse sans avoir fait désinfecter les locaux, sera passible d'une amende de 500 fr. Tant qu'une ordonnance de ce genre n'existera pas chez nous, quel droit pourrons-nous invoquer pour empêcher un convalescent de variole de rentrer dans la vie commune? On ne peut rester désarmé; pour cela une loi n'est pas nécessaire. Aux termes des lois sur l'organisation municipale du 5 mai 1855 et du 24 juillet 1867, les maires sont exclusivement chargés, sous la surveillance des préfets, des mesures à prendre pour prévenir ou arrêter les épidémies. Ils pourraient donc prendre, chacun pour sa commune, une ordonnance comparable au *Public Health* cité plus haut. Le comité ne peut que contribuer à provoquer l'attention des pouvoirs publics sur tout un système sanitaire qui est en voie de création dans tous les pays voisins et dont on s'occupe à peine dans le nôtre: la déclaration obligatoire des cas de maladie contagieuse, la désinfection et même l'isolement obligatoires dans tous les cas de maladie transmissible, en particulier de la variole.

M. RATHERY remercie M. Vallin de l'appui qu'il a apporté à ses propositions.

M. TENNESSON, à l'appui des conclusions de M. Rathery, cite plusieurs faits qu'il a eu l'occasion d'observer dans son service. Une jeune femme atteinte de rougeole est placée, par suite d'une erreur de diagnostic, dans le pavillon des varioleux; elle guérit de sa rougeole, mais elle eut ensuite une variole à laquelle elle suc-

comba. De même pour une jeune femme atteinte d'urticaire, placée par mégarde dans le pavillon des varioleux, mourant quelques jours après de la variole. Ces faits plaident bien en faveur des salles d'attente demandées par M. Rathery.

Des chambres payantes pour des étrangers ne sont pas moins nécessaires. Un confrère américain contracte à Paris la variole; chassé d'hôtel en hôtel, refusé à la maison Dubois, il vient mourir de sa variole à l'hôpital Tenon.

On voit parfois des étudiants en médecine qui n'ont jamais été vaccinés; c'est là encore une réforme qui s'impose que la vaccination obligatoire, au moins pour les élèves en médecine.

M. Tennesson ne pense pas que la présence d'un pavillon d'isolement pour les varioleux dans les hôpitaux favorise le développement des cas intérieurs. Il n'a constaté que seize cas intérieurs en deux ans et demi à l'hôpital Tenon.

M. VALLIN pense que c'est là une grande négligence de la part d'un médecin d'hôpital que de laisser entrer dans un service de varioleux un jeune homme qui n'a pas été vacciné.

Du reste, pour tout ce qui concerne la variole, les médecins ne sauraient apporter trop d'attention pour l'accomplissement des mesures hygiéniques ou prophylactiques. Ainsi le balayage des salles de varioleux, par exemple, offre une très grande importance.

M. Vallin s'aperçut lui-même, un jour, au Val-de-Grâce, qu'on balayait les salles, après avoir secoué les matelas et les draps et qu'on faisait voltiger les nombreuses croûtes qui recouvraient le plancher de la salle, puis qu'on allait jeter ces détritus sur les tas d'ordures. C'est là certainement un excellent moyen de transmission de la variole. Pour parer à ces graves inconvénients, M. Vallin exige que l'on mette du sable jaune humide dans les salles, qui a pour effet de retenir les croûtes pendant le balayage.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a eu dans son service à Saint-Antoine, 4 cas de variole, dont 3 décès. L'origine de ces cas de variole était due à une infirmière qui allait souvent voir son amie, infirmière de la salle des varioleux et qui a rapporté la maladie avec elle dans les salles de M. Beaumetz. Il pense, comme MM Rathery et Tennesson, qu'il y a lieu d'exiger les revaccinations, non seulement des stagiaires et des bénévoles, mais encore de tout le personnel des infirmiers et infirmières et même des malades.

M. DUMONTPALLIER, depuis onze ans, pratique la revaccination obligatoire au lycée Louis-le-Grand; il n'y a pas eu, depuis cette époque, un seul cas de variole.

M. DUGUET, depuis cinq à six ans, a fait vacciner tous les huit jours, dans les divers services qu'il a dirigés; il n'a pas eu, depuis ce temps, un seul cas de variole.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite de la troisième épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central, les candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique, ont été admis à subir les épreuves définitives : MM. Barrié, Brissaud, Chauffard, Dreyfous, Edgar Hirtz, Letulle, Lucas-Championnière et Renault. Depuis lors, ces deux derniers se sont retirés du concours.

La question donnée pour la composition écrite (quatrième épreuve) a été : « De l'érysipèle, anatomie pathologique et formes cliniques. »

— Par décret, en date du 22 juin 1883, ont été nommés dans le cadre du service de santé militaire, et ont reçu les affectations ci-après, les médecins et le pharmacien militaires, dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — (Choix.) M. Dujardin-Beaumetz, médecin principal de 2e classe des hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Libermann, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — Est désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Constantine et du service de la division de Constantine.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — (Choix.) M. Perrin, médecin-major de 1re classe de l'hôpital du Gros-Caillou, à Paris, en remplacement de M. Dujardin-Beaumetz, promu. — Est affecté à l'hôpital de Bourges.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — (Choix.) M. Collin, médecin-major de 2e classe au 5e hussards, en remplacement de M. Mabillat, décédé. — Est affecté au 61e d'infanterie.

(Ancienneté.) M. Lachappelle, médecin-major de 2e classe au 20e dragons, en remplacement de M. Cret-Duverger, retraité. — Est affecté au 121e d'infanterie.

(Choix.) M. Mouton, médecin-major de 2e classe au 3e chasseurs d'Afrique, en remplacement de M. Perrin, promu. — Est affecté aux hôpitaux de la division d'Alger.

Au grade de médecin-major de 2e classe. (1er tour de l'ancienneté.) M. Moreaud, médecin aide-major de 1re classe au 21e d'artillerie, en remplacement de M. Collin, promu. — Est affecté au 20e dragons.

(2e tour de l'ancienneté.) M. Louis, médecin aide-major de 1re classe au 144e d'infanterie, attaché à la direction du service de santé du 18e corps d'armée, en remplacement de M. Lachappelle, promu. — Est affecté au 57e d'infanterie (provisoirement).

(Choix.) M. Achintre, médecin aide-major de 1re classe au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, en remplacement de M. Mouton, promu. — Est maintenu audit bataillon.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe. — (2e tour de l'ancienneté.) M. Rousselet, pharmacien aide-major de 1re classe aux hôpitaux de la division de Constantine, en remplacement de M. Hirtzmann, décédé. — Est maintenu auxdits hôpitaux.

— Par décret, en date du 16 juin 1883, le terrain appartenant à l'État, sis à Marseille, à la pointe d'Endoume, et sur lequel était établie la batterie des Lions, déclassée par la loi du 4 janvier 1883, est affecté au ministère de l'instruction publique, pour l'installation d'un laboratoire de zoologie maritime dépendant de la Faculté des sciences de Marseille.

— Par décision ministérielle, en date du 22 juin 1883, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

M. Czernicki, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Marseille, pour l'emploi de secrétaire-adjoint du comité consultatif de santé.

M. Laveran, médecin-major de 1re classe des hôpitaux de la division de Constantine, pour l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Derazey, médecin-major de 1re classe des hôpitaux de la division de Constantine, pour l'hôpital de Marseille.

M. Guimberteau, médecin-major de 1re classe au 117e d'infanterie, pour le 46e de même arme.

M. Laurens, médecin-major de 1re classe au 83e d'infanterie, pour le 126e de même arme.

M. Landrin, médecin-major de 1re classe au 75e d'infanterie, pour le 83e de même arme.

M. Roux, médecin-major de 1re classe au 126e d'infanterie, pour le 27e de même arme.

M. Pons, médecin-major de 2e classe au 3e hussards, désigné pour l'hôpital d'Ajaccio, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

M. Lubanski, médecin-major de 2e classe au 93e d'infanterie, pour l'école de Saumur.

M. Delorme, médecin-major de 2e classe à l'école de Saumur, pour l'hôpital Saint-Martin, à Paris.

M. Namin, médecin-major de 1re classe au 57e d'infanterie, pour l'hôpital de Bordeaux et pour être attaché à la direction du service de santé du 18e corps d'armée.

M. Seriziat, médecin-major de 2e classe au 79e d'infanterie, pour le 5e hussards.

M. Georges, médecin-major de 2e classe au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, pour le 3e chasseurs d'Afrique.

M. Maupetit, médecin aide-major de 1re classe au 64e d'infanterie, pour le 62e de même arme.

M. Cassan, médecin aide-major de 1re classe au 120e d'infanterie, pour le 64e de même arme.

M. Menard, médecin aide-major de 1re classe au 122e d'infanterie, pour le 102e de même arme.

M. Petit, médecin aide-major de 1re classe au 2e régiment du génie, attaché à la direction du service de santé du 16e corps d'armée, pour le 122e d'infanterie et pour être maintenu à ladite direction.

M. Labroue, médecin aide-major de 1re classe au 130e d'infanterie pour le 2e régiment du génie.

M. Couderc, médecin-aide major de 1re classe au 38e d'artillerie, attaché à la direction du service de santé du 15e corps d'armée, pour l'hôpital de Marseille et pour être maintenu à ladite direction.

M. Bony, médecin aide-major de 1re classe au 4e d'infanterie, pour le 9e de même arme.

M. Descosse, médecin aide-major de 1re classe au 3e d'infanterie pour le 38e d'artillerie.

M. Roussy, médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital de Marseille, pour le 3e d'infanterie.

M. Hassler, médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital du Gros-Caillou, pour le 82e d'infanterie.

M. Gessard, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital du Gros-Caillou, pour les hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie.

M. Durand, pharmacien aide-major de 1re classe aux hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour l'hôpital de Nice.

M. Corne, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Nice, pour les hôpitaux de la division de Constantine.

— Une médaille d'argent de 2e classe vient d'être accordée à M. Rondet, ancien pharmacien à Ivry, pour son dévouement pendant les inondations de décembre 1882 et janvier 1883.

— Le concours pour la nomination à deux places d'internes en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer vient de se terminer par la nomination de MM. Lancry et Ménéault. — Les questions données avaient été : A. Pour l'épreuve écrite : 1° « Synoviale du genou. » 2° « Signes et diagnostic des tumeurs blanches ; » — B. Pour l'épreuve orale : « Symptômes et diagnostic de la rougeole. »

— L'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse met au concours, pour l'année 1885, la question suivante : « Déterminer le mode de formation des globules rouges du sang, après la naissance, chez les mammifères. » — Pour tous renseignements, s'adresser à M. Gatien-Arnoult, secrétaire perpétuel, rue Lapeyrouse, 3, à Toulouse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Étude sur le traitement du diabète, précédée de considérations sur la pathogénie et le diagnostic de cette maladie, par le docteur Souligoux. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow, par le docteur Marie. In-12. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Formulaire de l'hygiène et de la pathologie de l'appareil dentaire, avec les applications thérapeutiques, par le docteur J. Redier. In-18°. — Prix : 1 franc. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14727.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Histoire de la rage. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Ataxie locomotrice et progressive. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — — INSTRUMENTS ET APPAREILS. — Nouvelles. — Bibliographie.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine se montre de plus en plus disposée à faire acte d'initiative en ce qui touche les questions d'hygiène et de salubrité publique. Et en cela, quoi qu'on en dise, elle ne dépasse pas les limites de sa compétence.

Aujourd'hui elle a écouté avec une faveur évidente le développement des motifs sur lesquels se base notre distingué confrère Martin, pour vouloir faire réglementer d'une façon tout à fait nouvelle l'ensemble des services sanitaires de Paris.

Ce travail, dont on trouvera ci-dessous le résumé dans le compte rendu de la séance, a été renvoyé à la section d'hygiène pour être l'objet d'un rapport.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire de la rage (1).

(Leçons recueillies par M. le docteur O. GUILLIER.)

V

Nous arrivons maintenant à la symptomatologie de la rage humaine ; vous la comprendrez très facilement, connaissant déjà les divers phénomènes que présentent les animaux. On constate, en effet, trois stades bien marqués : 1° de mélancolie ; 2° d'excitation et de spasmes ; 3° enfin de paralysie. C'est à la fin de la période d'incubation qu'éclatent les accidents.

Tous ceux qui ont vu des enragés ont constaté cette première période de mélancolie, même chez les enfants. Le malade est porté aux rêvasseries, aux hallucinations ; il éprouve des angoisses extrêmes qui durent deux, trois et même huit jours. Ces différents symptômes s'accompagnent d'une disposition très marquée au vagabondage et d'une hyperesthésie des sens très prononcée ; c'est ainsi que l'ouïe acquiert une acuité très grande et que l'odorat devient d'une subtilité excessive.

Puis arrive la seconde période, période d'excitation, mais dominée par le grand symptôme de l'hydrophobie, caractéristique de la rage humaine. Tous les phénomènes que nous allons passer en revue se rapportent à une excitation du bulbe, troubles de la respiration, anxiété excessive, convulsions très douloureuses du pharynx et principalement du larynx. Une soif ardente se fait sentir, mais comme le malheureux ne peut boire, il est pris d'une horreur invincible pour l'eau comme pour tout ce qui brille.

Celse a parfaitement décrit cet état du malade tourmenté par la soif et qui ne peut boire : « *Miserrimum genus morbi, in quo simul æger et siti et aquæ metu cruciatur.* » Non seulement le malheureux ne peut boire, mais il ne peut ni supporter la vue d'un objet qui brille, ni le murmure de l'eau, ni même la pensée des liquides. Cependant il y a quelques cas exceptionnels où les enragés auraient pu boire du bouillon, du lait, sucer de la glace (Trousseau). Swingerus, Mead, Morgagni, citent des cas douteux où il n'y aurait eu aucun phénomène d'hydrophobie. La déglutition est très pénible, le malade crachote continuellement, couvrant tout de sa salive autour de lui.

Les pupilles sont très dilatées et la lumière est pénible. Le froid, une goutte d'eau, provoquent des larmes. Certains malades ont froid au milieu du mois d'août et font faire du feu comme en hiver. D'autres sont tellement sensibles aux odeurs qu'on ne peut rien leur faire sentir, toute excitation est matière à leur donner des accès.

Puis les membres se raidissent et la période tétanique commence. Les malades ont une force excessive, ils brisent les objets à leur portée, et se font souvent des plaies profondes qu'ils ne sentent pas. La voix devient rauque, il y a des spasmes laryngés et le malade parle comme quelqu'un qui est atteint de laryngite chronique. J'ai cherché si, comme pour les animaux, le chien avait une influence diagnostique sur l'homme enragé, mais je n'ai rien trouvé à ce sujet : c'est donc une expérience à faire.

Si l'on ausculte la poitrine du malade au début, on ne trouve rien ; à la seconde période peu de chose, et ce n'est qu'à la période agonique que l'on constate des râles bronchiques et muqueux. Lorsque les accès reviennent fréquemment, comme cela arrive chez les enfants, la mort est plus prompte. Ce qui est effrayant pour ces malheureux, c'est que, dans l'intervalle des accès, la raison redevient lucide et la réalité s'offre à ces pauvres malades dans toute son horreur. On constate du satyriasis réel chez l'homme, et Haller cite le fait d'un enragé qui se livra à trente coïts en vingt-quatre heures. Chez la femme on a observé, dit-on, de la nymphomanie.

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 juin 1883.

La fièvre a été niée, mais des observations sérieuses nous prouvent qu'elle existe bien réellement. Le professeur Peter, en 1868, a constaté, au moment de l'entrée d'un malade dans son service, 39° ; après la mort, 40°, et quelque temps après, 40°,8. Joffroy prit la température rectale et constata, chez un autre malade enragé, 39°,6 avant la mort et 43° après.

Landouzy, en 1843, trouva, chez un premier malade, une température rectale de 39° le jour de l'arrivée, et le lendemain, après plusieurs accès, 42°,8 ; chez un second malade, 42° une heure après son arrivée, 43° au moment de la mort, 43°,2 quelque temps après, et deux heures après, le thermomètre marquait encore 42°,4.

Les urines sont peu abondantes; on y a constaté parfois de l'albumine et du sucre.

Enfin le troisième stade arrive, stade de paralysie auquel le malade succombe promptement dans le collapsus. La peau devient insensible et se couvre de sueurs visqueuses, l'œil est vitreux, la pupille se dilate et le malheureux meurt comme paralysé de tout le corps.

La marche de la rage est généralement rapide chez l'homme. Voici quelques chiffres sur la durée de la maladie déclarée :

Sur 388 cas,	20	moururent	le 1er jour.
—	89	—	le 2e —
—	69	—	le 3e —
—	138	—	le 4e —
—	20	—	le 5e —

On a beaucoup parlé des guérisons de la rage humaine, mais, pour notre part, nous doutons qu'aucun cas de rage déclarée, réelle, ait guéri. Je croirais plutôt que ces guérisons sont des erreurs de diagnostic. Trousseau ne raconte-t-il pas l'histoire d'un Président de chambre qui, ayant été mordu par son chien, se crut enragé pendant dix jours ?

Toutes ces erreurs de diagnostic sont faciles si l'on n'apporte pas dans son examen une grande attention. Un jour un chasseur fut mordu par son chien qui, au moment de l'accident, présentait des symptômes bizarres et disparut. Au bout de quarante jours, le chasseur fut pris d'accès rabiques qui se reproduisent pendant trois jours ; sur ces entrefaites, l'animal revient au logis et le chasseur, en le voyant, et constatant que son chien n'avait rien de la rage, fut guéri sur l'heure du mal rabique prétendu.

Le fait présenté récemment à l'Académie de médecine, d'après lequel un homme enragé avait été guéri par des injections de pilocarpine, n'offre aucune valeur. Le professeur H. Bouley a démontré que le malade était un alcoolique fortement intoxiqué et pris de délire hydrophobique.

De ce qui précède nous pouvons donc conclure que le pronostic de la rage déclarée est excessivement sérieux, pour ne pas dire toujours fatal.

Quelles sont les altérations viscérales anatomiques de la rage chez l'homme?

Jusqu'à présent nous ne connaissons aucune lésion caractéristique. On sait depuis longtemps que la salive expectorée contient le principe virulent et que le sang est diffluent et foncé. La science moderne y ajoute une leucocytose très prononcée, dans les dernières heures de la vie surtout.

On a cru voir, dans le sang, un végétal parasite que Hallier serait parvenu à cultiver et auquel il a donné le nom de *Lyssophyton.*

Les anciens avaient parfaitement vu que l'encéphale, la moelle allongée, les nerfs étaient touchés et qu'on y constatait des extravasations sanguines et un peu d'œdème. Le grand sympathique et le phrénique sont tuméfiés et présentent une multiplication de leurs éléments.

Gombault a constaté la présence de nouveaux éléments cellulaires dans le bulbe et moi-même j'ai pu constater le même fait à l'hôpital Saint-Antoine.

Mais est-ce là la vraie lésion de la rage ?

La certitude n'est pas encore faite à cet égard ; nous devons dire cependant que Pasteur a donné la rage en introduisant dans une plaie cérébrale une parcelle d'éléments nerveux prise sur un animal enragé. C'est donc jusqu'à présent au système nerveux qu'il faut revenir pour la caractéristique anatomique.

La présence des lysses n'a pas été constatée chez l'homme.

Dans les glandes salivaires on a trouvé peu de chose. Le pharynx est rouge, un peu hyperémié. Les reins et les poumons sont congestionnés ; ce dernier organe présente souvent de l'emphysème intervésiculaire.

En somme, nous connaissons peu de choses sur les lésions de la rage. Dans la *Gazette hebdomadaire* de 1864, Polli a prétendu qu'il y avait des infusoires dans le sang, mais nous devons attendre de nouvelles recherches à cet égard.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Ataxie locomotrice progressive (1).

III

L'ataxie locomotrice progressive atteint presque exclusivement le sexe masculin, a-t-on dit, et certain médecin étranger a relevé, dans une statistique, 91 hommes et 2 femmes seulement sur 93 cas. Ceci est une très grande exagération ; ce qui est vrai, c'est que cette affection est plus commune chez l'homme que chez la femme.

Ce n'est point une maladie de l'enfance non plus que de la vieillesse, et les deux âges extrêmes sont quinze ans et cinquante-cinq ans; en réalité, elle frappe surtout les individus entre vingt et cinquante ans. La constitution et le tempérament ne présentent rien de particulier. Voilà pour les causes prédisposantes. Quant aux causes productrices, nous dirons que l'ataxie se développe surtout chez les gens fatigués, épuisés par des travaux exagérés, par des veilles répétées ou des excès vénériens ; ces derniers sont même la cause la plus commune. Chagrins, soucis, inquiétudes, ont aussi une influence notable sur le développement de la maladie. Les excès alcooliques ont été également signalés, mais c'est plutôt comme cause générale d'affection nerveuse que de l'ataxie proprement dite. L'abus du tabac, au contraire, a une influence réelle. Enfin la syphilis jouerait, d'après M. le professeur Fournier, un rôle considérable; mon collègue de la Faculté prétend même que la plupart des ataxiques sont d'anciens syphilitiques, et il se base sur ce fait pour expliquer la prédominance des ataxiques hommes sur les ataxiques femmes. Pour moi, je ne l'admets pas, car il y a autant de femmes que d'hommes syphilitiques. D'autre part, j'ai vu maints ataxiques qui n'avaient jamais eu la syphilis, et actuellement même, sur les trois ataxiques, deux de nos malades ne l'ont jamais eue. Celui-là aussi que j'ai soigné en 1881 pour son mal

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 juin 1883.

perforant, n'était pas syphilitique. Je repousse donc la syphilis comme cause de l'ataxie ; de plus, toute maladie qui survient chez un syphilitique n'est pas fatalement de nature syphilitique ; je dirai plus encore : un ataxique syphilitique a-t-il une ataxie particulière justiciable d'un autre traitement que les ataxiques non syphilitiques ? Non. Si donc l'on veut invoquer la syphilis dans certains cas, ce ne saurait être que comme jouant un rôle accessoire et éloigné. Enfin je répondrai à M. Fournier par les recherches de M. Lancereaux, qui a étudié les lésions de la période tertiaire de la syphilis, lesquelles donnent lieu à des phénomènes circonscrits et non à des accidents progressifs et tendant à se généraliser.

Passons maintenant à la question de thérapeutique. Il faut bien le dire, le traitement est peu satisfaisant, car tout ce qu'on peut espérer ce n'est point guérir, mais arrêter les progrès du mal ou tout au moins les ralentir. En première ligne, je vous citerai, comme médicaments, l'iodure de potassium à la dose de 2, 3 et 4 grammes. Puis vient le nitrate d'argent à l'intérieur, 1, 2, 3 ou 4 centigrammes par jour en pilules dans de la conserve de roses. C'est, du reste, le traitement auquel j'ai ordinairement recours et qui m'a donné des résultats heureux au point de vue de l'amélioration et même de l'enrayement des progrès de la maladie. Je prescris ainsi l'iodure de potassium pendant quinze jours, puis le nitrate d'argent pendant les quinze jours suivants. L'iodure de potassium, outre son heureuse influence sur l'ataxie locomotrice, a encore l'avantage de combattre les inconvénients pouvant résulter de l'emploi du nitrate d'argent.

D'autres moyens ont été vantés, puis abandonnés plus tard, tels que le seigle ergoté à la dose de 1, 2, 3 et 4 grammes. La belladone, le phosphore, le phosphure de zinc, ont eu quelque action contre l'élément douleur, mais en somme ils ont peu d'influence sur la maladie elle-même.

Comme moyens extrêmes, on emploie avec succès les révulsifs de toutes natures : les vésicatoires le long de la colonne vertébrale, les ventouses scarifiées auxquelles on fait succéder les ventouses sèches tous les deux, trois ou quatre jours ; mais de tous, ce sont encore les pointes de feu qui ont donné les meilleurs résultats pour entraver la maladie, en les répétant tous les dix, quinze ou vingt jours.

L'hydrothérapie a été aussi très vantée. En réalité, elle peut être bonne au commencement de la maladie, sous la forme de douches en jet ou en pluie, mais les effets n'en sont malheureusement que momentanés. Aussi je compte peu sur son influence, et si j'y ai recours, c'est plutôt parce qu'il faut un peu essayer de tout dans une maladie incurable. Par contre, j'ai beaucoup plus de confiance dans les bains sulfureux.

Quant à l'électricité sous la forme de courants continus, l'un des rhéophores étant appliqué sur la colonne vertébrale et l'autre, par exemple, aux extrémités inférieures, elle n'a aucune influence sur l'ataxie locomotrice; tout ce qu'elle peut faire, c'est de calmer un peu les douleurs, et encore ses effets sont-ils passagers.

Comme moyens palliatifs contre les troubles oculaires, je vous recommanderai les révulsifs ; contre des douleurs parfois atroces, j'ai recours soit aux frictions faites avec un liniment chloroformé au quart, auquel on ajoute aussi un quart de laudanum; soit aux pulvérisations d'éther sur les parties douloureuses ; j'en ai retiré de très bons effets chez quelques malades, notamment chez un pauvre malade qui souffrait horriblement. Enfin, dans le cas où, les douleurs persistant la nuit, le malade tend à perdre tout sommeil, j'emploie les injections sous-cutanées de morphine ou le chloral à l'intérieur, afin de procurer un sommeil artificiel. Mais ces calmants sont des agents dangereux par les troubles profonds du système nerveux qu'ils peuvent déterminer, par le délire et l'aliénation mentale auxquels ils peuvent donner lieu à un moment donné. Ces deux médicaments ne seront donc pas employés d'une façon constante, mais leur emploi sera interrompu de temps en temps de peur d'accidents.

Quelques eaux minérales ont aussi été conseillées comme moyen de traitement. Quelques-unes d'entre elles, en effet, ont une action réelle sur la marche de la maladie qu'elles parviennent parfois à enrayer, voire même à faire rétrograder pendant quelque temps ; et, chose intéressante, ce ne sont pas les eaux renfermant le plus de substances minérales qui sont les plus efficaces, mais celles qui sont chaudes et semblent contenir une certaine quantité d'électricité terrestre. Ce sont notamment les eaux de Plombières, de Wisbach, dans le Wurtemberg; de Gastein, dans le Tyrol; ce sont les eaux de Néris, et surtout celles de Lamalou dans l'Hérault, qui ont donné des succès positifs. Je pourrais vous citer des malades qui sont allés deux fois par an y passer trois semaines et chez lesquels le mal s'est manifestement arrêté, leur permettant de vaquer à leurs affaires. Malheureusement leur efficacité s'use avec le temps. J'ai dans ma clientèle un malade qui depuis huit ou neuf ans va ainsi aux eaux deux fois par an. Pendant les huit premières années il en a retiré de très grands bénéfices ; néanmoins cette année, pour la première fois, les phénomènes ataxiques proprement dits se sont prononcés. Il faut ajouter, il est vrai, que cet homme a continué, jusqu'à ce jour, à travailler beaucoup, intellectuellement parlant surtout.

Voilà ce que j'avais à dire de l'ataxie locomotrice progressive et de son traitement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juin 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un exposé des titres et travaux scientifiques du docteur R. Blache, candidat à la place vacante dans la section des associés libres ;

2° Une lettre de M. le docteur Carlet (de Grenoble), qui sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie de médecine, section des sciences naturelles médicales ;

3° Un pli cacheté sur un *nouvel appareil aérothérapique*, par M. le docteur Maurice Dupont (Accepté);

4° Un pli cacheté sur un *nouveau mode d'administration du phosphate de chaux*, par M. Gambon, pharmacien-professeur de la marine. (Accepté.)

COMMUNICATION

La prophylaxie des maladies contagieuses humaines à Paris. — M. A.-J. Martin fait, sous ce titre, une communication dans laquelle il s'efforce de montrer l'insuffisance d'action de l'Administration sanitaire à Paris. Il examine, à cet effet, la partie des services de cette administration qui concerne la prophylaxie des maladies contagieuses humaines.

Ayant décrit tout d'abord les plus importantes parmi les mesures

de police sanitaire applicables à ces affections, en choisissant, par exemple, un décès par fièvre typhoïde dans un logement insalubre, il prouve qu'il faut actuellement, à Paris, au moins trois jours pour que l'Administration commence à s'en préoccuper pratiquement; il lui faut un mois pour qu'elle soit bien certaine qu'on ait fait dans le logement une désinfection sommaire; et si une cause quelconque d'insalubrité a été reconnue dans ce logement, plusieurs semaines au moins se passent encore, dans les cas les plus simples, pour qu'elle puisse y porter remède.

Cela tient surtout à ce que les services sanitaires de la capitale sont disséminés non seulement à la Préfecture de police et à la Préfecture de la Seine, mais encore parmi plusieurs bureaux différents dans l'une et l'autre de ces administrations. M. Martin énumère, en effet, la distribution actuelle de ces services; on y voit, par exemple, que la police sanitaire appliquée aux épidémies et les établissements classés dépendent d'une division de la Préfecture de police dont les attributions doivent s'exercer sur un grand nombre d'autres sujets tout à fait étrangers à cet ordre de préoccupations, tandis que des attributions essentielles à la police sanitaire lui échappent et appartiennent à diverses autres divisions de cette préfecture et même de la Préfecture de la Seine. Il est aisé de concevoir, et M. Martin le démontre, que tout ce qui concerne la prophylaxie des maladies contagieuses puisse être réuni en un même service.

Au surplus, les conseils techniques ne manquent pas et les fonctionnaires sanitaires deviennent de plus en plus nombreux. Mais comme ni les uns ni les autres, dont M. Martin donne la liste et énumère les attributions, ne sont soumis à aucune direction commune et que la plupart d'entre eux reçoivent des émoluments tels que leurs fonctions ne sauraient les occuper complètement, les responsabilités s'annulent et aucun résultat appréciable, et surtout immédiat, n'est obtenu.

Comme conclusion, M. Martin fait connaître l'organisation qui pourrait être dès maintenant effectuée à Paris à cet égard, par voie de décret, sans avoir besoin de modifications légales.

La création de cette organisation administrative, dont tous les éléments existent, n'exigerait aucune dépense nouvelle et donnerait enfin à la police sanitaire dans la capitale l'autonomie, la compétence et la responsabilité qui sont réclamées depuis longtemps par tous les hygiénistes, les sociétés savantes et les corps élus, sur le modèle des services analogues de l'étranger.

La communication de M. Martin est renvoyée à la section d'hygiène.

RAPPORT

M. LAGNEAU, au nom de M. Devilliers absent, lit un rapport sur les mémoires adressés cette année pour le concours du prix proposé par la commission permanente d'hygiène de l'enfance. La question choisie en 1882 était la suivante : « Le sevrage et son étude comparative dans les diverses régions de la France. »

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 juin 1883. — Présidence de M. P. Bert.

COMMUNICATIONS

Accidents cérébraux de la tuberculose. — M. G. DAREMBERG (de Menton) présente une brochure sur les débuts cérébraux précoces de la tuberculose chez l'adulte. Parmi les quatre observations qui se trouvent dans ce travail, il en est une qui présente un intérêt particulier. Il s'agit d'une jeune femme atteinte de tuberculose pulmonaire et intestinale, chez laquelle, environ deux ans après le début de sa maladie, survinrent les signes d'une méningite tuberculeuse. « Après le 1er avril, dit M. Daremberg, je constatai une grande irrégularité du pouls. Le 2 avril, une légère glycosurie. Alors je n'hésitais plus à affirmer la méningite. Une crise de vomissement incoercible survint; la malade ne put garder aucun aliment, aucun médicament. Le 11, empâtement de la parole, anurie presque complète, constipation, dilatation papillaire, grattement furieux du nez. Le 14, douleur de tête, somnolence. Le 15, crise de cris atroces, perte absolue de connaissance. Ces cris sont tellement aigus et pénibles que la famille me supplie de tout tenter pour les arrêter; les injections d'éther et de morphine sont sans résultats. Une injection de chloroforme les arrête net; mais immédiatement il survient des convulsions qui se répètent de dix en dix minutes et sont invariablement constituées par la série régulière des phénomènes suivants : Le bras gauche contracturé est porté au front et au nez, il s'agite dans l'espace et retombe; les deux yeux sont convulsés à droite, puis en haut, puis à gauche, et la crise finit par une contracture générale de la face et un tremblement des jambes. Ces convulsions se répètent pendant toute la soirée du 15, la journée du 16. La respiration, qui cessait complètement pendant les convulsions, était très irrégulière pendant leur intervalle. Le 17, elle devint stertoreuse; coma complet, cessation des convulsions et mort vers deux heures de l'après-midi. »

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal. — M. BROWN-SÉQUARD apporte de nouveaux faits à l'appui de quelques opinions qu'il a déjà plusieurs fois soutenues et qui sont, au moins pour un certain nombre de ces faits, complètement opposées aux opinions généralement admises. Plusieurs d'entre elles peuvent se résumer dans les propositions suivantes : L'anesthésie, dans les affections cérébrales, ne dépend pas de la lésion cérébrale; ce n'est pas la destruction de conducteurs ou de centres percepteurs qui produit l'anesthésie. Le cerveau droit est supposé le siège des impressions venant de la moitié gauche du corps, et réciproquement; c'est là, selon M. Brown-Séquard, une grave erreur; en effet, chacune des moitiés du cerveau est un cerveau entier à l'égard des impressions venant des deux moitiés du corps. Nous sommes donc plus riches en cerveau que nous ne le pensions. Une seule moitié de la base de l'encéphale peut servir à la transmission des impressions venant des deux moitiés du corps. M. Brown-Séquard cite un assez grand nombre de faits cliniques et d'expériences sur les animaux qui viennent à l'appui de sa manière de voir.

M. LUYS déclare professer une opinion tout opposée à celle de M. Brown-Séquard; il maintient qu'il y a des faisceaux conducteurs de la sensibilité, comme il y a des faisceaux conducteurs de la motilité. Il rappelle les opinions qu'il a plusieurs fois émises sur le rayonnement de toutes les fibres blanches du cerveau se rendant aux corps opto-striés.

Procédé d'anesthésie à l'aide de solutions titrées d'alcool et de chloroforme. — M. QUINQUAUD fait une communication sur ce sujet.

Le dispositif est fort simple : deux soupapes de Müller sont reliées entre elles par un tube horizontal, auquel est adapté un autre tube en T, et sur ce dernier on place, entre la muselière et le tube horizontal, un robinet à trois voies, dont deux communiquent avec deux flacons faisant l'office de soupapes de Müller; la troisième voie est en rapport avec une troisième soupape.

On fait d'abord respirer l'animal dans les deux premières, l'une d'elles contenant une solution à parties égales de chloroforme pur et d'alcool ordinaire; l'anesthésie cornéenne est complète après cinq à six minutes d'inhalation. A ce moment, on cesse de faire respirer la solution à parties égales, pour faire inhaler une solution chloroformique au 1/8e ou au 1/9e, c'est-à-dire une solution beaucoup plus diluée que la première; mais comme cette solution s'affaiblit, on ajoute toutes les dix à douze minutes, à l'aide d'une douille munie d'un robinet, un centimètre cube de chloroforme pur.

Si l'on prolonge l'inhalation dans le premier flacon, l'animal meurt après un temps variable : voilà pourquoi il faut faire respirer des vapeurs chloroformiques d'une solution plus étendue, qui suffit à entretenir l'anesthésie sans tuer l'animal, solution qui se-

rait très impropre à produire cette même anesthésie. En opérant ainsi, nous avons pu maintenir l'insensibilité pendant quatre heures.

Ce procédé nous paraît très simple et d'une application facile.

Sur l'absorption des vapeurs d'alcool absolu par les poumons. — **M. QUINQUAUD**, en son nom et au nom de M. Gréhant, communique les résultats de leurs expériences sur ce sujet.

Nous avons cherché, dit-il, à produire l'ivresse chez un chien, en lui faisant inspirer de l'air qui avait traversé bulle à bulle un flacon disposé comme une soupape de Müller, contenant 200 centimètres cubes d'alcool absolu, l'expiration ayant lieu par une autre soupape renfermant de l'eau distillée. Dans une première expérience faite à la température ordinaire, à 15 degrés environ, les mouvements respiratoires ont duré deux heures; dans une seconde expérience, le flacon renfermant de l'alcool absolu fut immergé dans un bain d'eau dont la température a oscillé entre 35 et 40 degrés; le chien a respiré les vapeurs d'alcool mélangées à l'air pendant quarante-deux minutes.

L'animal, détaché à la suite de chacune de ces expériences, resta couché un instant, se releva rapidement et se mit à marcher en titubant à peine; il put retourner au chenil sans la moindre difficulté.

Ces expériences répétées plusieurs fois ont toujours donné les mêmes résultats.

La distillation, dans le vide, du sang pris dans l'artère fémorale, à la fin de chaque expérience, a démontré l'existence de l'alcool dans le sang, mais en quantité insuffisante pour produire l'ivresse bien nette; nous avons constaté également le passage de l'alcool dans les urines.

Hystérie rebelle : aboiements, hémianesthésie absolue, troubles trophiques de la peau. Guérison rapide par l'aluminium. — **M. BURQ**, en son nom et au nom de M. J. Moricourt, fait une communication sur ce sujet. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1883, p. 579.)

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Spirométrie et carbonimétrie cliniques

Par M. Bellangé.

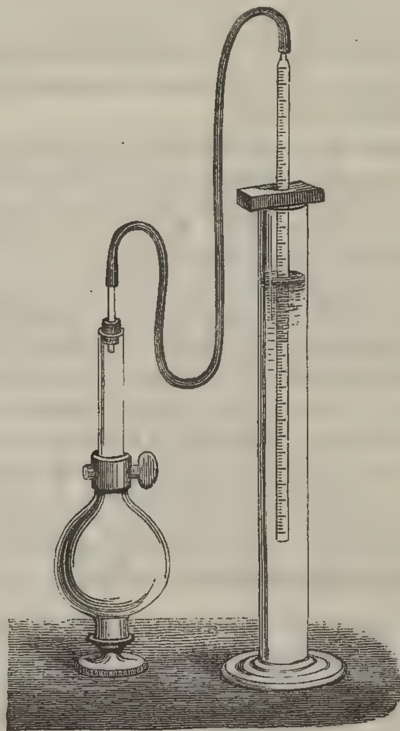
Parmi les éléments qui contribuent à établir le diagnostic en clinique, il en est que l'on doit considérer comme de premier ordre : ce sont les recherches de chimie biologique. On sait les résultats nombreux et féconds qu'a donnés, sous ce rapport, l'étude des usines; or il est un autre produit d'excrétion qui joue dans les phénomènes biologiques un rôle des plus importants, c'est l'acide carbonique dont les tissus et le sang se débarrassent par la voie pulmonaire. Il faut l'avouer, le dosage clinique de ce gaz ne s'est point fait d'une façon courante et la plupart des travaux qui ont été faits sous ce rapport sont, avant tout, des recherches de laboratoire. C'est à la réalisation d'appareils pouvant permettre ces recherches dans la salle d'hôpital, au lit même du malade, que s'est attaché le jeune chef du laboratoire de la clinique des maladies mentales.

Les appareils imaginés par M. Bellangé sont au nombre de trois : 1° une embouchure; — 2° un spiromètre; — 3° un carbonimètre; La première condition à réaliser était d'avoir une *embouchure* qui permît à l'air extérieur d'entrer dans les poumons et d'en sortir, après avoir servi à l'hématose par une autre voie que celle de l'entrée; d'autre part, il fallait une occlusion complète des parties latérales des lèvres. Pour réaliser ces conditions, une première plaque de métal nickelée perforée à son centre est placée entre les gencives et les lèvres; une autre plus extérieure et concentrique peut s'en rapprocher et comprime les lèvres contre la première. Un jeu de soupapes légères en aluminium fait circuler l'air comme il a été indiqué précédemment sans permettre le mélange de l'air extérieur avec l'air expiré.

Le *spiromètre* est construit sur les principes d'un compteur à gaz sec et de telle façon que la pression qui le fait marcher soit extrêmement faible, que l'humidité de la respiration ne l'altère pas et



que la vapeur d'eau condensée puisse être facilement chassée de l'appareil. Il suffit, au moyen d'un caoutchouc, de réunir l'embouchure à la tubulure d'entrée du spiromètre, et, l'occlusion des narines étant effectuée par un compresseur, on peut mesurer soit une *expiration* maxima, soit sa quantité d'air qui a passé dans un temps donné, cinq minutes par exemple, dans les poumons du malade.



Un système de roues dentées fait tourner deux aiguilles, dont l'une marque les litres (100 litres pour un tour du cadran) et l'autre les divisions du litre. On peut donc de la sorte faire des études comparatives et savoir quelle est la quantité de gaz expiré dans la même unité de temps par plusieurs personnes. Il faut maintenant savoir combien, dans cet air rendu par les poumons, il y a acide carbonique par litre; il suffira d'une simple multiplication pour savoir combien il y en a dans le nombre de litres marqués par le spiromètre.

Le *carbonimètre* imaginé dans ce but par M. Bellangé est des

plus simples. Il se compose, comme on peut le voir, d'un tube épais, renflé en forme de ballon à sa partie médiane, terminé en bas par un bouchon qui sert de pied et fermé par un robinet, en verre aussi, au niveau où il se continue avec ce ballon. Pour pratiquer le dosage, voici comment on s'y prend : Le robinet étant ouvert et le bouchon inférieur enlevé aux 3/4, on fait passer par l'extrémité supérieure une certaine quantité de gaz expiré qui a été recueilli dans un sac de caoutchouc, 20 à 30 litres par exemple de façon à chasser complètement l'air atmosphérique primitivement contenu dans le ballon d'une capacité de 300 centimètres cubes environ ; puis, celui-ci ne contenant plus que du gaz expiré, on oblitère le bas en réappliquant le bouchon, on ferme le robinet, on remplit la presque totalité du tube supérieur avec une solution de potasse caustique et on met en rapport le petit bouchon de caoutchouc perforé, à son centre, avec le système gradué, par un petit tube flexible. Il suffit d'ouvrir le robinet, la potasse tombe dans le ballon, absorbe l'acide carbonique, il se produit un vide que remplace l'eau qui monte dans le tube gradué ; il suffira d'abaisser ce tube gradué pour obtenir à l'intérieur et à l'extérieur de lui le même niveau de l'eau et d'autant de centimètres il faudra l'abaisser, autant de centimètres cubes auront été absorbés. Une multiplication par le nombre exprimant le rapport du volume du ballon au litre donnera la quantité par litre d'acide carbonique Ces appareils, construits par MM. Mathieu avec beaucoup de précision, permettent donc d'établir des courbes et nul doute comme le pense M. Bellangé, que les recherches qui vont être faites feront découvrir des états *carbonihémiques* encore inconnus et qui rendront compte de bien des phénomènes. Nous croyons ces appareils appelés à donner des résultats extrêmement importants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — Les sujets de thèse suivants ont été donnés aux candidats de la section d'anatomie, de physiologie et d'histoire naturelle médicale.

A. *Histoire naturelle.* — M. Henneguy : Les lichens inutiles ; M. Beauvisage : Les galles utiles ; M. Granel : L'ergot, la rouille, la carie des céréales ; M. Lemaire : Les diptères nuisibles à l'homme : M. Mangenot : Les algues utiles ; M. Macé : Les lycopodiacées utiles ; M. Blanchard : Les coccidées utiles.

B. *Anatomie et physiologie.* — M. Sadler : Développement du rein et de l'uretère ; M. René : Développement de l'arbre bronchopulmonaire ; M. Imbert : Développement de l'utérus et du vagin ; M. Demon : Développement de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif ; M. Wertheimer : Développement du foie et du système porte abdominal ; M. Debierre : Développement de la vessie, de la prostate et du canal de l'urètre ; M. Reynier : Développement de la partie sus-diaphragmatique du tube digestif ; M. Variot : Développement des cavités et des moyens d'union des articulations ; M. Queuu : Développement du cœur et du péricarde ; M. Planteau : Développement de la colonne vertébrale.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les questions suivantes ont été données au concours du prosectorat :

A. Épreuve orale de physiologie : 1° Théorie de la sécrétion glandulaire ; candidats : MM. Mesnard, Michaux, Broca et Tuffier; 2° Physiologie du nerf spinal ; candidats : MM. Barette, Poirier, Pousson et Verchère.

B. Épreuve de médecine opératoire commune à tous les candidats : 1° Ligature de l'humérale à sa partie moyenne ; 2° Désarticulation tibio-tarsienne.

G. Épreuve orale de pathologie : Rupture traumatique de l'urètre ; candidats : MM. Barette, Broca, Mesnard et Poirier.

— La composition écrite du concours pour les prix à décerner aux élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 3 novembre 1883, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division (internes de troisième et de quatrième années) devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

— A la suite du concours qui vient d'avoir lieu au Val-de-Grâce, les médecins militaires dont les noms suivent ont été nommés, par décision ministérielle du 24 juin 1883, à l'emploi de professeur agrégé à ladite École, savoir :

M. Richard, médecin-major de première classe au régiment des sapeurs-pompiers de Paris (hygiène et médecine légale militaires).

M. Vaillard, médecin-major de deuxième classe au 75e d'infanterie (maladies et épidémies des armées).

M. Chavasse, médecin-major de deuxième classe au 10e hussards (clinique chirurgicale).

— A la suite du concours pour des emplois de professeurs agrégés, qui vient d'avoir lieu au Val-de-Grâce, le ministre de la guerre a décidé, le 24 juin 1883, que les médecins militaires dont les noms suivent seront classés dans le service hospitalier, savoir :

Section de médecine. — MM. Burlureaux, médecin-major de deuxième classe au régiment des sapeurs-pompiers de Paris ; Lubanski, médecin-major de deuxième classe à l'École de Saumur ; Antony, médecin-major de deuxième classe au 123e d'infanterie ; Héricourt, médecin-major de deuxième classe au 118e d'infanterie.

Section de chirurgie. — MM. Schaumont, médecin-major de première classe à la légion étrangère ; Audet, médecin-major de deuxième classe au 5e cuirassiers ; Dubujadoux, médecin-major de deuxième classe au 124e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 juin 1883, le conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session ordinaire le lundi 16 juillet 1883. La durée de cette session est fixée à huit jours.

— La distribution des prix aux élèves sages-femmes a eu lieu lundi matin, à l'École d'accouchements, sous la présidence du directeur de l'administration générale de l'Assistance publique. Voici le nom des lauréats :

1er prix : Mlle Rose Hernio, pensionnaire du département des Côtes-du-Nord ; 2e prix : Mlle Honorine Bourgis, élève à ses frais ; 3e prix : Mlle Marie Quentin, pensionnaire du département de la Nièvre ; 4e prix : Mlle Lia Gauchery, élève à ses frais.

1er accessit : Mlle Mathilde Débéda, pensionnaire du département du Tarn-et-Garonne ; 2e accessit, Mme veuve Laporte, née Debord, élève à ses frais.

— Le choléra vient de faire son apparition à Damiette.

— Les anciens internes des hôpitaux de Paris se constituent en « Association amicale ». La commission, composée de MM. Hardy, Lunier, Després, Paquet, Brouardel, Thomas (de Tours), Chauffard, Bottentuit, Tillot, Ballet, Piogey et Pamard, a élu son bureau. Ont été nommés : MM. Hardy, président ; Lunier, vice-président ; Piogey, trésorier ; Bottentuit, secrétaire.

Les adhésions nouvelles sont reçues chez M. Piogey, 24, rue Saint-Georges. La cotisation est de 12 francs par an. Ceux qui verseront 150 francs, une fois donnés, seront membres fondateurs.

— M. le professeur Chatin, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique, le dimanche 1er juillet, dans les bois de Meudon-Versailles.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse, à onze heures, pour la station de Clamart.

— M. Stanislas-Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique publique, le dimanche 1er juillet 1883, à Laversines, Bracheux et Saint-Paul. — Il suffit, pour prendre part

à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare du Nord, où l'on prendra, à 6 heures moins 10 minutes, le train pour Breslé. On sera rentré à Paris à 9 heures 20 minutes du soir. — Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place (5 fr. 95) au laboratoire de géologie, avant samedi 4 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Collezione italiana di letture sulla medicina, publiée sous la direction du docteur G. Bizzozero, professeur ordinaire de pathologie à l'Université de Turin.

Chaque série ou année de cette collection forme un volume d'environ 400 pages in-8°. Elle comprend de 12 à 15 leçons ; chacune correspond à un fascicule : un ou deux par mois. Les fascicules ne se vendent pas séparément. — Le prix d'abonnement par année est de 10 francs payés d'avance.

La seconde série — année 1882 — comprend les dix leçons suivantes : Prof. Pagliani : Sul massaggio. — Concato: Diagnosi generale dei tumori abdominali. — Morselli : Il metodo clinico nella diagnosi generale della pazzia. — Pagliani : Indicazioni sul massaggio. — Chiara : La tecnica dell' embriotomia. — Silvestrini : Sulla emoglobino albuminuria parossistica. — Sanquirico : Transfusione di sangue. — De Renzi : Sulla terapia del tetano. — Maragliano : Diagnosi a cura della tisi incipiente. — De Giovanni : Sull'arterite.

Manuel de gymnastique rationnelle suédoise, à l'usage des écoles primaires, des écoles moyennes, des athénées, des écoles normales de l'armée et de la marine, par les professeurs Norlander et Edmond Martin. 1 vol. in-8° avec 147 figures dans le texte et 4 planches. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Essai sur la péritonite tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte, par le docteur Delpeuch. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude clinique sur l'inoculabilité de la diphtérie, par le docteur Gustin. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14739.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Températures locales. — Gastrite chronique par alimentation insuffisante et de mauvaise nature. — Coliques hépatiques. — Tympanisme chez un tuberculeux. — Parotidites dans les suites de couches. — Étude clinique sur les indications à remplir dans le traitement des fractures des membres. Avantages des appareils hyponarthéciques à suspension. — Revue bibliographique. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Températures locales. — Gastrite chronique par alimentation insuffisante et de mauvaise nature.

Dans une précédente Revue clinique, nous avons signalé quelques-uns des résultats auxquels M. Peter est arrivé dernièrement par la recherche des modifications de la température locale dans les diverses affections des viscères abdominaux.

Nous avons dit que, notamment, toutes les fois qu'il se faisait dans l'estomac un travail congestif ou phlegmasique aigu ou chronique, ce travail se manifestait par un accroissement de chaleur à la région épigastrique.

Nous avons cité, pour premiers exemples, deux malades du service : 1° une femme atteinte de gastrite chronique ulcéreuse (ulcère simple de l'estomac) ; 2° un alcoolique, chez lequel une gastrite *a potu* a été la suite naturelle d'excès prolongés.

Chez une troisième malade, qui est au 17 *bis* de la salle Sainte-Madeleine, ce ne sont point les excès, au contraire, qui ont provoqué une gastrite.

Cette femme, âgée de trente-quatre ans, maigre, chétive, a beaucoup travaillé et a toujours été mal nourrie. Ses parents étaient pauvres, et elle souffrait de la faim quand elle était chez eux. Puis elle fut placée très jeune comme domestique dans des maisons où elle était à peine payée et où elle manquait du nécessaire.

Réglée à seize ans, elle a toujours eu, depuis lors, une menstruation très régulière, n'était pas sujette aux névralgies, ne perdait jamais connaissance et ne s'était jamais préoccupée de sa santé jusque vers la fin de l'année dernière. C'est depuis ce moment qu'elle se soigne, et depuis quatre mois seulement qu'elle vomit avec persistance.

Jamais elle n'a eu d'hématémèse ni de melæna.

Chez elle, la douleur épigastrique est d'un caractère tout différent de celle qu'on observe chez la première malade, atteinte d'ulcère simple de l'estomac. Elle ne s'étend pas d'avant en arrière, suivant un plan horizontal, comme un coup de couteau traversant le ventre de part en part. Elle irradie à droite et à gauche, mais surtout à droite, le long des côtes, contournant la base du thorax.

On constate une dilatation très notable de l'estomac.

Ici on pourrait hésiter entre une phlegmasie chronique, une gastrite, à proprement parler, et une affection surtout nerveuse, une gastralgie avec dilatation plutôt passive du viscère.

Mais, comme chez le malade précédent, la température axillaire étant de 37°, la température épigastrique atteint 36°,8.

Suivant M. Peter, il ne serait pas possible qu'une affection purement nerveuse, sans molimen inflammatoire, sans fluxion et sans congestion, produisît une élévation de température aussi marquée, à la région de l'épigastre.

Coliques hépatiques.

Voici encore une maladie dans laquelle on a constaté une élévation assez notable de la température locale au moment des crises.

Et cela s'explique aisément, car dans les coliques hépatiques il n'y a pas seulement de la douleur, il y a toujours une irritation plus ou moins vive sur quelque point des voies biliaires, une sorte de traumatisme, qui provoque nécessairement une fluxion momentanée.

La douleur n'est qu'un résultat; la cause efficiente, c'est le passage du calcul, l'excitation, l'irritation dues à la présence de ce corps étranger, les pincements, les froissements, les éraillures qu'il peut produire.

Or, s'il suffit d'un grain de sable sur la surface de la conjonctive pour provoquer une conjonctivite, avec rougeur, chaleur et même gonflement de la muqueuse, hypersécrétion, par action réflexe, de la glande lacrymale voisine, etc., il n'y a pas à s'étonner de voir un calcul amener des phénomènes tout à fait semblables dans les voies biliaires et le foie. Le foie sécrète davantage, il se congestionne, il se gonfle, il devient plus chaud, et cela même quand le calcul n'est pas assez gros pour mettre complètement obstacle au passage de la bile, quand on ne peut donc pas invoquer une explication purement mécanique pour l'augmentation de volume du foie. Souvent même, les actions réflexes ne se bornent point à l'organe, la fièvre s'allume et la température générale augmente à son tour.

Tous ces phénomènes, en ce qui touche les conséquences

des coliques hépatiques sur la calorification locale ou générale, ont été observés à diverses reprises sur une malade couchée salle Sainte-Madeleine, n° 4.

Cette femme, actuellement âgée de vingt-cinq ans, est depuis environ quatre ans retenue dans son lit par un mal de Pott. Elle rapporte l'origine de cette maladie, ou plutôt des premiers symptômes éprouvés par elle, à une chute en arrière qu'elle fit en l'année 1875, et à la suite de laquelle elle n'a plus cessé de souffrir des reins. Après quelques mois d'alitement, vers cette époque, elle s'était relevée, traînant les jambes, marchant mal, mais marchant encore. Elle était entrée à l'hôpital tant à cause de ce commencement de paralysie qu'à cause des douleurs. A l'hôpital, un jour qu'elle faisait son lit, elle voulut soulever à la fois le sommier et les deux matelas qui le recouvraient. A ce moment elle ressentit dans le dos, vers la région lombaire, un craquement violent, comme si quelque chose se brisait, dit-elle, et elle fut complètement paralysée des jambes. On la maintint longtemps sur un plan incliné et aucune gibbosité ne s'est produite. Mais la paralysie persiste et la malade ne sort pas du lit.

Sous l'influence du repos prolongé, il s'est développé des calculs biliaires, comme cela arrive si fréquemment en pareil cas.

La première crise de coliques hépatiques que cette femme a éprouvée survint le 25 août 1880 ; elle fut très violente, dura plusieurs jours et amena une jaunisse très marquée ; l'année suivante, vers le mois d'avril, en 1882, dans les mois de novembre et de décembre, et dans le mois de janvier de cette année, il y eut des crises un peu moins fortes, à la suite desquelles les conjonctives devinrent manifestement jaunes et la peau elle-même un peu jaune.

Enfin, ces jours derniers, il y eut quelques coliques, peu violentes, caractérisées par des douleurs sourdes et un sentiment de pesanteur vers l'hypocondre.

Or, à chaque crise, la température de l'hypocondre s'élève de 1 degré, 1 degré et demi, et même 1°,9, par rapport à à celle de l'hypocondre gauche. Celle-ci ne monte que si la température axillaire monte aussi, et proportionnellement ; elle reste tout à fait normale quand la température générale est normale.

Par exemple, le 27 novembre 1882, pendant un accès de douleurs vives, la température a été trouvée de 37°,5 à l'aisselle, 37°,2 à l'hypocondre droit et seulement 35°,3 à l'hypocondre gauche.

Quelques jours plus tard, le 3 décembre, à la suite de vomissements répétés, sans grandes douleurs, la température atteignit 37°,7 à l'aisselle, 36°,8 à l'hypocondre droit, 35,7 à l'hypocondre gauche.

Une recrudescence de douleurs se traduisit, le 9 décembre, par une température de 37°,5 à l'hypocondre droit, la température de l'aisselle étant de 37°,8 et celle de l'hypocondre gauche de 35°,6.

Après une accalmie durant laquelle les courbes qui représentent les températures des deux hypocondres, se rapprochaient de jour en jour et tendaient presque à se confondre, les douleurs reparurent le 12 janvier et s'accentuèrent de plus en plus les jours suivants, présentant une forme continue avec exacerbations. On dut poser des sangsues le 22, et le mieux-être ne s'accentua que le 24. Durant tout cet intervalle, du 12 au 24, la température de l'hypocondre gauche ne descendit jamais au-dessous de 37° ; elle fut trouvée de 37°,5 le 14 et le 15 ; de 37°,6 le 18 et le 21 ; ce jour-là elle dépassait même de 3 dixièmes la température axillaire, qui n'était alors que de 37°,3, mais qui, le lendemain 22, reprenant le desssus atteignit 38°, alors que celle de l'hypocondre droit atteignait 37°,7. Quant à celle de l'hypocondre gauche, bien que montant proportionnellement à celle de l'aisselle, elle ne s'éleva guère au-dessus de 36°, sauf le 22, où elle atteignit 36°,4.

Les températures de ces trois régions ont été relevées patiemment, sans interruption, depuis le 27 novembre jusqu'au 20 février ; et ces longues courbes, sur lesquelles on voit celle de l'hypocondre droit, constamment supérieure à celle de l'hypocondre gauche, s'en éloigner ou s'en rapprocher suivant l'intensité des accès ou la durée des accalmies, parlent très vivement aux yeux.

Ajoutons que, lors de la crise très légère qui se produisit le 16 juin dernier, la température axillaire étant de 37°,6, celle de l'hypocondre gauche était de 36°,1 et celle de l'hypocondre droit de 37°,1. Trois jours après, les douleurs ayant à peu près cessé, la température axillaire était de 37°,2, celle de l'hypocondre gauche de 35° et celle de l'hypocondre droit de 35°,3.

Tympanisme chez un tuberculeux.

Parmi les maladies qui, d'après les recherches de M. Peter, se décèlent par une élévation de la température locale, figure la péritonite tuberculeuse.

L'excès de chaleur perçu à la surface de l'abdomen y est, en moyenne, de 1 degré à 1 degré et demi ; et, de même que le diagnostic d'une tuberculisation commençante vers l'un des sommets des poumons peut être parfois éclairé par l'application du thermomètre dans les espaces intercostaux, de même la recherche de ce signe peut être utile pour le diagnostic des affections abdominales qui surviennent chez des phtisiques.

Montrons-le encore par l'exemple d'un malade actuellement couché dans le service de M. Peter.

Au n° 27 de la salle Saint-Jean-de-Dieu se trouve un homme, âgé de 33 ans, entré le 26 mars dernier, mais qui tousse depuis plus d'un an et qui présente, du côté droit surtout, des lésions, déjà avancées, de tuberculose pulmonaire.

Cet homme était déjà depuis quelques jours dans le service, lorsqu'il se plaignit d'avoir le ventre dur, gonflé, douloureux, tellement développé, que sa respiration en était gênée. La constipation était opiniâtre, l'appétit nul.

On aurait pu croire à un commencement de granulie péritonéale disséminée, bien que la percussion, au lieu d'épanchement liquide, révélât seulement du météorisme.

Mais la température locale ne dépassait pas la normale, 35°,5 ; et dès lors il fut évident, pour M. Peter, que le ballonnement du ventre était complètement indépendant de tout travail irritatif.

En effet, il se dissipait de lui-même, quelques jours après, pour reparaître, disparaître encore, et se reproduire une troisième fois.

Il alternait avec des malaises dans les membres, des sensations de courbature, des douleurs purement nerveuse.

Il se rattachait évidemment à cette pseudo-hystérie qui n'est pas rare chez les phtisiques et qui, chez cet homme, se traduit en outre, depuis quelques jours, par des tremblements dans les mains, sans antécédents alcooliques, par une grande variabilité dans les symptômes accusés, dans le caractère, etc.

L'ascite non inflammatoire pourrait se distinguer de même d'une péritonite tuberculeuse par l'absence de chaleur. M. Peter, en pareil cas, a toujours trouvé tout à fait normale la température de l'abdomen.

Nous nous sommes bornés à reproduire les faits, car, en dehors de toute théorie, ils ont une valeur incontestable comme faits cliniques.

Nous n'entrerons pas aujourd'hui dans la question de savoir s'il peut y avoir ou non des foyers de calorification purement locaux, si quand un doigt devient brûlant sous l'influence d'un panaris, il ne se fait là qu'un emprunt direct aux foyers centraux de température générale. Observez d'abord, et vous expliquerez ensuite.

Parotidites dans les suites de couches.

Les parotidites qui apparaissent dans le cours des fièvres typhoïdes sont habituellement d'un fâcheux pronostic.

Ce n'est pourtant pas là une règle absolue. Ainsi, chez une malade qui se trouve actuellement dans le service de M. Peter, où elle est entrée le 12 mai dernier, une parotide double qui ne suppura pas et se comporta à peu près comme les plus simples oreillons, survint au bout de quelques jours d'un état typhoïde, presque apyrétique, mais caractérisé surtout par des tâches lenticulaires, des douleurs et des gargouillements dans la fosse iliaque, de la diarrhée, de l'inappétence, de l'abattement, du mal de tête. La maladie suivit le cours le plus normal et le plus bénin; les parotidites disparurent d'elles-mêmes, sans avoir présenté jamais de fluctuation. La diarrhée cessa. L'appétit revint. Aujourd'hui cette femme est en convalescence.

Mais ce fait doit être considéré comme exceptionnel.

Habituellement c'est dans les périodes avancées des fièvres typhoïdes fort graves, chez des malades déjà épuisés, que les régions parotidiennes deviennent le siège de phlegmons, phlegmons qui d'ordinaire annoncent une terminaison funeste.

En est-il de même des parotidites que l'on voit parfois se produire dans les suites de couches, après que la malade a déjà présenté des frissons, des douleurs de ventre, des signes d'infection puerpérale, parotidites qui s'annoncent par un appareil fébrile très marqué et se terminent par suppuration?

Faut-il les considérer comme l'indice d'un état grave, d'un empoisonnement général qui met en danger l'existence?

Faut-il leur appliquer l'axiome de Baglivi sur les parotidites symptomatiques : « Ceux qui en sont affectés succombent » ?

Il ne paraît pas en être ainsi.

Dans le service de M. Laboulbène, salle Sainte-Marthe, n° 26, à la Charité, se trouve une malade qui présenta cette complication le douzième jour des couches. M. Curé, l'un des élèves de M. Laboulbène, a reproduit, dans une thèse toute récente sur les *parotidites dans les maladies graves, dans les suites de couches en particulier*, la première partie de cette observation, que nous allons résumer le plus brièvement possible.

Cette femme, âgée de 22 ans, accoucha naturellement le 8 mai, dans le service de M. Budin (Maternité de la Charité), salle Sainte-Marie, n° 20.

Le quatrième jour, les lochies devinrent fétides et la température s'éleva, pour la première fois, jusqu'à 38° ce jour-là, 38°,2 le lendemain, puis elle retomba à 37°,5. Le huitième jour, il y eut des frissons et des douleurs abdominales; le 16; en outre, des vomissements; la température s'éleva graduellement de près de 2 degrés et demi durant ces deux jours, jusqu'à 39°,4, le soir du 16 (12 sangsues sur le ventre, cataplasmes laudanisés, glace, opium). Pendant les trois jours qui suivirent, l'amélioration fut sensible et la courbe thermique s'inclina de nouveau vers la normale. Mais le 20, douzième jour de la maladie, une fièvre violente se déclara, la température atteignit le soir 41°,2; la malade se plaignait d'une douleur assez vive dans la région parotidienne gauche. M. Budin la fit passer dans le service de M. Laboulbène.

A ce moment, les douleurs abdominales avaient complètement cessé; la palpation n'était pas douloureuse; l'examen des poumons, des plèvres, du cœur, du foie, de la rate, des articulations, ne révéla rien d'anomal. Mais la région parotidienne était le siège d'une tuméfaction qui s'étendait jusqu'aux paupières, la fièvre restait vive. A partir du 20, la température s'abaissa graduellement, mais lentement, jusqu'au 26. Ce jour-là, la fluctuation étant manifeste, M. Berger fit une incision de 4 centimètres, qui donna issue à une grande quantité de pus de bonne nature. Les suites de cette opération furent très simples, chaque jour la plaie laissait écouler une certaine quantité de pus; le 31 mai, on excisa un lambeau sphacélé de tissu cellulaire.

L'état général était excellent; la malade mangeait avec appétit et demandait à se lever, lorsque, le 2 juin, elle fut reprise de douleurs de ventre, avec diarrhée, fièvre, température de 38°,8 le matin, 38°,7 le soir. M. Laboulbène fit appliquer sur l'abdomen 10 sangsues, puis de l'onguent napolitain et des cataplasmes; il prescrivit deux doses de sulfate de quinine, chacune de 30 centigrammes.

Le lendemain, la température fut de 37°,2 le matin et de 37°,7 le soir; le surlendemain, 4 juin, elle atteignit 39°,4; les douleurs abdominales étaient alors surtout très vives vers l'hypocondre droit, tandis qu'elles avaient été précédemment plus accusées vers la région épigastrique.

M. Laboulbène prescrivit 1gr,50 de sulfate de quinine, et deux jours après la température était tombée au-dessous de 39°.

Elle se maintint basse les jours suivants. Vers le 15 juin, la plaie de la région parotidienne était complètement fermée, la malade se levait, ne souffrait plus, se regardait comme guérie.

Le 25 juin, il y eut encore un peu de fièvre et quelques douleurs abdominales, mais que suffirent à calmer quelques cataplasmes arrosés de laudanum.

M. Curé, qui a suivi cette malade jusqu'au 1er juin, rapproche de ce fait, dans sa thèse, quatre autres faits semblables observés par Charrier, dans l'épidémie de fièvre puerpérale qui régna à la Maternité en 1854. Tous se terminèrent par la guérison, ainsi qu'un autre cas de parotidite suppurée, suite d'une péritonite puerpérale, observé par M. Gueneau de Mussy.

En comparant ces observations les unes avec les autres, il semble même que ces parotidites des suites de couches ont une marche spéciale, qu'il serait possible d'esquisser, et qui les distingue absolument des parotidites observées dans les fièvres typhoïdes graves.

Nous reviendrons sur ce sujet; mais en attendant, nous demandons à ceux de nos lecteurs qui auraient rencontré des cas de ce genre, de nous en envoyer le récit.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES INDICATIONS A REMPLIR DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES. — AVANTAGES DES APPAREILS HYPONARTHÉCIQUES A SUSPENSION (1).

Par M. le docteur PHILIPPE (de Saint-Mandé).

II

Cinquième indication. — Veiller de très près aux déplacements des os et y remédier immédiatement par des tractions méthodiques ou autres procédés directs de coaptation des fragments.

On a reproché à ces manœuvres d'imprimer des mouvements prématurés aux membres fracturés et de troubler ainsi le travail de la nature. Il est certain que ce serait une grande faute d'exercer ces manœuvres lorsque les fragments sont en rapport; mais quand ces rapports sont détruits, qu'il y a des déplacements notables, des chevauchements, que la nature est dans une mauvaise voie, il faut bien lui faire reprendre la bonne, et quelques tractions méthodiquement opérées, bien loin de nuire, mettent les extrémités osseuses en contact exact; par cette coaptation, calment les douleurs, abrègent le travail d'ossification, atténuent les effets nuisibles des complications, évitent les difformités et les ankyloses, en permettant de faire agir plus tôt les articulations avoisinant la fracture.

C'est ce qu'on pourrait appeler l'*extension sub-continue*. Il est d'ailleurs évident qu'on ne doit avoir recours à ces forces mécaniques que le plus sobrement possible.

C'est surtout par leur emploi rationnel qu'il faut toujours avoir présent le but final à obtenir, la consolidation plus précoce, la convalescence moins longue, les difformités prévenues.

Parmi les moyens à mettre en usage pour remédier aux déplacements des os, il en est qui sont de la plus grande importance et qui ne remplissent que très imparfaitement cette indication : nous voulons parler de ceux qui doivent agir directement sur les fragments déplacés. De ce nombre sont la griffe de Malgaigne; le clou imaginé par lui, perfectionné par MM. Trélat et Anger.

Or ces agents sont très difficiles à supporter et le plus souvent insuffisants. Le dernier n'a pour ainsi dire pas d'action, étant appliqué sur le fragment supérieur qui offre une grande résistance par ses attaches à l'articulation fémoro-tibiale et ne jouit que d'une très faible mobilité. Il y a encore la suture osseuse rarement employée, le fil métallique. La principale indication à réaliser est de pouvoir agir sur le fragment le plus mobile, pour les fractures à grands déplacements.

Or, dans l'état actuel de la science, la chirurgie est le plus souvent impuissante, en voulant atteindre ce but.

L'emploi de notre boîte-gouttière à suspension comble cette lacune, et, par ses dispositions, par la fixité de la gouttière, sa solidité, par l'immobilisation que donne la suspension, permet, en offrant un point d'appui invariable, de vaincre les résistances, en agissant d'une manière directe et immédiate sur le fragment le plus déplacé. C'est cette opération que nous avons désignée sous le nom de *coaptation immédiate*.

Nous nous servirons d'exemples pour donner plus de clarté à la démonstration.

Supposons une fracture complète de jambe au quart ou au tiers inférieur qui est la plus fréquente; il peut y avoir déviation du fragment inférieur en arrière ou en avant, ou bien encore chevauchement.

Dans le premier cas, les moyens de contention fournis par la chirurgie ne peuvent agir directement sur ce fragment, qui est le plus mobile et par conséquent le plus réfractaire. On a recours alors au clou de Malgaigne qui ne porte son action que sur le fragment supérieur qui oppose une grande résistance à cause de son peu de mobilité.

A l'aide de notre appareil, au contraire, la gouttière, étant d'une grande solidité dans son fond, présente un point d'appui fixe qui permet d'interposer entre ce fond et le fragment inférieur un corps élastique tel qu'un fort tampon d'ouate, qui, en pressant sur ce fragment de bas en haut, le met en contact immédiat avec le fragment supérieur; et comme par la suspension on obtient l'immobilisation plus ou moins complète du point fracturé, les surfaces restent en rapport ordinairement.

Si, cependant, ces dernières se déplaçaient derechef, on tasserait de nouvelles couches d'ouate sous la première.

Au bout de quelques jours, la coaptation s'accomplit le plus souvent.

Nous pourrions citer, en faveur de cette pratique, un cas de fracture de cuisse au quart inférieur, consolidée au bout de trente-sept jours, sans raccourcissement, chez un maraîcher de Saint-Mandé, M. A...; trois autres cas de fractures de jambe, deux avec chevauchement de 5 centimètres de hauteur; le troisième tout à fait en bec de flûte; tous guéris sans accidents.

Si le fragment inférieur dévie en avant, nous avons recours à un moyen bien simple (fracture de jambe); pour le remettre en place, nous employons la *position;* nous faisons basculer le fragment de haut en bas et d'avant en arrière, en élevant le talon sous lequel nous plaçons une couche d'ouate dont l'épaisseur soit proportionnelle au degré d'écartement des extrémités osseuses. La coaptation s'opère ainsi.

C'est un procédé qui nous a réussi chez plusieurs malades atteints de fractures de jambe.

Enfin, quand il y a chevauchement considérable, comme dans les deux cas que nous venons de citer plus haut, on peut encore agir directement sur les fragments, en les réunissant pour ainsi dire par première intention, but que nous avons atteint chez un malade de l'hospice Lenoir et Jousserand de Saint-Mandé, présentant une fracture très grave de la jambe avec chevauchement de 5 centimètres de hauteur; gangrène partielle; saillie très forte du fragment supérieur sous la peau. Voici le procédé que nous avons mis en usage : nous avons couvert toute l'étendue des points saillants de la fracture d'une couche légère d'ouate, puis taillant de larges bandelettes agglutinatives de diachylum, nous les avons fortement serrées contre le membre, en les faisant passer autour des fragments séparés comme pour la réunion par première intention d'une plaie des parties molles.

Nous avons été obligé de revenir plusieurs fois à cette petite opération, à cause du relâchement du bandage, et le succès a été complet, si ce n'est une légère saillie au niveau du fragment dévié.

Le cas était d'autant plus épineux que nous avions affaire à un sujet ataxique depuis neuf ans.

Nous n'avons d'ailleurs à citer que ce seul fait en faveur de ce procédé.

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 juin 1883.

Nous n'avons parlé ici que des fractures de jambe et d'une de cuisse; mais il est évident qu'on pourrait appliquer aux autres solutions de continuité les moyens locaux d'action sur les fragments déplacés que nous venons d'exposer.

Il est une remarque pratique à faire sur les manœuvres que nous avons décrites pour rétablir d'une manière directe les rapports des fragments : c'est qu'elles ne sont efficaces qu'en se servant de notre boîte-gouttière, à cause du calme et du repos que la suspension rationnellement établie apporte au travail d'ossification.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Principes généraux de dermatologie, nosographie et thérapeutique des maladies de la peau (1).

Tel est le titre du nouvel ouvrage que M. le docteur Eugène Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis, vient de publier sur les maladies de la peau.

Nous avons déjà, du même auteur, deux gros volumes de dermatologie, publiés, l'un en 1876, l'autre en 1879. Dans ces deux volumes, toute la dermatologie est traitée sous forme de leçons. Ce sont, en effet, les conférences faites pendant plusieurs années à l'hôpital Saint-Louis, qui ont été soigneusement rédigées par l'auteur avant d'être livrées à la publicité. Nous avons fait, dans ce même journal, un compte rendu de ces deux ouvrages; ils peuvent être considérés comme un traité complet de la pathologie de la peau et leur place est indiquée dans toute bibliothèque médicale. Nous n'avons trouvé nulle part ailleurs une description plus claire de toutes les maladies qui affectent notre tégument externe.

Le livre dont nous avons à parler aujourd'hui est conçu tout autrement. C'est une sorte de manuel de la dermatologie. C'est la dermatologie tout entière condensée en un volume de 356 pages.

Dans une première partie, on trouve l'exposé succinct de tout ce qui constitue la science dermatologique. Toutes les questions de symptômes, de diagnostic, d'étiologie, de nature des maladies de la peau, y sont établies et discutées comme elles le méritent. On y trouve clairement démontré ce grand fait si important, à savoir que les maladies de la peau sont liées à la pathologie tout entière, qu'elles sont la traduction extérieure de presque tous les désordres, de presque tous les troubles organiques et des diathèses scrofuleuse, syphilitique, herpétique, souvent même de la diathèse cancéreuse. C'est donc la pathologie tout entière qui vient en quelque sorte se photographier sur la peau. Ainsi considérées, les dermatoses deviennent donc la lumière de la pathologie et du diagnostic. Sans leur connaissance exacte, tout resterait vague et obscur. Il est donc indispensable de les bien étudier.

La question du traitement de ces maladies est l'objet d'une étude attentive. Un chapitre est consacré à leur traitement par les eaux minérales. Dans quel cas faut-il envoyer les malades aux eaux? Quelles sont les eaux par lesquelles il faut combattre les dermatoses? Ces questions sont examinées avec soin. Cette question thérapeutique, on le comprend, est d'une importance capitale, à une époque où l'on aime tant à se déplacer, où les eaux sont en si grande vogue, où elles peuvent faire par conséquent tant de bien ou tant de mal, suivant qu'elles sont bien ou mal choisies. L'auteur, qui a visité presque toutes les stations minérales, qui les a étudiées sur place, et qui, d'autre part, connaît à fond toutes les indications thérapeutiques à remplir pour le traitement des maladies de la peau, suivant leur nature, leur caractère et les différentes périodes de leurs évolutions, indique avec une pleine connaissance de cause tout ce qui a rapport à cette branche si importante de leur traitement.

(1) 1 vol. in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Il passe en revue, avec tous les développements convenables, et formule avec une grande précision les divers traitements à employer, en dehors de tout ce qui a rapport aux eaux minérales. Ces traitements doivent être toujours rationnels et rigoureusement déduits de la nature, du caractère aigu ou chronique des diverses dermatoses. M. Guibout pose des règles de thérapeutique, que le clinicien ne doit jamais perdre de vue et qui sont déduites, non pas seulement des maladies, mais des malades; la constitution, l'âge, le sexe des malades, en effet, doivent toujours être l'objet de sérieuses considérations et entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit du choix et des doses des médicaments; pour guérir, il ne faut pas soigner seulement la maladie, mais encore le malade.

M. Guibout ne se contente pas de poser les principes d'une saine thérapeutique dermatologique; il discute le choix des médicaments dangereux, tels que l'arsenic, par exemple; il établit et donne des formules, soit pour pilules, soit pour solution, d'un emploi très facile, exempt de dangers, parce qu'elles sont très nettement titrées et bien plus commodes à manier que certaines préparations arsenicales, telles, par exemple, que la liqueur de Fowler.

Dans un chapitre qui nous a paru d'un haut intérêt, M. Guibout examine l'influence des affections utérines sur les maladies cutanées de la face. Cette question nous paraît neuve; nous ne croyons pas qu'elle ait été traitée encore. Pour la femme, si soigneuse d'elle-même, rien n'est plus à considérer que les difformités de la figure, que les différentes lésions qui en altèrent l'harmonie et la beauté. D'autre part, rien n'est plus commun que les affections utérines et surtout que les déplacements utérins, conséquences de l'anémie, de la faiblesse du tempérament, de l'usage de corsets trop serrés, de soins défectueux après l'accouchement, etc. Or, dit M. Guibout, les troubles occasionnés par ces diverses conditions anomales de l'utérus, ont leur retentissement sur la face, où ils y déterminent, ils y entretiennent les diverses formes de l'acné, de la couperose, etc. De là, la nécessité, une maladie cutanée faciale étant donnée, de toujours explorer l'utérus, qui est souvent la cause efficiente ou aggravante de la maladie. A ce propos, l'auteur indique comment il faut soigner ces affections utérines, qui, négligées ou méconnues, deviennent si dangereuses et sont alors, pour les malheureuses femmes, la cause de tant de mécomptes et et de souffrances.

Ces affections utérines, remarque encore M. Guibout, ont un caractère insidieux : dans la première phase de leur évolution, quand elles peuvent être encore facilement guéries, elles existent à l'insu des malades, car elles ne déterminent souvent aucune douleur, aucun trouble fonctionnel. Si, à cette période, le médecin ne sait pas les reconnaître, s'il attend que les malades appellent elles-mêmes son attention de ce côté, il est souvent trop tard alors pour éviter l'usage, devenu indispensable, de l'instrument si gênant, quelquefois si douloureux à porter, qu'on appelle le pessaire; trop tard aussi pour espérer la guérison de l'affection cutanée de la face, entretenue indéfiniment par une affection utérine trop ancienne pour n'être pas devenue incurable.

Terminons notre courte appréciation de cet ouvrage essentiellement pratique, en citant les paroles mêmes par lesquelles M. Guibout en termine l'*Avant-propos* :

« Ces deux parties de notre livre, dit-il, sont le complément l'une de l'autre; réunies, elles constituent un ensemble nosographique, thérapeutique et doctrinal, qui embrasse et résume la dermatologie tout entière. Les élèves y trouveront tout ce qui est nécessaire à leur instruction, et les médecins, tout ce dont ils ont besoin pour faire face aux exigences et aux difficultés de la pratique médicale. »

Nous sommes, quant à nous, complètement de cet avis. Le nouveau livre de M. Guibout est écrit dans un style clair et concis et dénotant une connaissance dermatologique approfondie par de longues et sérieuses études; c'est un ouvrage essentiellement utile et qui comble une lacune que nous déplorions depuis longtemps. La plupart des ouvrages dermatologiques, en effet, sont trop longs, trop volumineux et, disons-le aussi, trop dispendieux pour

que les élèves et même les médecins aient la possibilité de se les procurer et le temps de les lire. Celui-là est à la portée de tout le monde; il est d'une lecture facile; il suffira aux élèves pour la pré paration de leurs examens et de leurs concours, et aux praticiens pour les besoins de leur clientèle.

Docteur Passant.

Leçons cliniques sur les maladies des femmes ; thérapeutique générale et applications de l'électricité à ces maladies (1), par M. le docteur A. Tripier.

Le nom de M. le docteur Tripier est, depuis de bien longues années déjà, lié aux applications de l'électricité aux maladies des femmes. En détachant de ses cours d'électrologie médicale les leçons consacrées aux maladies des femmes, en y introduisant avec quelques développements des chapitres qui pourraient, à première vue, paraître des hors-d'œuvre, l'auteur a eu surtout en vue la thérapeutique. Insistant le moins possible sur la pathogéniologie descriptive, il a pu appuyer plus qu'on ne le fait d'ordinaire sur la pathogénie, introduction nécessaire aux spéculations thérapeutiques rationnelles.

Il y a vingt-cinq ans, M. le docteur Tripier pensa que l'intervention d'un modificateur qui permet de disperser ou de localiser étroitement et de doser avec sécurité les actions à exercer sur la contractilité et la neurilité, devait conduire à modifier profondément, sinon à renouveler complètement, un répertoire presque toujours insignifiant, trop souvent ridicule, quelquefois malfaisant. Amené par l'expérience à mieux préciser les indications qu'il avait formulées d'abord, à en restreindre le champ par certains côtés, à l'étendre par d'autres, à faire successivement intervenir d'autres moyens là où les ressources dont il disposait au début s'étaient trouvées en défaut, l'auteur s'est vu conduit à faire face plus directement à des indications de plus en plus nombreuses. Formé d'abord par la réunion d'une série de travaux originaux, indépendants les uns des autres, ce cours est arrivé à comprendre un ensemble de pratiques assez cohérent pour en permettre la réunion en un volume suivi, auquel, si M. Tripier n'eût tenu à lui conserver la forme sous laquelle il a été présenté durant vingt ans d'enseignement clinique, il eut pu donner le titre de Précis thérapeutique de gynécologie journalière.

Histoire de l'hôpital Notre-Dame de Pitié de Paris (2), par M. le docteur Octave Guiller.

Nous n'avons pas à présenter longuement à nos lecteurs cette histoire de la Pitié. Ils ont pu en apprécier tout l'intérêt, lorsque nous l'avons publiée, en 1882. Mais ce qu'ils n'ont pas eu sous les yeux, ce sont les très intéressantes planches dont l'auteur a enrichi son travail et les tableaux statistiques de tous les malades entrés, sortis et morts à la Pitié, depuis l'époque où elle cessa d'être un orphelinat pour devenir un hôpital.

Cette histoire de la Pitié a mérité à son auteur une médaille d'argent de la Faculté de médecine de Paris. Nous ne saurions trop recommander ce travail à tous ceux qu'intéressent les études touchant l'histoire de la médecine.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

238. M. Lacharrière. Essai sur le traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale. — 239. M. Nicolas. Sur deux variétés de fistules ombilicales. — 240. M. Balette. De l'action du salicylate de soude sur l'utérus. — 241. M. Respaut. Du délire épileptique. — 242. M. Forest. L'acide pyrogallique (contribution à son étude physiologique et clinique). — 243. M. Frangeul. Étude clinique sur l'impaludisme dans les maladies. — 244. M. Brisson. Étude sur la sciatique blennorrhagique. — 245. M. Duerohet. De l'érythème tricophysique. — 244. M. Codet de Boisse. Contribution à l'étude des tumeurs de l'ombilic chez l'adulte. — 247. M. Bernède. Étude sur l'amaurose consécutive au traumatisme de la région préorbitaire. — 248. M. Gouéry. Traitement des fractures de l'humérus. — 249. M. Lavrand. La pilocarpine. Étude physiologique et thérapeutique. — 250. M. Giscaro. Étude comparée de la pneumonie grave dite infectieuse avec les pneumonies dites à forme typhoïde. — 251. M. Mancotel. Polyurie consécutive aux traumatismes du crâne.

(1) 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

(2) 1 vol. in-4° avec planches. — Prix : 6 francs. — Paris, chez l'auteur, 8, rue Bonaparte.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Comme nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, le choléra vient de faire son apparition en Égypte. Il a éclaté à Damiette, et, dès les premières nouvelles, le chiffre des décès est considérable. Ainsi, le 24 juin, 11 décès, dont la cause reste encore douteuse; le 25 juin, jour où le choléra est officiellement constaté, on compte 28 décès cholériques; le 26, 37, et le 27, 113! soit 189 décès du choléra en quatre jours pour la seule ville de Damiette. Mais d'autres localités sont déjà envahies, bien qu'à un moindre degré; ainsi à Mansourah, il y a eu, en trois jours, 11 cas de choléra; et Tantah et Port-Saïd, ou du moins un village éloigné de cette ville de 500 mètres, sont également atteintes par le fléau.

Si nous en croyons la plupart des journaux français, voire même la *Turquie* de Constantinople, la responsabilité de l'importation du choléra en Égypte retomberait exclusivement sur l'Angleterre qui, pour ne pas entraver ses relations avec les Indes, aurait empêché, dès l'apparition du fléau, toutes les mesures prophylactiques que commandaient les circonstances.

Quoi qu'il en soit, le conseil sanitaire de Marseille s'est réuni avant-hier, 27 juin, sous la présidence du maire de la ville, et s'est occupé des mesures à prendre en cette occurrence. Le conseil a décidé que, vu le manque de précautions de la part du gouvernement anglais, une quarantaine, frappant les provenances d'Égypte, des îles de Chypre et de Malte, serait, dès le lendemain, de 5, 7 et 10 jours, suivant la longueur de la traversée, de manière à parfaire quinze jours d'observation depuis le départ.

La plus grande partie de la cargaison des navires de provenances précitées sera aérée à bord; mais si un seul cas de maladie avait lieu sur le navire, la cargaison devrait être déchargée totalement, le port du Frioul évacué immédiatement par les ouvriers du génie militaire et des ponts et chaussées, et le personnel sanitaire réduit au minimum.

De plus, le *Temps* nous apprend encore que le ministre du commerce, dès qu'il a reçu les dépêches lui annonçant l'apparition du choléra en Égypte, a télégraphié à tous les préfets des départements du littoral et à tous les agents sanitaires, pour que les mesures les plus rigoureuses fussent prises à l'égard des provenances de l'Égypte, de Chypre et de Malte.

Enfin l'épidémie s'étant déclarée à Port-Saïd, il a été interdit à tous les navires allant à Suez de communiquer avec les stations du canal. Les pilotes seront retenus à la station du puits de Moïse, où ils feront une quarantaine de quinze jours.

— *Concours de l'agrégation.* — Les candidats de la section d'histoire naturelle ont subi, dans l'ordre suivant, l'épreuve orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation; les questions données ont été :

1° M. Blanchard : Les bothriocéphales de l'homme;

2° M. Lemaire : Les ascarides et les oxyures de l'homme;

3° M. Granel : Les arachnides nuisibles à l'homme (les acariens exceptés);

4° M. Henneguy : Les ténias inermes de l'homme;

5° M. Mangenot : Les filaires de l'homme;

6° M. Beauvisage : L'ankylostome duodénal ;

7° M. Macé : Les strongles du rein de l'homme.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La seconde question de l'épreuve orale de pathologie, pour le concours du prosectorat, a été : « Les plaies de l'intestin » ; candidats : MM. Pousson, Tuffier, Michaux et Ricard.

L'épreuve pratique d'histologie a lieu aujourd'hui vendredi 29 juin, à midi précis, au laboratoire des cliniques de l'Hôtel-Dieu.

— Le Conseil académique de Paris a tenu hier, jeudi 28 juin 1883, une importante séance au point de vue de la réforme du baccalauréat ès sciences. Sur la proposition de la Faculté des sciences et de la Faculté de médecine de Paris, et après une intéressante discussion, il a émis les vœux suivants :

1° Qu'il soit institué un baccalauréat ès sciences mathématiques ;

2° Qu'il soit institué un baccalauréat ès sciences physiques et naturelles qui remplacerait le baccalauréat ès sciences restreint ;

3° Qu'à ces deux diplômes ne puissent se présenter que des candidats munis de la première partie du baccalauréat ès lettres ;

4° Que le baccalauréat ès lettres complet soit exigé pour les études médicales des élèves qui visent au doctorat ;

5° Que le programme du baccalauréat ès lettres soit revisé et surtout allégé en ce qui touche les sciences.

— Le Conseil municipal de Paris vient d'émettre le vœu qu'il soit créé deux écoles-dispensaires pour les enfants rachitiques ou difformes, dans deux des arrondissements les plus populeux de Paris ; que ces établissements soient placés sous la direction d'un chirurgien des hôpitaux ; que l'enseignement soit confié à des institutrices laïques ; que l'administration de ces écoles-dispensaires soit attribuée à l'Assistance publique.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Édouard Filhol, directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Toulouse, professeur à la Faculté des sciences de cette ville, qui vient de succomber à l'âge de 69 ans.

L'un des fondateurs du Musée d'histoire naturelle de Toulouse, il était associé national depuis 1865. M. E. Filhol a été autrefois pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation, le dimanche 1er juillet 1883, sur les bords de la Marne. Rendez-vous au pont de Charenton, à 11 h. 30 min.

De la fièvre typhoïde, par le docteur Grellety. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des déterminations articulaires des maladies infectieuses (pseudo-rhumatismes infectieux,) par le docteur Pourcy. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La fièvre typhoïde et les bains froids à Lyon. Étude générale de la méthode de Brandt, par le docteur Chapuis. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14744.

N° 76. — MARDI 3 JUILLET 1883. 56e ANNÉE. MARDI 3 JUILLET 1883. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. La congestion cérébrale et la folie congestive. — Étude clinique sur les indications à remplir dans le traitement des fractures des membres. Avantages des appareils hyponarthéciques à suspension. — Recherches psychologiques sur l'aphasie. — Revue de la Presse. — Société de Biologie. — Instruments et Appareils. — Revue bibliographique. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

La congestion cérébrale et la folie congestive.

I

Sans sortir du cadre habituel de nos entretiens cliniques, je tiens à aborder aujourd'hui un sujet qui, de prime abord, semble moins dépendre de la pathologie mentale que de la pathologie médicale proprement dite : je veux parler de la congestion cérébrale. La question est digne de tout votre intérêt, car elle renferme un grand nombre de détails susceptibles d'éclairer plus d'un point de l'histoire des vésanies. D'ailleurs, pour dire toute ma pensée, si je ne m'illusionne pas sur les tendances actuelles des esprits et sur les exigences de la pathologie contemporaine, je considère qu'en fait d'aliénation on doit viser de plus en plus à préciser les rapports étroits qui relient l'un à l'autre ce qu'on eût autrefois appelé le *physique* et le *moral*, ce que nous sommes en droit de dénommer plus scientifiquement aujourd'hui les troubles cérébraux et les conditions organiques qui les préparent et les engendrent. Or, à y regarder de près, l'état de la circulation cérébrale est l'un des éléments qui interviennent le plus puissamment pour mettre en jeu certaines dispositions nerveuses acquises ou héréditaires, comme pour imprimer d'importantes modifications au tableau clinique par lequel se traduisent certaines lésions cérébrales, l'encéphalite interstitielle, par exemple. Aussi bien est-ce avec raison, selon moi, que quelques auteurs, au rang desquels je me plais à citer M. Auguste Voisin, mon collègue dans cet hospice, se sont attachés à décrire des folies *anémiques* et des folies *congestives*. Et s'il en est qui ont eu peut-être trop de tendance à verser vers un anatomisme exclusif et à méconnaître malencontreusement, à mon sens, que les troubles circulatoires ne sauraient agir seuls et sont de simples intermédiaires qui mettent en jeu une disposition organique vicieuse, du moins les travaux dont je parle, ont-ils eu le mérite de faire ressortir le rôle capital des processus anémique et congestif dans la génèse de certaines vésanies.

Aussi bien voudrais-je aujourd'hui vous décrire la congestion cérébrale, vous la montrer sous ses multiples aspects cliniques, dans les situations pathologiques si variées qui la déterminent et avec les conséquences si diverses auxquelles elle peut aboutir.

Vous n'ignorez pas quel est le mécanisme physiologique en vertu duquel s'exécute la circulation encéphalique. Enfermés dans une boîte résistante et inextensible, le cerveau et ses annexes seraient fatalement soumis à une irrigation uniforme, si le jeu du liquide céphalo-rachidien ne rendait faciles les modifications quantitatives du contenu vasculaire. Si le volume du *liquide* qui baigne l'encéphale est à peu près toujours le même, comme Monro et Keller l'ont établi, il n'en est pas de même de la qualité. Y a-t-il moins de sang dans les vaisseaux cérébraux, le liquide céphalo-rachidien afflue plus abondamment et vient combler la différence ; se produit-il, au contraire, une hyperémie, le liquide reflue dans l'espace rachidien péri-pimérien. Ainsi s'explique la possibilité des congestions du cerveau, dont la réalité, d'ailleurs établie par la clinique, mais un instant contestée, ne saurait plus être mise sérieusement en doute.

La congestion cérébrale se présente dans des conditions cliniques fort différentes : tantôt elle est un simple épiphénomène accidentellement provoqué par la présence d'un néoplasme ou d'un foyer inflammatoire : telles sont les poussées congestives qu'on observe au cours de la paralysie générale, de la sclérose en plaques ou dans certains cas de tumeur cérébrale. Ces attaques congestives passagères déterminent des accidents vertigineux ou comateux, des accès épileptiformes. Elles modifient ou hâtent l'évolution de l'affection première, mais elles constituent un simple incident clinique dont l'importance est dominée par celle des symptômes antérieurs et permanents.

D'autres fois, l'hyperémie cérébrale survient à titre de manifestation localisée chez des individus sous le coup d'une maladie générale, de la fièvre typhoïde par exemple, ou de la fièvre paludéenne pernicieuse. Dans ces cas, elle n'est encore qu'un épiphénomène, digne, sans aucun doute, de toute attention au point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique, mais sur lequel on ne saurait insister dans une étude analogue à celle que j'entreprends.

Enfin la congestion cérébrale peut se produire sous différentes influences accidentelles ou constitutionnelles, chez un malade en état de santé apparente ou chez lequel les symptômes des altérations humorales ou des lésions organiques ne sont pas assez accusés pour que la congestion cérébrale ne soit pas l'épisode clinique dominant, celui sur lequel tout d'abord se concentrent toutes les préoccupations.

C'est ce dernier groupe d'accidents congestifs que j'aurai surtout en vue dans cette leçon.

— Mais avant d'aller plus loin, je tiens à vous rappeler qu'on a singulièrement exagéré le rôle et la fréquence de la congestion cérébrale dans la première moitié de ce siècle ; on a souvent porté le diagnostic congestion alors qu'on avait affaire à toute autre chose, à l'hémorragie cérébrale, par exemple, ou à certaines formes d'accidents épileptiques. Nous sommes aujourd'hui suffisamment éclairés, il est vrai, pour ne plus croire à de simples phénomènes d'hyperémie, quand nous nous trouvons en présence de ces dernières affections ; mais vous n'ignorez pas de quelle faveur jouit encore la congestion cérébrale dans le public qui vit toujours sur les errements d'il y a quarante ans. Trousseau, je me hâte de le dire, est un de ceux qui ont protesté avec le plus de vigueur contre les errements en question. Avec quelle puissance de dialectique, quelle vivacité de style et quelle richesse de coloris dans la forme il l'a fait, vous le savez. Permettez-moi, à ce propos, de vous rappeler quelques lignes d'une de ses remarquables leçons cliniques, où le préjugé médical est réduit à sa juste valeur avec un rare bonheur d'expression.

« Si je fais bon marché de la congestion cérébrale, dit ce maître illustre, si je refuse de la voir là où bien des gens la voient, d'un autre côté vous conviendrez avec moi qu'on l'admettait naguère et qu'on l'admet encore bien légèrement.

« La migraine, un simple mal de tête, sont des congestions cérébrales. La stupeur de la dothiénentérie, du typhus, de la pneumonie, de la peste, de la variole, de la scarlatine : congestion ! Le délire de la pneumonie, de l'hystérie, de la danse de Saint-Guy, de l'érysipèle : congestion !

« Il n'est pas jusqu'au sommeil dont quelques physiologistes et quelques médecins n'aient voulu faire une congestion cérébrale ; et partant de là, partout où il y avait stupeur et somnolence, partout où il y avait délire, rêvasseries, on a accepté la congestion cérébrale avec une aisance, une facilité, qui aujourd'hui paraît bien étrange à la majorité des médecins. »

Nous allons nous efforcer d'éviter le travers si justement relevé par Trousseau, et de ne voir la congestion cérébrale que là où nous sommes autorisés à la voir.

Division. — Nous l'étudierons tout d'abord au point de vue de ses caractères cliniques, des formes variées qu'elle revêt, des conséquences qu'elle peut entraîner à sa suite ; nous passerons ensuite en revue les causes qui la déterminent et les indications thérapeutiques qu'elle fait naître.

Étude symptomatique. — Les auteurs frappés de la différence des aspects sous lesquels se présente la congestion cérébrale, se sont attachés à subdiviser en formes multiples son histoire symptomatique. Andral n'admettait pas moins de huit formes de congestion cérébrale ; Rostan en reconnaissait deux seulement. Aujourd'hui la plupart des auteurs sont d'accord pour décrire deux grandes modalités principales du processus congestif : la congestion *active* et la congestion *passive;* la première affectant la forme *légère*, la forme *grave* ou la forme *apoplectique*. A vrai dire, à n'envisager que ces dernières subdivisions, il s'agit plutôt de degrés d'une même affection que de formes proprement dites. Qu'une maladie générale, comme la fièvre typhoïde, par exemple, localise ses manifestations avec une prédominance marquée sur tel ou tel autre appareil organique, qu'elle affecte plus spécialement le poumon, le rein ou le système nerveux, on sera en droit de dire qu'on a affaire à des *formes* pulmonaire, rénale ou nerveuse. Mais que la congestion du cerveau se traduise par des symptômes bénins ou graves, par de la céphalalgie, du délire ou du coma, il sera plus logique et plus conforme à la saine nosologie de voir, dans ces modalités symptomatiques multiples, de simples degrés d'un même processus. Cette observation faite, je ne vois nul inconvénient à accepter les subdivisions établies par les auteurs et qui me semblent exprimer assez bien la réalité des faits.

Toutefois il est certains troubles à allure d'ordinaire chronique qui ne trouvent pas place dans les descriptions classiques de l'hyperémie cérébrale et qui ressortissent cependant, sans nul doute, à son histoire. Je fais allusion à ces troubles intellectuels, à ces vésanies congestives, que j'ai déjà signalés à votre attention et qui me paraissent dignes, au premier chef, de figurer dans l'étude que nous poursuivons ici. Je vous en dirai quelques mots en temps et lieu.

Après ces préliminaires, nous pouvons aborder l'étude symptomatique de la congestion cérébrale, et nous commencerons par la congestion dite *active*, qui est celle d'ailleurs sur laquelle j'aurai principalement à insister.

Congestion active. — Mais avant d'étudier par le menu les modalités cliniques diverses de l'hyperémie artérielle, laissez-moi, par un exemple que je choisis parmi les plus typiques, vous donner une idée d'ensemble de ces modalités multiples et des relations étroites qu'elles présentent les unes avec les autres.

Un goutteux sous l'influence d'une émotion morale, d'un accès de colère, d'une préoccupation intellectuelle, à la suite d'une impression physique fâcheuse comme celle du froid, ou de l'usage d'une médication intempestive malencontreusement dirigée contre les accidents articulaires (application de compresses glacées ou d'eau froide sur les jointures douloureuses), est pris d'un peu de céphalalgie, de quelques vertiges. Ces symptômes durent quelques heures, un jour, et tout peut s'arrêter là. Mais les choses vont quelquefois plus loin : le délire apparaît, calme ou bruyant, et l'on peut même voir survenir, si la congestion « métastatique » s'accentue, la perte de connaissance et l'état comateux. Puis, après quelque temps, si la congestion n'a pas été suffisamment intense pour déterminer, ce qui n'est pas très rare, une rupture vasculaire et une hémorragie cérébrale, les accidents s'atténuent, puis se dissipent : le malade revient à l'état normal.

Voilà, avec sa physionomie la plus typique, la congestion cérébrale, tantôt légère, tantôt grave, vous l'avez vu, se traduisant ici par le simple mal de tête, là par du délire ou du coma apoplectique. Vous venez d'entrevoir, dans un coup d'œil d'ensemble, les formes diverses de l'hyperémie cérébrale active, nous pouvons maintenant étudier ces formes avec quelque détail.

La forme *légère* pourrait être tout aussi justement appelée le premier degré ou le premier stade de la congestion cérébrale. C'est ainsi qu'Hammond la dénomme. Le symptôme qui frappe tout d'abord l'attention, c'est l'insomnie d'ordinaire persistante et tenace. Le malade, après une journée plus ou moins agitée, se couche dominé par une fatigue

profonde; la tête est un peu lourde, la face quelquefois colorée, il y a des battements intenses au niveau des tempes. Une fois au lit, il se sent en proie à une certaine agitation, il ne peut s'endormir. Après une lutte de quelques heures, il finit cependant par sommeiller, mais le sommeil est de courte durée et troublé par des rêves et des cauchemars. Le matin, le malade se lève fatigué, incapable d'un travail sérieux intellectuel ou physique. Si la cause qui a déterminé le processus congestif était accidentelle, les choses ne tardent pas à rentrer dans l'ordre; mais si, au contraire, l'hyperémie persiste et s'accuse, les symptômes eux-mêmes s'accentuent.

L'insomnie se reproduit alors les nuits suivantes; l'intelligence devient moins alerte, la mémoire moins vive; le malade est inapte à toute application intellectuelle, et les opérations cérébrales sont pénibles, qu'il s'agisse d'une œuvre d'imagination, d'un calcul un peu compliqué, d'une simple lecture attachante.

La lourdeur de tête fait bientôt place à la céphalalgie vraie. Le malade se plaint d'une douleur au niveau du front ou de l'occiput, il a la tête comme serrée dans un étau, il éprouve au niveau des tempes une sensation de martellement pénible. Les pupilles sont souvent contractées, la face est animée, les conjonctives sont congestionnées. Il y a quelquefois des vertiges et des vomissements.

Un pas de plus, et de nouveaux troubles apparaissent dans le domaine de la sensibilité, de l'intelligence et de la motilité. Les malades ont alors des bourdonnements et des tintements d'oreilles; ils entendent des bruits sourds ou éclatants comme ceux produits par un coup de marteau ou un coup de feu. Ils éprouvent de fausses sensations visuelles, voient des points noirs, des mouches volantes, des objets lumineux. Ils ressentent des engourdissements dans les membres, des fourmillements au niveau des extrémités.

Il peut arriver qu'ils soient le jouet d'illusions ou d'hallucinations. Ils croient alors entendre des voix, ont des apparitions bizarres, tout en restant parfaitement conscients de la fausseté des sensations qu'ils éprouvent. Les facultés affectives prennent, elles aussi, quelquefois part au désordre de l'intelligence: le caractère est morose et chagrin; un détail sans importance, un fait de la vie courante sans portée détermine de la tristesse, provoque des emportements et des colères.

La motilité est moins atteinte que la sensibilité et l'intelligence. Cependant on constate parfois un certain degré de lassitude, de faiblesse et d'impotence musculaires, mais il n'y a pas de paralysie, à proprement parler. Au dire de Hammond, une observation attentive ferait découvrir quelquefois une gêne souvent très légère de la parole: les mots ne seraient pas prononcés avec autant de netteté qu'auparavant, surtout lorsque le malade est fatigué ou quand il a parlé pendant quelque temps. Parmi les lettres de l'alphabet, les linguales et les labiales seraient plus particulièrement difficiles à articuler, ainsi que les mots qui demandent une certaine agilité du bout de la langue.

Si vous ajoutez à ces symptômes les troubles ordinairement peu prononcés qu'on observe du côté des fonctions de la vie végétative, l'appétit capricieux, les digestions laborieuses, la constipation habituelle, qui sont peut-être plus souvent l'une des causes occasionnelles que l'effet de l'hyperémie cérébrale, vous aurez le tableau à peu près complet des désordres qui caractérisent la forme légère de la congestion. N'oubliez pas d'ailleurs que l'appareil symptomatique, que je viens de vous indiquer, se présente tantôt au grand complet, tantôt atténué, que les troubles dont il s'agit peuvent persister longtemps, ou au contraire être transitoires, suivant que les causes qui les déterminent sont elles-mêmes passagères ou durables.

Cette première forme de la congestion cérébrale est celle qu'on a le plus communément l'occasion d'observer: elle entre, pour ainsi dire, dans les habitudes de certains sujets pléthoriques, et se reproduit alors à propos de la moindre cause, d'une circonstance insignifiante. Un repas trop copieux, un effort intellectuel trop prolongé, la veille ou la fatigue, suffisent pour l'engendrer.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES INDICATIONS A REMPLIR DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES. — AVANTAGES DES APPAREILS HYPONARTHÉCIQUES A SUSPENSION (1).

Par M. le docteur PHILIPPE (de Saint-Mandé).

III

Sixième indication. — Laisser assez de liberté au membre, pour qu'on puisse imprimer de bonne heure des mouvements aux articulations avoisinant la fracture, afin d'éviter les ankyloses.

L'opportunité ou l'inopportunité des mouvements plus ou moins précoces à donner aux jointures, dans ces cas, soulève une question pratique très délicate et fortement controversée, à l'occasion d'une discussion savante de la Société de chirurgie qui a rempli quatre séances, en novembre 1879.

C'est une question très complexe et dont la solution dépend surtout du genre d'appareils qu'on choisit et de leur efficacité comme moyen de contention et d'immobilisation.

A l'aide du nôtre, nous faisons mouvoir relativement de bonne heure les articulations voisines des fractures.

Quelques faits élucideront ce sujet.

Nous nous occuperons d'abord des fractures du coude et de l'extrémité inférieure de l'humérus pour lesquelles l'art est souvent insuffisant.

En effet, quelle marche suit-on tous les jours pour traiter ces accidents?

Le précepte invariable et classique qu'on recommande toujours, est qu'il faut mettre le membre en flexion, pour éviter l'ankylose dans le sens de l'extension.

Il y a une méthode mixte que nous mettons en usage et qui nous a très bien réussi chez plusieurs personnes atteintes de ce genre de fractures.

Nous pouvons citer un facteur de Saint-Mandé, présentant un cas de fracture de l'olécrâne avec gonflement considérable.

Nous étendîmes le membre sur la gouttière suspensive pendant dix jours, ayant imprimé quelques mouvements de flexion vers le septième jour et jours suivants.

Le onzième jour, nous l'enveloppons d'une écharpe, et au bout de seize jours, il fléchissait son membre lui-même jusqu'à l'angle droit.

Nous le présentâmes à la Société de chirurgie après un mois de traitement: le bras fonctionnait parfaitement.

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 juin 1883.

L'olécrâne offrait un sillon difficile à apprécier. Plus tard, l'ossification s'est opérée complètement.

Un autre fait est encore plus probant : il concerne un enfant de sept ans, ayant aussi une fracture de l'olécrâne. Il est resté vingt-six jours sur notre appareil, le bras étendu et immobile, mais tous les deux ou trois jours nous imprimions au membre des mouvements progressifs de flexion. Au bout de vingt-cinq jours, la consolidation était complète.

C'était un cas très difficile, à cause de l'exiguïté excessive du fragment supérieur qui, très probablement, serait resté séparé du cubitus, si l'on avait adopté la flexion exclusivement, comme tous les auteurs le recommandent.

Il y avait encore une autre complication fort inquiétante : au côté externe de l'articulation se trouvait une saillie très aiguë, qui pouvait faire craindre la perforation de la peau et qui disparut en mettant le membre dans l'extension.

Après deux mois de traitement, le bras fonctionnait très bien.

Nous pourrions citer encore un grand nombre de faits dans lesquels les mouvements précoces des articulations ont rendu celles-ci libres très rapidement, résultats heureux qui doivent surtout être attribués aux avantages de notre appareil qui généralement abrège la durée du temps voulu pour le travail de néoformation osseuse.

On voit, d'après ces faits, qu'on peut, en observant certaines règles, mobiliser les articulations voisines des fractures beaucoup plus tôt qu'on ne le fait d'ordinaire.

On a reproché, en « haut lieu », à notre boîte-gouttière d'exiger dans son application une surveillance inquiétante.

Ne pourrait-on pas en dire autant de tous les appareils mis en usage pour le traitement des fractures des membres? Les appareils inamovibles ne donnent-ils pas aussi les plus grandes inquiétudes au chirurgien, qu'ils mettent dans l'impossibilité de suivre scrupuleusement les diverses phases du travail du cal ainsi que les complications qui peuvent survenir et de rectifier les imperfections de ce travail? L'homme de l'art reste désarmé, sans compter les déceptions qu'il éprouve souvent dans les résultats obtenus.

N'en est-il pas de même des autres appareils? N'a-t-on pas à redouter chez beaucoup d'entre eux les effets désastreux de la compression (le bandage de Scultet, l'extension continue, les bandages inamovibles, les plans inclinés), l'insuffisance de la contention?

Tous les appareils présentent donc des inconvénients, et nous ne prétendons pas que le nôtre soit parfait.

Tous exigent la plus grande surveillance, qui sera toujours plus ou moins inquiétante; mais le chirurgien ne doit jamais reculer devant les difficultés; il doit conserver une sollicitude de tous les instants et n'épargner ni la peine ni l'inquiétude pour assurer le succès de ses actes.

On nous oppose encore que notre boîte ne contient pas suffisamment le membre, puisqu'on est obligé d'avoir recours à des manœuvres réitérées pour rétablir les rapports des fragments.

Ce reproche n'est applicable qu'à certaines fractures de cuisse ou fractures obliques des autres régions.

Quant aux fractures simples, on obtient l'immobilisation dès le début.

D'ailleurs les manœuvres multiples ne sont nécessaires que dans les premières phases de l'évolution osseuse, généralement. Au résumé, quelles que soient les imperfections des appareils dont on fait choix, il y a un but que tous les praticiens cherchent à atteindre : c'est le succès ; c'est d'arriver aux résultats qui se rapprochent le plus de la perfection.

Or nous prouverons, par une pratique de quinze ans et une expérience basée sur soixante-deux observations de fractures, que nous avons obtenu une durée beaucoup moins prolongée du traitement et le rétablissement plus complet des rapports des os, dans le plus grand nombre des cas.

RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES SUR L'APHASIE

Par M. le docteur Judée.

Voici ce que j'écrivais à propos de l'aphasie dans le n° 96 de la *France médicale* de l'année 1868, dans le n° 111 de la *Gazette des hôpitaux* de l'année 1869.

« Quoique, malgré un travail soutenu, mes recherches psychologiques sur les sens soient loin d'être terminées, dès aujourd'hui je me regarde comme en droit de dire que, se plaçant à ce point de vue, il n'existe que trois sens : le sens de l'ouïe, celui des signes et images, autrement dit de la vue, et enfin celui du toucher, ceux du goût et de l'olfaction ne devant être considérés, tout au moins sous le rapport psychologique, que comme des dépendances de celui du toucher.

Ces mêmes recherches m'ont encore conduit à découvrir que chacun de ces sens avait à sa disposition une mémoire spéciale; que cette mémoire, simple pour le sens du toucher et ceux qui dérivent, devait être dédoublée en deux autres pour le sens de l'ouïe et de la vue : une première nous mettant à même d'apprécier dans son espèce la sensation à laquelle nous sommes soumis et une seconde destinée à venir à notre secours, lorsque nous voulons exprimer ce que nous ressentons. Ainsi, quand nous entendons un son et que nous désirons nous en rendre compte, nous avons recours à un genre de mémoire qui n'a rien à voir avec celle qui nous permettrait d'émettre le même son; de même, lorsqu'en voyant la lettre A, nous disons : Ceci est la lettre A, nous faisons usage d'une mémoire différente de celle qui nous donne la possibilité, en l'absence de la susdite lettre, de la tracer sur un morceau de papier. Pour l'instant, je me contente de poser ces faits en principe. Plus tard j'essaierai de les démontrer. »

Aujourd'hui ce moment est venu, puisque la perte des quatre variétés de mémoire dont j'ai constaté l'existence en 1868, a été observée depuis chez les aphasiques et que chacune de ces pertes de mémoires a même reçu un nom différent que, quant à moi, jusqu'à nouvel ordre, je n'accepte que sous bénéfice d'inventaire, parce qu'un certain nombre d'entre eux me paraissent peu faits pour simplifier la question, tout en ne rendant compte, à mon avis, qu'imparfaitement de ce qu'il existe réellement en pareil cas.

A la perte de la mémoire qui nous empêche d'apprécier la valeur de la sensation auditive venue du dehors et qui se fait quand on nous parle, c'est absolument comme si on nous parlait une langue étrangère, le professeur Kussmaul a donné le nom de *surdité des mots*, de *surdité verbale*. La perte de celle qui nous permet de traduire notre pensée par la parole est généralement connue sous le nom d'*aphasie motrice*.

Quant à la perte des deux autres mémoires : de celle qui nous met à même de lire et de celle qui nous permet de traduire notre pensée par l'écriture au lieu que ce soit par la parole ; la première a été désignée encore par Kussmaul sous le nom de *cécité des mots*, de *cécité verbale* ; la seconde a reçu le nom d'*agraphie*.

En résumé, en 1868, j'ai dit le premier, je crois :

1° La mémoire n'est pas une, mais un être multiple, si je puis m'exprimer ainsi ;

2° Il existe autant de mémoires de premier ordre qu'il y a de sens principaux ;

3° Ces mémoires de premier ordre se subdivisent en autant de

mémoires secondaires que cela est nécessaire pour arriver à l'accomplissement de l'acte psychologique pour lequel elles ont été créées. Ainsi, par exemple, pour nous mettre en communication avec notre semblable, l'intervention de quatre d'entre elles, dont deux appartenant à l'ouïe et les deux autres à la vision, est absolument indispensable.

Et toutes les recherches faites depuis par les pathologistes français et étrangers sont venues confirmer l'inexactitude de ces différentes propositions.

Je sais bien qu'il existe encore des doutes dans l'esprit de ces pathologistes sur la nature de ces différentes altérations du langage, et que, pour tourner la difficulté, ce que j'appelle mémoire ils l'appellent tout simplement faculté. Mais ces doutes, j'en suis convaincu, cesseront lorsque la question sera encore mieux étudiée qu'elle l'est aujourd'hui, et alors très probablement on arrivera à cette conclusion finale :

La couche corticale des hémisphères cérébraux est le siège de la volonté et de la mémoire considérée dans son ensemble et non celui des centres qui président aux mouvements volontaires.

REVUE DE LA PRESSE

Sur un nouveau cas de laryngite sèche avec amas de mucosités simulant un pont membraneux du larynx, paralysie nerveuse concomitante. — Le docteur E.-J. Moure (de Bordeaux) vient de publier, sous ce titre, l'observation d'une jeune fille âgée de quatorze ans, qui lui fut adressée pour une aphonie persistante et une gêne de la respiration.

L'examen laryngoscopique révéla tout d'abord l'existence d'une paralysie des muscles constricteurs du larynx, les cordes vocales restant immobiles sur les côtés du larynx et écartées au niveau de leur partie postérieure. De plus, au niveau du tiers antérieur des cordes vocales existait une sorte de pont membraniforme, d'aspect grisâtre, jeté d'une corde vocale à l'autre, et obstruant d'une manière absolue le tiers antérieur de l'orifice glottique.

Voulant alors se rendre un compte plus exact de la nature de cette sorte de pont, M. Moure introduisit dans le larynx l'électrode laryngien, dont il se servit comme d'une sonde, et pour guérir, par l'électrisation directe, la paralysie vocale qui céda, en effet, peu à peu, après quelques applications directes de l'électricité sur les cordes vocales. Un nouvel examen laryngoscopique permit en même temps à l'auteur de s'assurer que le pont membraniforme constaté lors du premier examen n'était qu'un amas de mucosités épaissés et très visqueuses, fixées sur la face supérieure des rubans vocaux et dont la paralysie concomitante avait, sans nul doute, favorisé l'accumulation à ce niveau. (*Revue mens. de laryngol.*, nº 6, 1er juin 1883.)

Paralysie ascendante aiguë. — S'appuyant sur un ensemble d'arguments tirés de la physiologie expérimentale, de la symptomatologie, de l'étiologie, des altérations anatomiques constatées chez plusieurs sujets ayant présenté, pendant la vie, le tableau clinique complet de la maladie de Landry, M. le docteur Roussel croit pouvoir en déduire que :

La paralysie ascendante aiguë n'est pas une entité morbide distincte ; — qu'elle est la manifestation pathologique d'une myélite centrale aiguë à forme envahissante et à marche rapide ; — que si, dans certains cas, l'examen microscopique des centres nerveux n'a donné que des résultats négatifs, ils doivent être imputés à la rapidité d'évolution de la maladie et à la prompte extension du processus inflammatoire aux régions supérieures de la moelle, dont l'intégrité est indispensable à l'entretien de la vie. — Toute myélite centrale aiguë dorso-lombaire, avec altérations médullaires, en prenant à un moment rapproché de son début une marche envahissante, peut revêtir une forme spéciale qui se confond comme évolution clinique avec la paralysie ascendante aiguë et n'en diffère, comme caractères anatomiques, que par des lésions médullaires plus avancées. (*Archiv. de médec. navale.*)

De l'opération de la cataracte chez les diabétiques. — M. le docteur Léon Léviste résume ainsi sa thèse inaugurale :

« La cataracte diabétique existe. Nous en trouvons la preuve dans les nombreux mémoires ou observations qui nous ont montré qu'elle avait une forme, une consistance et une marche spéciales. Mais toutes les cataractes qui surviennent chez les diabétiques ne sont pas toutes d'origine diabétique.

Le *noli tangere* lancé par quelques auteurs contre l'opération de la cataracte diabétique est trop absolu, car la moyenne des succès est presque aussi élevée que pour les autres formes de cataracte.

Cette moyenne est plus forte depuis que l'on emploie l'extraction linéaire modifiée avec iridectomie.

Avant d'entreprendre l'opération, il faut examiner l'œil du malade pour savoir si les membranes profondes sont saines, ainsi que les membranes externes. On ne doit pas tenter l'opération quand le malade subit une crise aiguë de la diathèse.

Après l'opération, on doit employer les pansements antiseptiques et ne les renouveler que toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures. En même temps le malade doit être soumis à un régime antidiabétique sévère. »

Structure du bord libre de la lèvre. — Le bord libre de la lèvre, examiné à différentes périodes de la vie, a offert à M. le docteur E. Wertheimer certains détails de structure qu'il résume dans les conclusions suivantes :

I. Les rudiments des glandes sébacées du bord rouge des lèvres n'existent pas à la naissance : ce caractère paraît commun à toute la classe des glandes sébacées libres.

II. Au point précis où la muqueuse se continue avec la peau, elle semble jouir d'une vitalité plus active qui se traduit : 1º chez le nouveau-né, par une accumulation épithéliale à la surface ; 2º chez l'adulte, par une plus grande hauteur des enfoncements interpapillaires de l'épithélium ; 3º à un âge avancé, par des renflements cellulaires circonscrits qui peuvent aboutir à la production de globes épidermiques ; cette dernière disposition ne doit pas être sans influence sur le développement de l'épithélioma de la lèvre. (*Arch. de médec.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 juin 1883. — Présidence de M. P. Bert.

COMMUNICATION

Lésions expérimentales du cerveau. — M. LABORDE fait une communication ayant pour but de démontrer l'extrême difficulté qu'il y a, lorsqu'on pratique certaines lésions expérimentales sur le cerveau, de léser les faisceaux moteurs sans léser en même temps les faisceaux sensitifs.

Aphasie, cécité des mots, etc. — M. JUDÉE fait sur ce sujet la communication suivante. (Voir plus haut.)

Nouveau thermomètre circulaire à index (maxima et minima), avec cartons thermographiques. — M. BURQ fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Spéculum pour électrisation utérine.

Par M. le docteur Seiler.

Cet instrument, construit par Galante (fig. 1), est un spéculum ordinaire, plein, en buis (corps non conducteur de l'électricité), muni, à son sommet, d'un anneau métallique A (*fig.* 2), relié par

une tige conductrice T, qui est logée dans une rainure creusée sur la face intérieure du corps du spéculum pour se terminer, en passant à travers le manche M, par une borne R, percée d'un trou O, où l'on fixe, au moyen d'une vis à pression V, un des pôles de la source d'électricité.

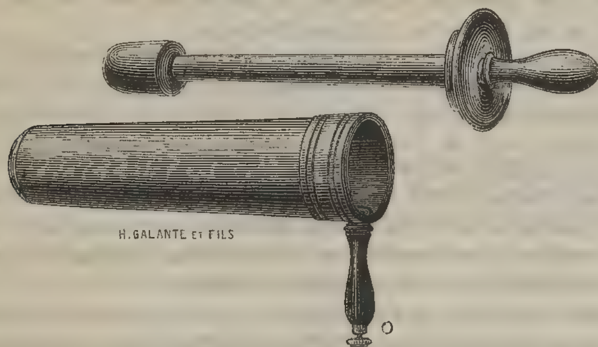


Fig. 1.

Ce spéculum a l'avantage, tout en servant à l'exploration de l'utérus et des parties profondes du vagin, de permettre au praticien d'électriser immédiatement la matrice, en laissant l'instrument en place sans être obligé d'introduire à nouveau un excitateur utérin, car, d'une part, le col de l'utérus est embrassé dans tout son pourtour par l'anneau métallique, et, d'autre part, le courant sera établi en appliquant l'autre pôle sur la paroi abdominale correspondante au fond de l'utérus.

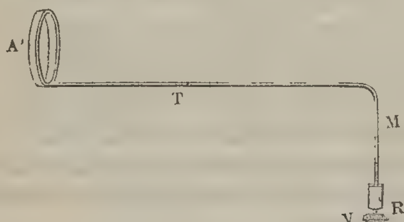
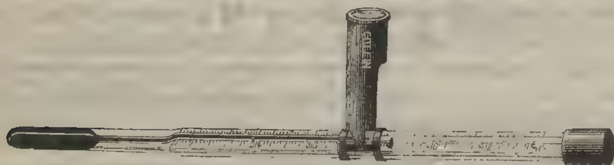


Fig. 2.

Les bons résultats obtenus par M. Seiler dans les différents cas où il a eu à employer ce spéculum, l'autorisent à assurer aux praticiens un succès certain dans bien des névroses utérines, ayant pour origine soit une lésion de nutrition, soit des irrégularités d'innervation.

Thermomètre à maxima de Bloch (de Genève).



Ce thermomètre à maxima est pourvu d'un système de lentilles grossissantes, glissant à coulisse le long de l'instrument, afin de rendre facile la lecture des chiffres et des dixièmes de degré.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des eaux minérales de la France et de l'étranger et de leur emploi dans les maladies chroniques (1), par M. le docteur Max Durand-Fardel.

La première édition de cet ouvrage date de vingt-cinq ans. Cette troisième édition a dû être complètement remaniée. Cependant l'auteur n'a rien eu à changer à la méthode suivie dans les éditions précédentes.

M. Durand-Fardel prend d'abord à part les eaux minérales elles-mêmes, avec leur constitution propre, leurs modes d'application et les conditions topographiques qui leur appartiennent : c'est la matière médicale des eaux minérales. Puis, il aborde le sujet de la thérapeutique sous une forme qui le met à même d'en formuler les règles et les applications, c'est-à-dire en rattachant la médication aux états morbides auxquels elle se trouve destinée.

La thérapeutique n'est autre chose que l'art de remplir les applications. Les applications de la thérapeutique ne se peuvent établir elles-mêmes que par la critique et la comparaison.

Rapprocher les eaux minérales des indications auxquelles elles se rapportent pour en déduire les règles de leurs applications; rapprocher les eaux minérales entre elles, afin d'en apprécier l'action comparative : telle est la méthode que l'auteur a dû suivre, et qui seule permet de faire entrer l'hydrologie médicale dans le domaine de la médecine pratique, au même titre que les autres agents de la thérapeutique.

On peut résumer le *Traité des eaux minérales* de M. Durand-Fardel en disant que l'auteur répond toujours, dans ce livre, à cette question si importante pour le praticien : « Un malade étant donné, faire connaître à quelle station thermale il devra être adressé. »

Phénomènes nerveux, intellectuels et moraux, leur transmission par contagion (1), par M. J. Rambosson, lauréat de l'Institut, officier de l'Instruction publique, etc.

La contagion des phénomènes nerveux, intellectuels et moraux est à l'ordre du jour, et préoccupe toutes les intelligences.

Cette contagion comprend les tics nerveux, les maladies épileptiformes, les affections mentales, depuis la folie la plus caractérisée jusqu'au simple égarement du sens commun, l'entraînement au suicide, à l'homicide, aux crimes de toute espèce, etc.

Aucun sujet n'intéresse davantage l'esprit humain, il touche aux questions les plus graves et les plus élevées. Dans une suite de mémoires lus et communiqués à l'Académie des sciences, à l'Académie des sciences morales et politiques et à l'Académie de médecine, M. Rambosson a traité ce sujet avec une clarté et une méthode qui lui ont valu le suffrage du monde savant.

De plus, il fait l'application de la loi de la *transmission* et de la *transformation du mouvement expressif*, qui explique cette contagion, au caractère essentiel du langage chez l'homme et chez l'animal, à la compréhension spontanée du langage et des beaux-arts, à leur développement normal, à leur influence sur le physique et sur le moral, etc., etc.

L'ouvrage qu'il nous donne aujourd'hui, non seulement développe ces Mémoires académiques, mais il aborde et éclaire une foule de questions nouvelles de la plus haute importance.

Cet ouvrage intéresse tous ceux qui ne veulent pas rester étrangers à ces questions si remplies d'intérêt et d'actualité.

M. le baron Larrey a présenté cet ouvrage à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, avec une appréciation des plus flatteuses pour l'auteur ; en terminant, il s'exprime ainsi : « Les recherches attentives, les citations érudites, les vues originales, les faits bien décrits et quelques planches explicatives, assignent un vrai mérite au nouvel ouvrage de M. Rambosson.

Leçons sur l'opération de la cataracte (2), par M. le professeur Badal.

Ces leçons sont précédées d'observations et mémoires divers que nous allons signaler à nos lecteurs.

L'auteur nous présente, d'abord, une contribution à l'étude des

---

(1) 1 vol. in-8. Prix : 10 fr. — Paris, Germer Baillière et Cie.

(1) Un volume in-8°. Prix : 6 fr. — Paris, Firmin-Didot et Cie.
(2) 1 vol. in-8. Prix : 6 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

causes de la cécité. Puis il étudie successivement la micropsie, la macropsie et la métamorphopsie rétiniennes; le blépharospasme; une forme rare de tumeur de l'orbite; un anévrysme artérioso-veineux de l'orbite; les leucomes cicatriciels. M. Badal nous présente ensuite une introduction à l'étude des maladies fonctionnelles des yeux. Il traite de la cataracte nucléaire sénile, de l'acuité visuelle; des tumeurs congénitales dermoïdes des globes oculaires. Il termine cette première partie de son travail par l'examen des yeux de 200 sourdes-muettes de l'Institution nationale de Bordeaux, et traite de l'étude de la paralysie traumatique des muscles de l'œil et de l'élongation des nerfs appliquée au traitement des névralgies du trijumeau.

La deuxième partie est consacrée aux leçons sur l'opération de la cataracte dans huit leçons. M. le professeur Badal fait l'anatomie topographique de l'hémisphère antérieur de l'œil; il passe en revue les principales méthodes opératoires; il expose le manuel opératoire de l'extraction à la clinique de l'hôpital Saint-André, et termine ces leçons par l'étude des accidents qui peuvent survenir pendant et après l'extraction de la cataracte.

Un tableau statistique des opérations de cataracte pratiquées à l'hôpital Saint-André, en 1881, nous fait, enfin, connaître le mouvement de la clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Bordeaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le choléra. — D'après les dernières nouvelles d'Égypte, l'épidémie n'a pas augmenté; cependant elle n'est pas non plus en décroissance et reste jusqu'à présent localisée à Damiette où elle fait chaque jour une centaine de victimes, à Mansourah où le nombre des morts est très faible, ainsi qu'à Port-Saïd et à Tantah.

Voici du reste les derniers chiffres :

	Damiette.	Mansourah.	Port-Saïd.	Tantah.
28 juin . . .	107	3	0	1
29 —	118	6	1	1
30 —	119	10	3	0

Les mesures les plus sévères ont été prises par le gouvernement français pour prévenir, dans la mesure du possible, toute invasion du choléra. Les instructions concernant la mise en quarantaine des navires ne s'appliquent pas seulement aux ports de la Méditerranée, mais à tous les ports du littoral français. De plus, le gouvernement va interdire l'importation en France d'un certain nombre de substances ou produits considérés comme plus particulièrement susceptibles d'être le véhicule du fléau, notamment les chiffons et les drilles.

A l'occasion du choléra en Égypte, le Conseil de santé international de Constantinople a désigné M. le docteur Léonard Arnaud pour se rendre sur le théâtre de l'épidémie afin d'y surveiller les mesures sanitaires.

— Le concours de l'agrégation de chirurgie et d'accouchements s'est terminé vendredi dernier 30 juin 1883, à sept heures du soir. En voici les résultats. Sont nommés :

Faculté de médecine de Paris. Chirurgie : 1° M. Kirmisson; 2° M. Paul Segond; 3° M. Campenon. — Accouchements : M. Ribemont.

Faculté de médecine de Bordeaux. Chirurgie : 1° M. Piéchaud; 2° M. Lagrange.

Faculté de médecine de Lille. Chirurgie : 1° M. Dubar; 2° M. Baudry.

Faculté de médecine de Lyon. Chirurgie : 1° M. Chandelux; 2° M. Polasson; 3° M. Sabatier. — Accouchements : M. Poullet.

Faculté de médecine de Nancy. Chirurgie : 1° M. Rohmer; 2° M. Baraban.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les candidats aux divers concours de clinicat qui doivent s'ouvrir le 11 de ce mois sont :

A. Clinicat chirurgical : MM. Prengrueber, Picqué, Routier, Garnier et Redard.

B. Clinicat médical : MM. Capitan, Derignac, Mathieu, Liandier, Comby, Siredey, Delpeuch, Bourcy, Duplaix et Brucher.

C. Clinicat des maladies mentales et nerveuses : M. Marie.

D. Clinicat d'ophtalmologie : MM. Bacchi et de Lapersonne.

— Les consignations pour thèses de doctorat seront reçues les lundis 2, 9 et 16 juillet 1883, et le mardi 17 juillet, dernier délai.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Traill, docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique chirurgicale.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14757.

5

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire ;— RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

31

Huile DE FOIE DE MORUE de Godin

au benzoate de fer.

M. le dr Bazin apprécie ainsi cette préparation : « Cette huile est mieux supportée par les ma- « lades que l'huile de foie de morue et le sirop « de fer administrés séparément ou combinés « ensemble; son action est plus efficace que celle « de ces deux agents donnés séparément. »

Paris, 96, faub. St-Martin, et toutes pharmacies.

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.— Prix : 5 fr.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

113

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

82

Globules du docteur de Korab

A L'HÉLÉNINE DE KORAB

90

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS: Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

17

Eau minérale de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON)

SEULE DÉCRÉTÉE D'INTÉRÊT PUBLIC.

Employée avec succès depuis plus d'un siècle **contre la goutte, la gravelle, les coliques néphrétiques et hépatiques, le catarrhe vésical et toutes les maladies des voies urinaires.**

Expéditions dans le monde entier.

DÉPÔT CENTRAL, à Paris, 31, boulev. des Italiens. En vente chez les pharmens et mds d'eaux minles.

50

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. DUVAL, seul élève de son père, le docteur V. DUVAL, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

97

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

71

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

6

Gravelle, Diathèse urique et phosphatique.

Pilules benzoïques Rocher

au *Bromure de lithium*, à *l'Essence de juniperus oxycedrus* et aux *Alcaloïdes du quinquina* (Quinine, Cinchonine, Cinchonidine).

Chaque pilule, du poids de 0g20, contient ces produits dans des proportions égales, et neutralise environ 0g50 d'acide urique.

Ces pilules ont obtenu un succès remarquable dans le traitement du **Catarrhe vésical, Cystite chronique, Néphrites et Coliques néphrétiques, Rhumatismes chroniques, Névralgies et Névroses du col de la Vessie**, et en général dans la plupart des affections des **Reins**, de la **Vessie**, de la **Prostate** et de l'**Urètre**.

LE FLACON DE 60 PILULES, **5 fr.**

Pharmacie ROCHER, 1, r. Perrée (Temple), Paris.

20

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilége qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

91

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Strasbourg, 10, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

124

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

103

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause *l'Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

41

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

19

Vichy, eau minérale naturelle

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire ; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac ; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire ; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr. ; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

N° 77. — JEUDI 5 JUILLET 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 5 JUILLET 1883. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Polyurie idiopathique, diabète salé. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. I. Pseudarthrose. — II. Épithélioma de la langue; opération par le procédé Roux-Sédillot. — THÉRAPEUTIQUE. Du perchlorure de fer dans la diphtérie. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Décidément, on a bien raison de dire que tout vient à point à qui sait attendre.

Quand, en 1870, dans la conférence médicale tenue au sujet de la variole et de la vaccine, on établissait sans conteste que le vaccin de génisse ne se transportait pas comme le vaccin d'enfant, M. Blot était au premier rang de ceux qui, en dehors de cette conférence, défendaient le vaccin de génisse. Quand, plus tard, M. Jules Guérin, reprenant cette même question, s'était fait fort de démontrer, par les lettres même des correspondants de l'Académie, l'infériorité incontestable du vaccin de génisse transporté à distance, M. Hervieux déclarait que cette infériorité prétendue avait disparu du moment où on avait défibriné le vaccin de génisse, et, contre M. Jules Guérin, M. Hervieux trouvait un appui dans M. Blot.

Aujourd'hui, il n'y a plus de lutte; M. Jules Guérin, n'ayant pas eu le temps de poursuivre jusqu'au bout le dépouillement complet de la correspondance académique, paraît avoir abandonné cette question; et voilà que M. Blot lui-même, dans le rapport officiel adressé au ministre par la commission de vaccine, apporte la démonstration que M. Jules Guérin avait promise.

Oui, au point de vue de la conservation du vaccin de génisse, sa défibrination n'était qu'un leurre.

Le même jour, l'Académie a adressé, par la même voie, avec les mêmes précautions, à un médecin qui exerce dans l'île de la Réunion, M. le docteur Azéma, un certain nombre de tubes de vaccin de génisse, d'une part, et un certain nombre de tubes de vaccin d'enfant, d'autre part. Des inoculations furent pratiquées parallèlement avec ces deux sortes de vaccin sur des individus indemnes de toute vaccination antérieure, et voilà le résultat que M. Blot proclame, d'après le rapport de M. le docteur Azéma : *Toutes* les vaccinations pratiquées avec du vaccin de génisse échouèrent, sans exception. *Toutes* les vaccinations pratiquées avec du vaccin d'enfant réussirent, sans exception. Le vaccin de génisse avait été défibriné avec le plus grand soin, suivant la méthode recommandée par M. Hervieux.

Il y a bien longtemps que l'on a publié paur la première fois des faits semblables. Mais jusqu'ici il leur avait manqué le contrôle et l'assentiment de la commission académique.

Qu'en faut-il conclure ?

Si l'on attribue le principe actif du vaccin à des petits organismes, suivant la doctrine de M. Pasteur, il en faut conclure que le contenu des vésicules de la génisse est un mauvais liquide de culture pour ces microbes. Ils y meurent vite : donc ils y vivent mal. Ils doivent s'affaiblir et dégénérer dans ce milieu qui leur convient peu.

Attendons-nous donc à voir bientôt la science officielle reconnaître aussi une autre donnée établie par la conférence vaccinale, la durée moins longue de l'immunité résultant de la vaccination animale, principalement quand le vaccin de génisse employé a été cultivé longtemps dans le même milieu défavorable, par transports successifs de génisse en génisse.

M. Proust a lu un savant mémoire sur une maladie qui sévit en ce moment dans certaines régions de l'Algérie et qu'il attribue à l'usage du Lathyrus cicer ou gesse. M. Le Roy de Méricourt y verrait plutôt une maladie de famine, analogue au béribéri. La discussion sur ce sujet doit se continuer dans la prochaine séance.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Polyurie idiopathique; diabète salé.

Je vais vous présenter un malade atteint d'une affection d'autant plus intéressante qu'on la rencontre assez rarement.

Il s'agit d'un homme de 32 ans, maigre, affaibli, sans antécédents pathologiques bien marqués. Il était autrefois garçon boulanger, mais, au bout de deux ou trois ans, il a été forcé de renoncer à sa profession et est retourné dans son pays, où il s'est fait garçon de ferme. Mais là encore le travail était trop fatigant pour lui.

Depuis trois ans environ, il sent ses forces diminuer de plus en plus; il est poursuivi par une soif vive en même temps que ses urines sont très abondantes; enfin son état général a encore été aggravé par le chagrin qu'il a ressenti à la mort de sa femme. Bref, sa santé est telle depuis quelque temps déjà qu'il est entré, à plusieurs reprises, dans les hôpitaux de Paris. En dernier ressort, il est venu à la Charité. Voici l'état dans lequel il se trouve actuellement : il est pâle, faible, maigre, et ne peut pas marcher longtemps, non

plus qu'il ne peut longtemps rester debout. Cependant il n'existe chez lui ni ataxie locomotrice, ni phénomènes de paralysie, mais une fatigue générale, ainsi que des douleurs lombaires qui vont en irradiant dans les cuisses, douleurs pour lesquelles on lui a déjà appliqué un certain nombre de pointes de feu. Il n'y a ni incontinence ni rétention des urines ou des matières fécales. La soif est toujours très vive ; il lui est arrivé même certain jour de boire sans désemparer 3 litres d'eau dans l'espace de quatre ou cinq minutes, sans pouvoir parvenir à se désaltérer. Les urines continuent à être rendues en abondance, 6 à 8 litres par jour; elles ont été, il y a quelque temps, jusqu'à 10 et 12 litres. L'appétit est faible; il n'y a pas de diarrhée, mais quelquefois des vomissements.

Les urines sont très décolorées, leur pesanteur spécifique varie entre 1001 et 1003 au lieu de 1014 à 1025 comme densité normale. Elles renferment pour 6 litres :

31g,42 de matières solides ;
10g, » d'urée ;
12g, » de chlorure de sodium ;
2g,95 de phosphates.

La proportion des matières salines est donc considérable, elle caractérise l'affection connue sous le nom de diabète insipide ou salé, par opposition à la maladie dénommée diabète sucré, dont elle se distingue par une polyurie spéciale.

Le diabète salé ou polyurie idiopathique est une affection rare; notre malade est le troisième cas que j'ai l'occasion d'observer depuis cinq ans. Elle semble appartenir surtout à l'âge adulte, aux hommes plus qu'aux femmes, dans la proportion de 2 sur 3. On la rencontre cependant aussi parfois chez les enfants, notamment chez les petites filles. Sa cause est encore bien peu connue ; on a invoqué une émotion morale, un refroidissement, un travail exagéré.

Deux phénomènes généralement associés la caractérisent : la polydipsie et la polyurie. Je pourrais vous citer l'observation d'un homme qui couchait la nuit entre deux seaux, l'un rempli d'eau, l'autre destiné à la miction. Cette soif excessive entraîne une grande sécheresse de la bouche et du palais. La quantité des urines rendues dans les vingt-quatre heures peut aller jusqu'à 25 litres. De là un besoin fréquent d'uriner tel que l'individu n'a plus de sommeil, qu'il est forcé, la nuit, de se lever toutes les demi-heures ou tous les trois quarts d'heure.

L'examen des urines, d'après ce que j'ai dit tout à l'heure, est très important, car il permet de distinguer le diabète salé ou insipide du diabète sucré. Ses caractères sont, en effet, je tiens à le rappeler, la décoloration presque complète, leur goût insipide, leur faible densité, 1001 à 1004 au lieu de 1028 à 1035 et même 1040, qui sont les chiffres du diabète sucré; la diminution de l'urée, l'augmentation des sels et des phosphates, enfin la diminution de l'acide urique.

Les autres phénomènes se rapportent au tube digestif; en effet, par suite de l'ingestion abondante de liquides dans l'estomac, le malade mange peu, l'estomac est dilaté, flatulent, la diarrhée est assez fréquente, les vomissements bilieux, muqueux, ne sont pas rares non plus ; la déperdition des forces est assez rapide ainsi que l'amaigrissement; les malades se plaignent assez souvent de douleurs dans les lombes et les membres inférieurs qui semblent être sous la dépendance, comme dans le cas actuel, de quelque affection de la moelle épinière. L'un de mes anciens malades nous a également présenté ce fait intéressant, qu'il était entré dans le service pour un mal de Pott et que nous avons vu naître et se développer sous nos yeux la polyurie salée. Enfin les malades sont fréquemment anaphrodisiaques ; celui qui est actuellement dans nos salles est également dans ce cas ; l'anaphrodisie, cependant, est toujours moins prononcée que dans le diabète sucré.

La maladie qui nous occupe se termine rarement par la guérison, car la polyurie qui la caractérise n'est pas accidentelle, mais bien idiopathique. J'ai vu parfois une amélioration survenir dans l'état des malades, je n'ai jamais constaté de guérison. Le diabète insipide ou salé dure quelques années pendant lesquelles les malades vont en s'affaiblissant chaque jour de plus en plus, jusqu'au moment où la moindre affection intercurrente, qui, en d'autres cas, serait absolument bénigne, emporte le malade.

Le diabète sucré se termine souvent par la tuberculose, laquelle n'accompagne jamais, au contraire, le diabète salé, où le malade meurt soit de consomption, soit par le fait d'une affection intercurrente quelconque. En résumé, le pronostic du diabète salé est toujours grave, toujours plus grave que celui du diabète sucré.

Quant au diagnostic, il ne présente guère de difficultés. En effet, l'examen des urines distingue nettement le diabète salé du diabète sucré ; la néphrite interstitielle n'est jamais accompagnée d'une polyurie aussi considérable, la densité des urines est moins diminuée, et celles-ci renferment de l'albumine et surtout de l'uro-hématine.

La nature de la maladie est encore inconnue jusqu'à présent, et lorsqu'on a parlé de névrose, ce n'était, en réalité, que pour cacher l'ignorance où l'on était à cet égard.

Le traitement du diabète salé est des plus pauvres, vu le peu de résultats qu'il a donnés jusqu'à ce jour; c'est bien plutôt un traitement palliatif qu'un traitement curatif. Les médicaments les plus usités sont ceux qui agissent sur le système nerveux : l'opium que l'on a conseillé pour diminuer les sécrétions, la belladone, l'atropine, etc. Trousseau a préconisé la valériane, mais il n'a pas obtenu grand succès; M. Rendu, l'ergot de seigle ; M. Robin s'est bien trouvé, dit-il, du jaborandi.

Nous avons prescrit tout d'abord à notre malade de la valériane; en ce moment il est au bromure de potassium qui semble avoir calmé quelque peu les douleurs lombaires. Très prochainement nous le soumettrons au jaborandi, comme un dérivatif sur la peau et les glandes salivaires, à la dose de 2 à 3 grammes. On a conseillé aussi les bains sulfureux, les bains de vapeur, l'hydrothérapie, les courants continus. Enfin on a recommandé les toniques sous toutes les formes pour soutenir les forces du malade ainsi qu'une alimentation salée afin de réparer les pertes journalières en chlorure de sodium.

Mais, je le répète en terminant, tous ces moyens n'ont donné encore que de très médiocres résultats.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Pseudarthrose. — II. Épithélioma de la langue; opération par le procédé Roux-Sédillot.

Nous avons ce matin deux opérations à pratiquer, l'une assez simple, l'autre beaucoup plus laborieuse, et qui va nous demander un certain temps : aussi je ne vous entre-

tiendrai qu'assez brièvement de chacun de ces deux malades.

I. Le premier est un homme de près de cinquante ans, d'une assez bonne constitution, qui a eu la cuisse gauche fracturée, il y a un peu plus d'un an, — au mois de mars 1882, — à peu près au niveau de la réunion du cinquième supérieur du fémur avec ses quatre cinquièmes inférieurs. Cette fracture s'est consolidée par un cal fibreux ou plutôt ne s'est pas consolidée du tout, de telle sorte que nous sommes en présence, chez cet individu, d'une véritable pseudarthrose avec chevauchement des fragments et raccourcissement du membre inférieur de 3 centimètres environ. L'impotence qui en résulte a amené cet homme dans notre service afin que nous puissions y remédier. Voici donc en quoi consistera l'opération que nous allons pratiquer : nous inciserons la peau sur une petite étendue, jusqu'au niveau de l'os, avec le bistouri; puis, nous servant de la mèche d'un perforateur, nous traverserons le cal fibreux; après quoi nous ferons passer un double fil d'argent à travers cette ouverture osseuse afin de déterminer un degré d'inflammation suffisante pour obtenir l'ossification du cal. Enfin nous appliquerons la méthode antiseptique, c'est-à-dire le pansement de Lister, afin de nous garantir de tout phlegmon de la cuisse. Le membre inférieur sera placé ensuite dans une gouttière qui nous permettra de surveiller la marche de la plaie que nous aurons produite. Plus tard nous appliquerons soit l'appareil Scultet, soit un appareil plâtré, soit, si cela nous paraît nécessaire, un appareil inamovible.

II. Passons maintenant au malade auquel nous allons pratiquer l'autre opération. Il s'agit d'une extirpation à peu près complète de la langue pour un cancer de cet organe. Le mal a envahi non seulement la langue, mais il a gagné encore le pilier du côté gauche du voile du palais et s'accompagne d'un véritable chapelet ganglionnaire. Pourquoi, me direz-vous, opérer devant une pareille extension du cancer? Je vais opérer, parce que le pauvre homme se plaint de souffrir horriblement, et j'opérerai très largement afin d'obtenir une trêve, la plus longue possible, car c'est le seul moyen d'y parvenir.

En effet, j'ai en ce moment, en ville, un client qui a été opéré d'un cancer de la langue également, par un de mes confrères des hôpitaux. Au bout de quelque temps le mal récidivait et d'une façon très douloureuse. C'est alors que j'ai été prié, à mon tour, d'intervenir avec deux de mes collègues des hôpitaux, MM. Félizet et Henriet. Dans cette seconde opération, nous avons enlevé les deux tiers de la langue ainsi que toute la région sus-hyoïdienne. L'opération a eu lieu il y a deux ans, et depuis ce temps notre opéré jouit d'une très bonne guérison. Jusqu'à quand durera-t-elle, je ne saurais le dire, néanmoins c'est là déjà un très beau résultat.

J'ai montré ici même, l'année dernière, un homme auquel j'avais enlevé la totalité de la langue ; une trêve assez longue en a été aussi le résultat. Il n'est mort que dix-huit mois plus tard de ganglions carotidiens.

L'opération que je vais pratiquer aujourd'hui exige que nous fassions une large ouverture, vu l'extension du mal profondément en arrière et le nombre des ganglions également atteints. En pareilles conditions, deux procédés se présentent. Le premier, ou procédé de Rizzoli, réhabilité par Billroth, consiste dans une incision parallèle au bord de la mâchoire, afin d'enlever tout d'abord les ganglions sous-maxillaires ; puis, pressant la langue avec une érigne, on essaye de la luxer et on la coupe ensuite à son aise dans le point qu'on s'est fixé. Ce procédé est excellent, mais à la condition que le cancer ne s'étende pas trop loin en arrière.

Le second est celui de Roux-Sédillot : c'est celui qui convient le mieux dans les cas semblables à celui que nous avons sous les yeux en ce moment, où le mal a envahi la langue jusque dans sa partie profonde, c'est-à-dire trop loin en arrière pour pouvoir la luxer. Ce procédé consiste à inciser les parties molles d'abord sur la ligne médiane, puis sur les parties latérales, ensuite à pratiquer l'extirpation de la masse ganglionnaire. On scie ensuite la mâchoire sur la ligne médiane, de telle sorte que la bouche s'ouvre comme les deux battants d'une fenêtre et donne toute la clarté désirable pour l'enlèvement de la langue. On aborde ainsi toutes les parties malades avec la plus grande facilité ; on extirpe, comme l'on veut, toute la région atteinte par le néoplasme que l'on peut suivre jusque dans les points les plus reculés. L'opération terminée, on rapproche les deux branches du maxillaire inférieur ainsi que les parties molles, en ayant soin de placer un drain dans la plaie.

Le procédé Roux-Sédillot, ainsi dénommé du nom de leurs auteurs, est certainement le meilleur et le seul réellement pratique dans les cas analogues à celui du malade que nous avons à opérer aujourd'hui; mais il a aussi sa gravité, nous ne devons pas nous le dissimuler, parce qu'il peut entraîner la mort du malade et celui-ci peut succomber de deux manières différentes qu'il est très important de connaître.

Il peut mourir, en effet, de septicémie buccale, la vaste plaie que l'on est forcé de faire se trouvant forcément en contact par son siège même, par la nature même des organes lésés, avec la salive, avec l'air extérieur, avec les liquides alimentaires dont on nourrira l'opéré, etc., etc., c'est-à-dire avec une foule de causes susceptibles de favoriser le développement d'accidents septiques graves. Le malade peut aussi succomber à l'inanition, mourir de faim.

Il ne peut plus, en effet, avaler, ou plutôt il avale très mal, si mal même que les éléments liquides, les seuls auxquels on puisse avoir recours, peuvent être entraînés dans les voies aériennes et déterminer une pneumonie gangréneuse. C'est pourquoi on se servait autrefois de la sonde œsophagienne, mais celle-ci a aussi de graves inconvénients ; on la remplace avantageusement aujourd'hui par une sonde en caoutchouc rouge que l'on introduit non par la voie buccale, mais par l'une des narines. Cette sonde m'a rendu maintes fois de grands services en permettant d'alimenter les malades. L'un d'eux, entre autres, qui, lors d'une première opération, avait vivement souffert de la faim et de la soif, fut, après une seconde opération, très grandement soulagé par l'introduction à demeure de cette sonde. Malheureusement tous les malades ne la supportent pas très bien, quoiqu'on les y prépare pendant plusieurs jours avant l'opération. Celui que nous allons maintenant opérer est dans ce cas et ne supporte guère sa sonde plus de cinq à six minutes : c'est suffisant pour lui donner les aliments dont il aura besoin, mais cela nécessite de renouveler le cathétérisme chaque fois qu'on veut lui donner à manger.

THÉRAPEUTIQUE

Du perchlorure de fer dans la diphtérie.

Par M. le docteur E. Dinaud.

Si l'histoire de la diphtérie est aujourd'hui parfaitement connue, grâce aux éminents travaux qui se sont succédé depuis Bretonneau jusqu'à nos jours, il reste cependant encore bien des points à éclaircir sur la question si grave du traitement.

Pour bien en saisir toutes les indications, il suffit de se reporter aux travaux du docteur Bouchut, qui les a tracées de main de maître.

Trois indications résument la thérapeutique de la diphtérie :

1° Détruire la diphtérie sur place avant l'absorption et la généralisation du mal, telle est la base du traitement au début;

2° Empêcher la formation des fausses membranes en modifiant la composition du sang;

3° Applications locales.

Nous voulons nous borner, dans cette note, à faire ressortir l'utilité de l'emploi du perchlorure de fer dans les deux premières indications.

C'est bien pour remplir la première indication que l'on a cherché à détruire le mal sur place. On a donc cautérisé les plaies diphtéritiques avec les acides chlorhydrique ou azotique, avec le perchlorure de fer, avec le nitrate d'argent, avec le fer rouge.

C'est Aubrun qui, le premier, a eu la pensée d'employer le perchlorure de fer. Mais il ne se bornait pas à faire appel à l'action caustique de ce médicament, il alla plus loin. Pensant pouvoir ainsi empêcher la formation des fausses membranes en modifiant la composition du sang, il donnait à l'intérieur le perchlorure de fer, à la dose de 2 à 15 grammes par jour.

Cette médication lui avait donné de bons résultats; mais on ne semblait pas entièrement fixé sur l'efficacité réelle de ce remède, quand M. Jules Simon reprit en main la manière de faire d'Aubrun, et nous allons voir ce qu'en pense cet éminent clinicien.

Dans une leçon sur l'emploi du fer chez les enfants, M. Jules Simon s'exprime ainsi :

« L'emploi du perchlorure de fer à l'intérieur dans la diphtérie a été préconisé d'abord par Aubrun. Je m'y suis rallié, et, par contre, j'ai renoncé à l'emploi du chlorate de potasse que je prescrivais autrefois, en outre des toniques et des stimulants de toute espèce. Je donne donc aujourd'hui systématiquement à mes petits malades atteints de la diphtérie, une à deux gouttes de perchlorure de fer dans un peu d'eau, toutes les deux heures, au moment de l'ingestion d'une tasse de bouillon, pas de lait bien entendu, qui se transformerait en caillots indigestes.

« Une expérience faite par M. Regnard, aujourd'hui professeur de physiologie à l'Institut national agronomique, alors qu'il était mon interne, permet de se rendre compte de l'action favorable du perchlorure de fer dans la diphtérie.

« M. Regnard mettait dans un ballon de verre du sang de diphtéritique; dans un autre, du sang d'enfant ayant succombé à une maladie chronique quelconque, et il agitait les deux ballons en y faisant arriver un courant d'oxygène. Le sang du second ballon reprenait bientôt, au contact de l'oxygène, une couleur rutilante; le sang diphtéritique restait noir et poisseux, il était devenu impropre à toute oxygénation.

« Puisque le poison diphtéritique empêche le sang de s'oxygéner, le fer peut lui rendre sa propriété absorbante pour l'oxygène en régénérant son hémoglobine. Peut-être aussi l'acide chlorhydrique du perchlorure de fer agit-il en activant la digestion et la nutrition, comme le veut Luton lorsqu'il prétend avec exagération que toute l'utilité du sel ferreux provient de la mise en liberté de l'acide? D'ailleurs, les propriétés hémostatiques du perchlorure de fer sont à rechercher dans l'empoisonnement diphtéritique. Il convient donc à ce double titre.

« En tout cas, je le répète, quelle que soit l'explication véritable du fait, je crois rendre service à mes diphtéritiques par l'emploi du perchlorure de fer, et en l'associant aux toniques et aux stimulants, combattre, dans la mesure du possible, l'intoxication diphtéritique. »

On voit, par cette citation, comment M. Jules Simon accepte et complète la manière de faire d'Aubrun.

Si nous en venons à l'application, il est certain qu'il faut employer chez l'enfant, qui ne peut avaler, le perchlorure à l'état liquide; mais il ne faut pas oublier que, chez l'adolescent et chez l'adulte, on rencontre un grand nombre de sujets qui ne peuvent avaler le perchlorure de fer à l'état liquide. C'est alors qu'il faut avoir recours au perchlorure sec. Les dragées de Carbonel sont alors tout indiquées. Ces dragées sont inaltérables; elles sont dosées à 0g,05 de sel sec, ce qui représente *quatre gouttes* de la liqueur normale à 30°.

Nous venons de voir qu'Aubrun portait la dose du perchlorure liquide, pris à l'intérieur, à la dose de 2 à 15 grammes par jour. Cette dose nous semble exagérée; on obtient d'excellents résultats de 2 à 6 grammes par jour.

Il faut commencer par une dragée toutes les deux heures; puis on porte la dose à une par heure, pour arriver à trente dans les vingt-quatre heures, cette dose représentant exactement 6 grammes de perchlorure de fer liquide à 30°.

Nous n'avons jamais eu à dépasser la dose de 6 grammes par jour. L'amélioration a toujours été très sensible dès la dose de 3 grammes, et c'est tout à fait exceptionnellement que nous avons eu à porter la dose jusqu'à 6 grammes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Alison, intitulé : *Considérations sur l'étiologie et le traitement de la pneumonie biliaire aiguë;*

2° Divers travaux du même auteur, présentés par M. Vulpian, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

M. le Président a le regret d'annoncer le décès de M. Filhol, doyen de la Faculté des sciences de Toulouse, membre associé national de l'Académie.

LECTURE

Du lathyrisme médullaire spasmodique. — M. Proust a été appelé dernièrement à observer une affection qui sévissait en Algérie sur une assez grande étendue de terrain, particulièrement dans une région montagneuse faisant partie de la Kabylie.

Il a recueilli onze observations, et il en cite un grand nombre d'autres, dont la plupart lui ont été communiquées par M. Pœngrueber, médecin de colonisation à Palestro. Il en résulte que, chez presque tous les malades, les premières manifestations du mal, qui se sont produites brusquement après une nuit froide et humide, ont consisté d'abord en douleurs de reins et phénomènes paralytiques portant toujours sur le mouvement, quelquefois sur la sensibilité, affectant rarement le membre supérieur, toujours les membres inférieurs et la vessie, et intéressant quelquefois les organes génitaux.

L'attitude de quelques malades est tout à fait caractéristique; la marche est difficile, pénible; tous ou presque tous ont besoin d'un bâton pour se maintenir. Ils ont de la raideur des deux membres inférieurs. Leurs talons ne touchent pas le sol, ils marchent sur la pointe du pied, les orteils recourbés et les ongles usés. Le pied est dans l'extension et l'adduction; on voit sur le bord interne, particulièrement au gros orteil, des cicatrices, qui sont le résultat d'écorchures qu'ils se sont faites en marchant. Le phénomène du genou est très exagéré; il en est de même des mouvements épileptoïdes obtenus par le redressement du pied.

Nulle part, M. Proust n'a constaté de troubles oculaires, ni de douleurs fulgurantes, ni aucun phénomène d'ataxie.

Plusieurs des malades qui ont présenté tout le cortège symptomatique précédemment décrit sont aujourd'hui complètement guéris, quelques-uns sans aucun traitement.

Jusqu'ici il n'y a encore eu aucune autopsie. Cependant l'explication n'est pas impossible. Les choses se sont passées comme si l'on avait eu affaire au début à une myélite transverse ou à une hémorragie de la moelle, et qu'à cette lésion eût succédé une dégénérescence secondaire des cordons latéraux.

Ce qui domine l'étiologie, c'est que tous les Arabes ou Kabyles qui ont ressenti ces accidents, avaient mangé des gesses ou *djilbes*, comme ils les appellent; d'une autre part, l'on n'a pas constaté un seul accident dans les tribus où ce mode d'aliment n'existait pas.

Cette étiologie se trouve d'ailleurs éclairée par l'histoire.

En 1770, Duverney appelle le premier l'attention sur les propriétés nuisibles de la gesse, capable de produire une paralysie des membres inférieurs.

Depuis lors Vilmorin, Desparanches, Targioni, Lazioli, Rellic-cotti, etc., arrivent aux mêmes conclusions.

Plus récemment, le docteur Janus Irving, dans un article traduit en 1861 par la *Gazette des hôpitaux*, apportait la démonstration incontestable de la production d'accidents paralytiques à la suite de l'usage de la gesse cultivée.

En 1880, le docteur Brunelli communiqua, au Congrès international de Londres, plusieurs observations de lathyrisme.

Dernièrement, M. Grégoire (de Parme), le professeur Bourlier (d'Alger), M. Marie, interne de M. Charcot, ont publié des travaux fort intéressants sur le lathyrisme, dans lequel existe, suivant ce dernier, du *tabes spasmodique*.

On s'est demandé si l'action nocive des gesses ne serait pas due à une rouille ou à une moisissure quelconque.

Il se produirait là un fait analogue à ce qui existerait pour la pellagre, par exemple, où un parasite du maïs produit la maladie. On fait valoir, à l'appui de cette supposition, que les accidents produits par les gesses ont été observés en temps de disette, dans les années humides.

Mais l'examen, souvent renouvelé, des graines ne permet pas d'adopter cette opinion.

Les accidents se produisent quand la farine de gesse entre pour moitié dans la composition de l'aliment.

On a d'ailleurs observé des accidents semblables sur des animaux, des chevaux, des bœufs, des porcs. En voici un exemple entre mille, rapporté par M. Verrier (de Rouen) :

Le 18 octobre 1867, la gesse entra dans la ration de 94 chevaux d'un même établissement d'omnibus, dans la proportion de 2 litres par cheval et par jour mélangée à 13 litres d'avoine. Cette ration, diminuée d'abord à 1 litre 1/2, puis 1 litre, puis reprise à 2 litres, fut continuée jusqu'au 29 janvier.

25 de ces chevaux furent atteints de lathyrisme, 9 moururent de paralysie ou de cornage ayant amené l'asphyxie, 20 sont encore aujourd'hui porteurs de tubes, qui leur sont indispensables, tous continuant à corner.

M. Proust raconte le résultat de quelques expériences, jusqu'ici incomplètes, faites sur des animaux, et il conclut ainsi :

1° L'affection observée dans les montagnes de la Kabylie en 1882 et 1883 est due à l'absorption de diverses légumineuses et particulièrement du lathyrus cicer;

2° Le froid paraît avoir agi, dans certains cas, comme cause secondaire;

3° La détermination anatomique a lieu du côté de la moelle épinière; il s'agit, au début, de symptômes de paraplégie brusque qu'occasionne soit une myélite transverse, soit une hémorragie de la moelle, affection à laquelle succède le syndrome du tabes dorsalis spasmodique, syndrome indiquant une dégénérescence secondaire des cordons latéraux;

4° Cette affection peut être désignée sous le nom de *lathyrisme médullaire spasmodique*, dénomination qui indique à la fois le rôle étiologique, la légumineuse incriminée, la détermination anatomique de l'affection et l'explication symptomatique la plus saisissante;

5° Le lathyrisme est curable et il est évidemment amélioré par des applications révulsives le long de la colonne vertébrale et l'administration du bromure de potassium à l'intérieur;

6° Il incombe à l'hygiène publique et sociale de faire disparaître cette maladie d'alimentation.

DISCUSSION

M. **BOULEY** se propose de revenir dans la prochaine séance sur cette question du lathyrisme, au point de vue de la médecine vétérinaire et des expériences sur les animaux.

M. **LE ROY DE MÉRICOURT** a remarqué particulièrement, dans la communication de M. Bouley, ce fait capital que le lathyrisme est une affection de famine. Or il existe une autre affection qui se produit également dans les temps de famine et qui est également caractérisée par des paralysies du cornage, etc. C'est le béribéri, qui se produit non seulement dans l'extrême Orient, mais dans le Brésil. On l'a même observé à Paris, durant le siège, sous l'influence d'une alimentation absolument insuffisante. Il eût été bon de comparer au béribéri cette maladie que M. Proust attribue à l'intoxication produite par le lathyrus.

M. **PROUST** ne connaît pas le béribéri ; mais il lui semble que les expériences sur les animaux et les observations de chevaux empoisonnés par le lathyrus ne laissent aucun doute sur la certitude de l'étiologie proposée.

M. **ROCHARD** est d'opinion que le béribéri diffère du lathyrisme par des caractères qui ne permettent pas de confondre ces deux affections. Le béribéri se caractérise principalement par des hydropisies, qui manquent dans le lathyrisme. Il porte sur les quatre membres, produit du cornage, etc.; tandis que le lathyrisme ne porte son action que sur la partie inférieure du corps. Le lathyrisme a certainement pour siège anatomique la région lombaire de la moelle épinière, région où se produit alors une myélite transverse occupant tout au plus quelques centimètres de hauteur. Au contraire, dans le béribéri, toutes les régions de la moelle peuvent être affectées.

M. **PROUST** n'a pas insisté sur les phénomènes qui se passent du côté des membres supérieurs dans le lathyrisme, parce qu'il a tenu à ne parler que de ce qu'il avait vu lui-même. Mais il existe des observations en assez grand nombre qui démontrent que le lathyrisme peut porter son action sur toute la hauteur de la moelle épinière. D'ailleurs, les accès de suffocation et de cornage qui ont été notés chez les animaux empoisonnés par le lathyrus, ne peuvent s'expliquer que par une propagation de la maladie jusqu'aux origines du pneumogastrique.

M. **LUNIER** ne voit pas en effet, jusqu'à présent, de très grandes différences entre le béribéri et le lathyrisme. Il serait important d'étudier la nature des aliments dont se servent, durant les famines, les populations chez lesquelles se voit le béribéri.

M. **LE ROY DE MÉRICOURT** rappelle que deux affections à formes distinctes ont été confondues sous le nom de béribéri. Il fut un temps où l'on voulut les distinguer l'une de l'autre, réservant le nom de *béribéri* pour les cas dans lesquels se produisait de l'hydropisie, et appelant du nom de *barbier* les cas dans lesquels les principaux phénomènes observés étaient de nature médullaire, semblables à ceux du lathyrisme. Ces cas sont encore plus fréquents dans le Brésil que les premiers. Mais aujourd'hui on ne maintient plus cette distinction, d'autant plus que le mot *barbier* est une dérivation directe du mot *béribéri*, transformé d'abord par les Arabes en *bharbhara*. D'ailleurs les hydropisies se joignent aux phénomènes paralytiques chez un grand nombre de malades.

La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

RAPPORT

M. **BLOT**, au nom de la commission de vaccine, lit le rapport relatif à l'année 1881.

L'Académie se forme en comité secret.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Programme des questions pour les prix à décerner aux médecins et aux pharmaciens militaires en 1884.

Par application de la circulaire du 5 juin 1883, instituant des prix en vue d'encourager les travaux scientifiques des officiers du corps de santé militaire, le ministre de la guerre a décidé, sur la proposition du comité consultatif de santé, que les questions suivantes seraient données comme sujet de concours en 1884 :

Médecine. — Des complications des oreillons dans l'armée.

Chirurgie. — Des moyens de simplifier les pansements antiseptiques dans la chirurgie d'armée.

Pharmacie. — Du vin de raisins secs : sa fabrication ; des moyens de le distinguer des vins naturels et de le reconnaître mélangé à ces derniers.

Les médecins et pharmaciens militaires qui participeront au concours devront, autant que possible, faire transcrire leurs mémoires par une main étrangère, et seulement sur le recto de chaque page.

L'épigraphe, qu'ils placeront en tête, sera répétée sur une enveloppe fermée de trois cachets à la cire et contenant la signature, les nom, prénoms et emploi de l'auteur ; cette enveloppe sera enfermée dans une autre à l'adresse du ministre de la guerre.

Les mémoires devront être envoyés directement au ministre (7e direction, bureau des hôpitaux), avant le 15 novembre 1884.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le choléra. — Les dernières nouvelles d'Égypte sont mauvaises ; non seulement le chiffre des décès augmente à Damiette principalement, mais encore le choléra a éclaté à Alexandrie, où il y a eu un décès. On signale aussi des cas de maladie à Tantah, à Samanoud, à El Arich et à Kantarah.

	Damiette.	Mansourah.	Samanoud.	Alexandrie.	Chibine.
1er juillet.	157	8	5	0	0
2 —	105	16	3	1	1

— *Concours d'agrégation.* — Voici les questions données jusqu'à ce jour pour les candidats de la section d'anatomie et physiologie (leçon d'une heure après vingt-quatre heures de préparation) ;

M. Reynier : Structure de la peau ; des sécrétions cutanées. — M. Variot : Les cavités du cœur ; de la circulation intra-cardiaque. — M. Sadler : Du tissu érectile chez l'homme et chez la femme (s'est retiré du concours). — M. René : La cavité thoracique ; phénomènes mécaniques de la respiration. — M. Demon : Les voies spermatiques ; de la spermatogénèse. — M. Debierre : Les méninges ; le liquide encéphalo-rachidien.

— Les épreuves pratiques auront lieu : 1° pour les candidats de la section d'anatomie et de physiologie, les lundi 9 et mardi 10 juillet 1883 ; 2° pour les candidats de la section d'histoire naturelle, le mercredi 11 juillet 1883.

— La remise des thèses pour les candidats des deux sections est fixée au mercredi 25 juillet, quatre heures du soir, à la Faculté.

— *Concours du clinicat.* — Le jury des divers concours du clinicat est ainsi composé :

1° Clinicat chirurgical : MM. Gosselin, Verneuil, Le Fort, Panas et Duplay ;

2° Clinicat ophtalmologique : MM. Panas, Le Fort, Trélat, Duplay et Béclard ;

3° Clinicat médical : MM. Germain Sée, Hardy, Jaccoud, Peter et Bouchard ;

4° Clinicat des maladies nerveuses : MM. Charcot, Hardy, Peter, Germain Sée, Bouchard et Jaccoud.

La première séance du concours pour les clinicats médical et des maladies nerveuses aura lieu lundi prochain 9 juillet 1883, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. Les opérations commenceront immédiatement.

La première séance du concours pour les clinicats chirurgical et ophtalmologie aura lieu lundi prochain, 9 juillet 1883, à neuf heures du matin, à la Faculté de médecine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les candidats au cinquième examen de doctorat sont prévenus qu'ils subiront leur examen dans la semaine du 16 au 21 juillet 1883. Des séries spéciales seront organisées le matin.

— La session du Conseil académique de Paris a été close vendredi 29 juin 1883. Dans cette dernière séance, le Conseil a examiné la question de la création d'un doctorat ès sciences médicales d'un caractère scientifique plus strict que le doctorat en médecine actuel, devenu surtout un brevet professionnel. C'est pour la seconde fois que ce sujet venait en délibération.

Le Conseil a écarté une fois de plus la création de ce diplôme tel qu'on l'avait conçu jusqu'ici, c'est-à-dire embrassant toutes les sciences médicales. Mais, sur la proposition de la Faculté de médecine de Paris, et après un intéressant rapport de M. le professeur Béclard, doyen de cette Faculté, il a voté à l'unanimité les deux propositions suivantes :

1° Qu'il soit institué un doctorat ou diplôme supérieur pour les trois sciences qui sont la base de la médecine scientifique, savoir : l'anatomie, l'histologie et la physiologie ;

2° Que pour délivrer ce diplôme strictement scientifique et supposant des recherches originales et des travaux personnels, il n'y ait qu'un jury pour toute la France, un jury d'État, dont les membres, désignés par le ministre de l'instruction publique, seraient pris parmi les professeurs des Facultés de médecine de France.

— Par décision ministérielle en date du 29 juin 1883, les médecins et pharmaciens militaires, dont les noms suivent, ont été désignés, savoir :

M. Quod, médecin-major de première classe des hôpitaux du corps de Tunisie, pour l'hôpital de Nice.

M. Boncour, médecin-major de première classe des hôpitaux de la division d'Oran, pour l'hôpital de Belle-Isle-en-Mer.

M. Gayda, médecin-major de première classe à l'hôpital de Belle-Isle-en-Mer, pour l'hôpital de Rennes (pour ordre).

M. Maljean, médecin-major de première classe, provisoirement au bataillon du 115e d'infanterie détaché en Tunisie, pour le 93e d'infanterie.

M. Demandre, médecin-major de deuxième classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour le 3e hussards.

M. Moreau, médecin aide-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour le 10e dragons.

M. Desmons, médecin aide-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour le bataillon du 38e d'infanterie, détaché en Tunisie.

M. Colin, médecin aide-major de première classe du 35e d'artillerie, détaché en Tunisie, pour rentrer audit régiment.

M. Comte, médecin aide-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour le 118e d'infanterie.

M. Leprêtre, médecin aide-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour le 2e d'artillerie.

M. Courtot, médecin aide-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour le 21e d'infanterie.

M. Cahier, médecin aide-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour le 127e d'infanterie.

M. Hussenet, médecin aide-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour le bataillon du 115e d'infanterie, détaché en Tunisie.

M. Morand, médecin aide-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour les escadrons du 11e hussards, détachés en Tunisie.

M. Lambert, médecin aide-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour le bataillon du 6e d'infanterie, détaché en Tunisie.

M. Roeser, pharmacien-major de deuxième classe, provisoirement aux hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour l'hôpital de Marseille.

M. Armandy, pharmacien aide-major de première classe à l'hôpital de Marseille, pour l'hôpital de Briançon.

M. Évesque, pharmacien aide-major de deuxième classe de l'hôpital de la Charité, à Lyon, détaché à l'hôpital de Briançon, pour rentrer à la Charité.

— Le ministre de l'instruction publique d'Italie vient de publier les conditions d'un concours *international* consistant dans un ouvrage sur l'application de la méthode expérimentale dans les sciences. Les manuscrits, rédigés en langue italienne ou latine, seront reçus jusqu'au mois d'octobre 1884 par le secrétaire de la Faculté de médecine et de chirurgie de Florence. Une somme de 5,000 francs sera décernée à l'auteur du meilleur ouvrage sur cette question.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique publique le dimanche 8 juillet 1883, à Noisy-le-Sec et Romainville. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare de l'Est, où l'on prendra, à neuf heures-quarante-cinq minutes, le train pour Noisy. On sera rentré à Paris avant quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14769.

N° 78. — SAMEDI 7 JUILLET 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 7 JUILLET 1883. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Parotide double survenue au début d'une fièvre typhoïde et terminée sans suppuration. — Phlegmons anthracoïdes et anthrax malins de la région parotidienne. — Les arthrites blennorragiques. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Parotide double survenue au début d'une fièvre typhoïde et terminée sans suppuration.

Dans une précédente Revue clinique, nous avons parlé d'un fait de parotide survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde bénigne et qui a guéri sans suppuration.

Un autre fait, tout à fait semblable, vient de se présenter à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rigal.

Un jeune homme de 22 ans, journalier, né à Paris, entra, le 20 juin dernier, salle Saint-Jean, n° 21, présentant une tuméfaction assez notable des deux régions parotidiennes.

Il raconta que, depuis cinq à six jours, il ressentait un grand mal de tête, beaucoup de faiblesse, un manque absolu d'appétit. Il avait dû cesser son travail et avait pris le lit, chez lui, espérant qu'un peu de repos le remettrait. Mais, au contraire, il s'était senti beaucoup plus souffrant le 20 juin, et c'est pourquoi il s'était décidé à se faire transporter à l'hôpital. Dans le trajet seulement, il s'était aperçu qu'il avait la figure enflée, de chaque côté, vers l'angle de la mâchoire inférieure. Il avait beaucoup de fièvre. En effet, on trouva le soir de l'entrée 40° de température axillaire, et le lendemain matin 40°,8.

La température resta élevée les jours suivants, oscillant autour de 40° ; la langue était sèche, fuligineuse, l'aspect typhique ; il y avait par moment un peu de sous-délire ; mais on ne trouve pas de taches rosées lenticulaires ; il n'y eut jamais de diarrhée, jamais de sensibilité vive ou de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; ce qui dominait, c'étaient le mal de tête, l'oppression et les phénomènes pulmonaires. Une congestion très intense à la base des deux poumons, plus accusée tantôt d'un côté et tantôt de l'autre, nécessita l'application de vésicatoires.

Dès le quatrième jour à partir de l'entrée, les parotidites avaient bien diminué, et elles disparurent bientôt après.

La température baissa graduellement, mais lentement et avec des oscillations très irrégulières, remontant tantôt le matin et tantôt le soir. La moyenne resta supérieure à 39° jusqu'au 29 juin, dixième jour à partir de l'entrée à l'hôpital ; puis elle se rapprocha de 38°, et le matin du mercredi 4 juillet, elle était tombée à 37°.

Les poumons sont complètement dégagés depuis plusieurs jours. Mais il s'est fait une éruption assez abondante d'ecthyma sur la poitrine, le dos, le haut des fesses, et à la place de pustules ont apparu quelques plaques gangreneuses sur le sacrum.

Il est à noter que la défervescence complète s'est produite, alors qu'on venait de mettre le malade à un régime plus substantiel. En présence des taches gangreneuses, vu l'état de débilité et l'amaigrissement extrême de ce malade, malgré le peu de jours écoulés depuis le moment où les phénomènes typhoïdes étaient au summum, malgré la sécheresse persistante de la langue, M. Rigal lui a fait manger de la viande à partir du 3 juillet, et loin que le régime animal produisît dans ce cas, comme il arrive souvent quand on le prescrit mal à propos, une sorte de fièvre qui se traduit au thermomètre par un excès de chaleur, il paraît avoir eu pour effet immédiat une amélioration sensible dans tout l'ensemble des phénomènes.

Il est donc probable que ce malade guérira très bien, malgré les escarres qui se développent sur le sacrum.

Chez lui, comme chez le malade de M. Peter, le tableau de la fièvre typhoïde était mal accusé ; il y manquait des traits importants ; la courbe de la température s'éloignait du type classique : et il pourrait rester quelque doute sur l'exactitude du diagnostic, si l'on connaissait une autre cause que l'empoisonnement typhoïdique qui pût affecter l'organisme de cette manière et durant ce temps.

Phlegmons anthracoïdes et anthrax malins de la région parotidienne.

Parmi les parotidites qui suppurent, il en est que M. Nicaise décrit sous le nom de phlegmons anthracoïdes de la région parotidienne, et qui lui paraissent de nature septique.

Ils peuvent survenir sans cause apparente, sans maladie antérieure, chez des sujets qui paraîtraient absolument sains.

C'est ainsi que tout récemment, chez une malade de la ville, bien portante jusque-là, une des régions parotidiennes devint le siège d'un gonflement considérable, qui s'accompagna d'un appareil fébrile intense, et en pressant sur la parotide, M. Nicaise fit sortir du pus par le canal de Sténon. La suppuration se faisait donc bien dans la parotide elle-même ; mais, par une large incision, M. Nicaise constata que

le tissu cellulaire qui environnait la glande était de son côté le siège d'une inflammation suppurative et gangreneuse. Le pus était mal lié, des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé venaient se présenter entre les bords de la plaie, comme dans les anthrax.

Cependant, de même que chez la malade de M. Laboulbène qui avait eu un phlegmon semblable dans les suites de couches, chez cette dame les choses prirent une bonne tournure. La plaie se détergea, le pus devint tout à fait de bonne nature, et si la cicatrisation n'est pas encore terminée, on peut du moins considérer cette malade comme à peu près guérie.

Mais il n'en a pas été ainsi chez un autre malade qui avait été reçu le 22 juin dernier dans le service de M. Nicaise, à l'hôpital Laennec, salle Malgaigne, n° 21.

Chez lui, il ne fut pas possible de savoir si l'affection avait occupé primitivement la parotide; car, lors de son entrée, il présentait déjà une large incision qui lui avait été faite en ville, sur la région parotidienne gauche, et toute cette région, sur une étendue de 10 centimètres environ de diamètre, présentait l'aspect de l'anthrax.

Ici encore l'étiologie n'était pas facile à établir. Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, épileptique, mais autrement de bonne santé habituelle. Les urines, examinées avec grand soin le premier jour, ne présentaient alors rien d'anomal : pas de sucre, aucune trace d'albumine.

Le diagnostic fut : *anthrax malin,* de nature septique. Le traitement consista en cautérisations au thermo-cautère, injections répétées d'une solution d'acide phénique au quart dans de l'eau et de la glycérine, administration de l'acide phénique à l'intérieur, à faibles doses, lavages très fréquents soit avec une solution d'acide phénique, soit avec une solution de résorcine au quart, cataplasmes, etc.

Cependant l'état s'aggravait de jour en jour. Le 1er juillet la température dépassait 40°, et elle resta au-dessus de 40° jusqu'à la mort, qui survint le mardi 3, après une série d'attaques épileptiformes.

A l'autopsie, qui eut lieu quelques heures plus tard, on découvrit une quantité de liquide considérable dans les ventricules cérébraux, tandis qu'il ne se trouvait pas le moindre épanchement dans le péritoine, dans les plèvres, dans le péricarde. La surface des ventricules était inégale et comme granuleuse. Mais il ne faut pas oublier qu'il s'agissait d'un épileptique.

Le sang était diffluent partout : aucun caillot ni dans les veines, ni dans les cavités cardiaques.

Chose inattendue, on trouva les reins criblés de kystes, qui en accroissaient singulièrement les dimensions. Un de ces reins pesait 930 grammes, l'autre 1,200 grammes. Or ce n'était que dans les derniers jours que l'urine avait contenu de l'albumine.

On prit un peu de pus dans la plaie, un peu de sang dans le voisinage de l'anthrax. On remit le tout à l'un des élèves de M. Pasteur, qui y constata la présence de *micrococci* tout à fait semblables à ceux qu'on a également trouvés dans certains panaris. Ces *micrococci,* isolés, puis multipliés par la culture, doivent servir à des expériences ultérieures sur les animaux.

Les arthrites blennorragiques.

Nous avons rapporté un certain nombre de théories sur ces arthrites qui surviennent dans le cours des blennorragies et auxquelles les uns voudraient refuser le nom de rhumatismes, que les autres leur donnent.

En effet, ce mot de rhumatisme implique la supposition de quelque relation possible avec la diathèse rhumatismale; or il est des auteurs qui nient toute connexité entre cette diathèse et les accidents articulaires que la blennorragie provoque.

Suivant quelques-uns d'entre eux, l'organisme serait tout entier affecté dans la blennorragie comme dans la syphilis, et les prétendus rhumatismes seraient une manifestation de cette maladie constitutionnelle, au même titre que les accidents secondaires, tertiaires, etc., que l'on observe dans la vérole.

D'autres, au contraire, rattacheraient ces mêmes arthrites à ce que Lorrain appelait l'état génital, et y verraient le jeu d'actions réflexes retentissant plus ou moins loin des organes génitaux d'où elles seraient parties, actions réflexes dues à l'irritation, à la sécrétion exagérée des muqueuses malades, non à un principe, à un virus, à un germe particulier. Ceux-là s'accordent avec les premiers, en ce qu'ils ne veulent point y voir des rhumatismes proprement dits; mais ils s'en écartent pour tout le reste.

Dans le camp opposé, parmi ceux qui rattachent au rhumatisme ces affections articulaires, il y a également des divergences.

Les uns ne veulent attribuer à la blennorragie que le rôle de cause occasionnelle, indifférente pour ainsi dire, comme le serait un choc, une atteinte quelconque à la santé, troublant l'équilibre des fonctions, chez des rhumatisants.

D'autres invoquent l'intervention d'actions réflexes particulières, qui, sans retentir sur les articulations atteintes, seraient de nature à augmenter la disposition rhumatismale, et par conséquent ses manifestations locales.

Parmi ceux-ci, M. le professeur Panas nous a développé une théorie fort ingénieuse, qu'il a professée le premier, et qui doit donc rester bien sienne.

Il rattache au col de la vessie une action réflexe aboutissant aux reins et capable de modifier la sécrétion de ces organes. Chez le rhumatisant, le goutteux, chez tous ceux chez lesquels le sang serait déjà chargé d'un certain excès d'acide urique et d'autres produits excrémentiels, la proportion de ces produits s'y trouverait être accrue par le trouble apporté aux fonctions normales des reins.

Puis il arriverait un moment où cette dyscrasie se traduirait par les affections articulaires que le rhumatisme provoque.

Cette supposition ne pourrait se transformer en certitude que par l'analyse du sang, dit M. Panas; mais, pour l'appuyer et la rendre plus vraisemblable, on peut invoquer certains faits d'observation clinique.

Que l'on étudie comparativement ce qui se passe dans la blennorragie et ce qui survient quelquefois à la suite du cathétérisme : on se trouvera conduit aux conclusions suivantes :

Les accidents articulaires ou d'urémie que l'on peut observer soit dans le cours d'une blennorragie, soit après un cathétérisme, sont relativement d'une fréquence infiniment plus grande chez l'homme que chez la femme. Cela doit tenir à la constitution du col de la vessie, qui varie selon les sexes. Chez la femme, le col de la vessie a beaucoup moins d'importance, est beaucoup moins facile à blesser que chez l'homme.

- Chez ceux qui succombent au milieu d'accidents urémi-

ques survenus à la suite de l'introduction d'une sonde, l'autopsie révèle une congestion très manifeste des deux reins, congestion qui, en modifiant la modalité fonctionnelle de ces organes, a amené l'accumulation des principes excrémentiels dans le sang et les accidents qui en ont été le résultat.

Il n'est pas douteux que l'irritation du col de la vessie ait retenti alors sur les reins par action réflexe, et non par une propagation de proche en proche du mouvement inflammatoire. On en acquiert la certitude quand on examine à l'autopsie l'ensemble des organes génito-urinaires.

Ici donc on a presque une preuve directe, au moins pour ce qui regarde l'urémie. Or c'est également une dyscrasie, qui cause les localisations rhumatismales, et on peut l'expliquer par le même mécanisme.

D'ailleurs M. Panas a toujours remarqué que, quand on recherche avec soin les antécédents héréditaires ou personnels des individus atteints de rhumatisme blennoragique, on reconnaît au moins chez eux une prédisposition motivée pour l'arthritisme sous une de ses formes, rhumatisme ou goutte.

Ce sont des gens chez qui il fallait peu pour amener le sang à ce point où sa composition anomale se décèle par des affections articulaires.

En causant par action réflexe un nouvel excès de dyscrasie, l'irritation du col de la vessie a ajouté simplement la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

C'est pourquoi ces individus sont exposés à voir reparaître les accidents articulaires dans toutes leurs blennorragies successives. Cette fâcheuse prédisposition, notée par tous les observateurs, qui l'expliquent chacun à sa manière, serait, suivant M. Panas, l'indice d'une constitution habituellement rhumatismale, mais à un degré trop peu accusé pour se manifester en l'absence de cet appoint.

M. Panas se rend bien compte des objections qu'on peut opposer à cette théorie, à laquelle il est toujours resté fidèle, depuis comme avant les grandes discussions qui ont eu lieu sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux et ailleurs.

Pour nier l'identité de ces affections articulaires survenant dans le cours d'une blennorragie avec le rhumatisme aigu proprement dit, on rappelle surtout : 1° la fixité plus grande de l'arthrite blennorragique, souvent mono-articulaire; 2° sa tendance plus grande à produire des inflammations adhésives et des ankyloses; 3° quand on confond, comme Lorrain, sous le nom d'état génital, la blennorragie, la grossesse, la puerpéralité, on ajoute à ces caractères différentiels l'éventualité d'une suppuration articulaire, d'une affection atteignant les os, d'une tumeur blanche proprement dite.

Ce dernier argument, M. Panas l'écarte d'une manière absolue, au nom des dernières recherches sur les affections puerpérales, rattachées aujourd'hui à des septicémies, à des envahissements de la masse du sang par des microbes particuliers ; et quant aux autres différences signalées dans la marche de l'arthrite blennorragique par rapport au rhumatisme articulaire proprement dit, elles ne lui paraissent pas aussi nettes, aussi accusées qu'on l'a prétendu, et ne suffisent pas, à ses yeux, pour séparer absolument ces arthrites les unes des autres.

Sans entrer dans la discussion et en nous bornant complètement au rôle de narrateur, mettons en regard de la théorie de M. Panas celle qui explique tout par des microbes, microbes pénétrant dans le sang par les érosions de l'urètre ou du col de la vessie à la suite de cathétérisme, pénétrant aussi dans le sang quand la blennorragie, ayant dépouillé la muqueuse de l'épithélium protecteur, leur a ouvert la voie jusqu'aux petits vaisseaux superficiels. La congestion des reins serait le résultat d'une septicémie, non d'une action réflexe. Cette septicémie produirait secondairement l'urémie, et directement, dans d'autres cas, les affections articulaires. Cette théorie n'est point tout à fait celle de Lorrain ; mais, tout en étant adaptée aux nouvelles doctrines en vogue, elle s'en rapproche par certains côtés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juin 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Pustule maligne. — M. **VERNEUIL**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Reclus, rappelle avoir communiqué à l'Académie de médecine, en 1874, un cas de pustule maligne guérie spontanément. L'examen fait avec le plus grand soin n'a révélé la présence de bactéries ni dans le sang, ni dans le liquide des vésicules.

M. **RECLUS**, revenant sur la lymphangite qui apparaît quelquefois, fait observer que la fièvre que l'on constate dans certains cas de pustule maligne peut s'expliquer précisément par cette lymphangite.

M. **DESPRÉS** maintient que la lymphangite ne s'observe jamais ou du moins ne s'observe que d'une façon tout à fait exceptionnelle dans les cas de pustule maligne.

M. **RECLUS** cite, entre autres, un cas de M. Richet à l'Académie des sciences, dans lequel la pustule maligne s'accompagnait d'un engorgement ganglionnaire des plus nets.

M. **RICHELOT** a vu Dolbeau extirper une pustule maligne ; on n'a pas trouvé, dans ce cas, de bactéridies ; l'hypothèse émise par M. Pozzi sur la relation de la présence des bactéries avec la malignité de l'affection semble donc bien rationnelle.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** rappelle que M. Pasteur a dit souvent qu'en dehors de l'époque où le malade va mourir, on ne trouve pas de bactéridies dans le sang, sauf aux environs immédiats de la pustule.

Rachitisme et syphilis. — M. **GUÉNIOT**, à l'occasion de l'opinion soutenue par M. Parrot (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 180), déclare conserver les plus grands doutes sur la relation du rachitisme avec la syphilis. Toutefois il pense qu'il y a lieu d'admettre que le rachitisme peut être souvent d'origine syphilitique. Cette question demande des faits bien observés.

M. Guéniot communique l'observation d'un enfant de trois semaines, présentant tous les caractères les plus tranchés du rachitisme (fémurs hypertrophiés à extrémité inférieure considérable, tibias aux extrémités arquées d'une façon spéciale, à concavité interne très exagérée, etc.), et, fait curieux, ce rachitisme paraît guérir, les os sont solides. Il y a donc eu une double influence dans le sein maternel : celle qui a engendré le rachitisme et celle qui l'a guéri, qui n'est peut-être que la cessation de la première. Une enquête minutieuse sur les parents et sur les autres enfants montrera si les parents sont syphilitiques et M. Guéniot en communiquera les résultats.

Kystes de l'ovaire, ovariotomie. — M. **TERRILLON** fait une communication ayant pour titre : « Kystes de l'ovaire enclavés en partie dans le ligament large ; conséquences de cette disposition au point de vue de l'ovariotomie. » Il fait connaître trois observations de kystes de cette sorte dont l'ablation a présenté de grandes difficultés en raison même de cette disposition.

Ces observations lui servent de point de départ pour étudier

cette variété de kystes encore peu connue, malgré les travaux de Karl Schrœder, Mueller, Péan, Kœberlé, etc.

Les kystes du ligament large sont de deux ordres ; les uns nés aux dépens de l'organe de Rosenmuller (kystes paraovariens), les autres développés aux dépens de l'ovaire proprement dit ; M. Terrillon ne s'occupe que de ces derniers.

Faciles à enlever lorsqu'ils sont pédiculés, ils sont au contraire très difficilement énucléables lorsqu'ils ont contracté des adhérences. Or, parmi ces adhérences, les unes, de nature inflammatoire, sont celles auxquelles on fait allusion le plus souvent lorsqu'on parle de kystes adhérents ; d'autres existent en dehors de toute inflammation et résultent du mode de développement de la tumeur. Celle-ci, au lieu de s'étaler librement dans l'abdomen et de flotter dans la cavité péritonéale, ne conservant de connexion avec les organes voisins que par les moyens d'union ordinaire de l'ovaire, s'infiltre, en quelque sorte, entre les deux feuillets du ligament large. Tantôt c'est toute la tumeur qui occupe ce siège insolite ; d'autres fois, c'est un seul de ses lobes. Cette dernière disposition est la plus fréquente. Lorsqu'elle existe, on a une tumeur composée de deux parties : l'une, supérieure, libre dans le péritoine ; l'autre, généralement plus petite, cachée dans le ligament large.

Il résulte de ce développement insolite que le kyste arrive au contact direct, sans interposition du péritoine, des parties latérales de l'utérus, de la vessie, du cul-de-sac vaginal, d'une part, des parois du bassin, des vaisseaux et nerfs illiaques, d'autre part. Tout d'abord un tissu cellulaire, lâche, interposé, permet l'énucléation facile de la tumeur ; mais, à la longue, des adhérences uniront intimement ces diverses parties, une circulation commune s'établira entre elles, et leur section ne pourra se faire sans donner lieu à l'écoulement d'une grande quantité de sang. Mais ce n'est pas tout : les feuillets du ligament large, en même temps qu'ils se vascularisent, s'épaississent, et, dans ces conditions, leur séparation après l'opération est difficile, quelquefois même impossible.

Telle est la disposition générale des kystes enclavés ; ils peuvent, en outre, présenter certaines variétés : tantôt la tumeur se porte directement en bas et en dedans, de manière à se mettre en rapport directement avec le plancher pelvien, l'utérus, la vessie et les parois du petit bassin. Tantôt elle se dirige en arrière, soulève en l'effaçant le ligament de Douglas, et vient se mettre en rapport avec l'intestin. Enfin, en atteignant la face antérieure des vertèbres lombaires, elle soulève le mésentère et l'intestin grêle avec lequel elle contracte des adhérences.

Dans ce dernier cas, la dissection de la tumeur est des plus dangereuses, à cause de ses connexions avec les gros vaisseaux et les parois intestinales.

Il est malheureusement impossible, dans la plupart des cas, d'établir un diagnostic précis de cette position du kyste ovarique dans l'épaisseur du ligament. Cependant, on peut le soupçonner lorsque l'on sent une partie de la tumeur proéminant à côté ou derrière le col utérin, au niveau du cul-de-sac vaginal.

Si l'utérus est entraîné en haut, cela peut tenir aussi à ce fait, que cet organe, adhérant au kyste, a suivi celui-ci dans son développement du côté de l'abdomen.

Le cathétérisme vésical, faisant reconnaître que la partie supérieure de la vessie atteint un niveau élevé au-dessus du pubis, peut donner des renseignements utiles, car la vessie est aussi entraînée par le kyste.

Les lésions rénales avec rétention et urémie peuvent indiquer une compression de l'uretère (Kœberlé).

Enfin, la présence des intestins au devant de la tumeur permettrait de penser qu'en se portant vers la colonne vertébrale elle a soulevé le péritoine et par conséquent l'intestin.

Mais ces signes sont trompeurs, car beaucoup d'autres causes, telles que des adhérences inflammatoires, la pression d'un prolongement kystique derrière l'utérus, peuvent donner les mêmes symptômes. Aussi ne peut-on avoir que des présomptions, mais aucune certitude avant l'opération ; dans la plupart des cas, cette disposition n'a été reconnue qu'après l'ouverture de l'abdomen.

Le pronostic des kystes de l'ovaire, présentant cet enclavement, est ordinairement très grave à cause de l'absence du pédicule.

En effet, tantôt le kyste pourra être séparé des feuillets du ligament large et des organes voisins par une dissection minutieuse, mais à sa place restera une surface saignante donnant des liquides abondants, capables d'engendrer la septicémie. La dissection peut être dangereuse, car on s'expose à blesser la vessie, l'uretère et l'intestin.

Tantôt, au contraire, une partie de la tumeur ne peut être enlevée; elle est abandonnée sur place, et, malgré toutes les précautions, elle peut devenir la cause d'accidents divers, d'une fistule permanente ou d'une récidive. M. Terrier, dans un mémoire récent, a démontré que ces opérations incomplètes étaient particulièrement graves et donnaient des résultats déplorables.

Lorsque le chirurgien, dans le cours d'une ovariotomie, se trouve en présence d'un enclavement d'une portion de la tumeur dans le ligament large, il doit se demander si la décortication totale est possible ou si, au contraire, il doit abandonner une partie de la tumeur.

Si la décortication peut se faire entièrement, il est toujours utile de diminuer, autant que possible, la plaie qui résulte de l'ablation du kyste, en suturant ensemble, au moyen de petits catguts, les lambeaux des feuillets du péritoine. On diminue ainsi l'écoulement de sérosité qui serait difficilement absorbée, et on supprime la nécessité d'un drainage souvent plus dangereux qu'utile.

Dans le cas où la décortication semble impossible, il faut se résigner à n'enlever que la partie du kyste qu'on peut faire saillir à l'extérieur.

La partie qui doit rester est fixée au bord de l'incision abdominale par des points de suture rapprochés et même assujettis vers les parties supérieures et inférieures, au moyen de broches traversant largement la paroi abdominale.

La cavité kystique doit être nettoyée avec exactitude, les bourgeons et les cloisonnements détruits autant que possible, et des tubes à drainage volumineux doivent plonger dans toute anfractuosité, afin d'assurer l'écoulement du liquide.

Dans quelques cas spéciaux, il faudra faire le drainage vaginal.

On se saurait trop insister sur le traitement consécutif qui consiste à éviter toute rétention de liquides septiques pouvant entraîner des accidents graves. Des lavages fréquents avec des liquides antiseptiques, acide phénique, acide borique, eau-de-vie camphrée, etc., constituent le meilleur moyen. Enfin, si le fond de la cavité ou ses parois bourgeonnent trop abondamment, le chlorure de zinc pourra les réprimer. On arrivera ainsi, dans un assez grand nombre de cas, à guérir cette plaie fistuleuse, mais il faudra toujours plusieurs mois ou même des années. Malheureusement, cette guérison apparente n'est souvent pas définitive, car les débris de ce kyste peuvent végéter de nouveau et constituer une véritable récidive, qui, cette fois, sera au-dessus des ressources de la chirurgie.

La séance est levée à 5 heures.

Séance du 4 juillet 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Kystes de l'ovaire et du ligament large, ovariotomie. — **M. Terrier**, à l'occasion du travail de M. Terrillon (voir plus haut), communique sept observations de kystes du ligament large, dont l'ablation a présenté, entre ses mains, de grandes difficultés. Il fait suivre ces observations de quelques considérations sur le mode de formation de ces kystes, sur leur diagnostic souvent très difficile ou même impossible, enfin sur les opérations parfois très compliquées qu'ils nécessitent. Il insiste sur la nécessité d'en pratiquer l'énucléation aussi complète que possible et de chercher à surmonter les difficultés qu'entraîne cette énucléation plutôt que de recourir au drainage ou à des opérations incomplè-

tes. Enfin M. Terrier fait remarquer que ces observations, dans lesquelles on retrouve toutes les particularités signalées par M. Terrillon, sont toutes antérieures à celles de ce chirurgien.

M. POZZI, sans vouloir contester l'intérêt des observations présentées par M. Terrillon et par M. Terrier, fait remarquer que la question soulevée par ces messieurs, si intéressante qu'elle soit, n'est pas nouvelle, et que toutes les particularités sur lesquelles ils ont appelé l'attention relativement aux difficultés opératoires ont été signalées déjà depuis longtemps et plus spécialement en France dans le travail de MM. Péan et Urdy. Le drainage de la poche, en particulier, le procédé désigné par les Américains sous le nom de marsupiasitiation, s'y trouvent parfaitement décrits.

M. POLAILLON déclare que le plus souvent ces kystes intra-ligamentaires sont impossibles à diagnostiquer. A côté de ces kystes, il faut placer ceux qui, d'abord libres, ont contracté ultérieurement des adhérences avec la cavité pelvienne. Tous ces kystes sont, au point de vue de l'opération, d'un pronostic très grave. M. Terrillon a dit qu'il y avait deux choses à faire : 1° la décortication complète du kyste ; 2° une opération incomplète. Il préfère de beaucoup, et avec raison, la décortication complète, chaque fois qu'elle est possible. En effet, l'opération incomplète a pour inconvénients de laisser dans le pédicule des productions morbides qui peuvent devenir le point de départ d'une repullulation du kyste ou d'une dégénérescence épithéliomateuse. Plus rarement et plus heureusement, ces parties qu'on a dû laisser s'atrophient et la guérison complète s'achève. M. Polaillon en cite un exemple. Mais il est une troisième règle de conduite dont M. Terrillon n'a pas parlé et qui est pratiquée fréquemment en Angleterre dans les cas d'adhérences généralisées : c'est de ne pas poursuivre l'opération et de s'en tenir à l'incision exploratrice, qui n'est pas par elle-même très dangereuse.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que tous les ovariotomistes ont prévu ces cas de kystes du ligament large. Ils ne diffèrent pas sensiblement des cas où il y a de simples adhérences. Relativement au manuel opératoire, il n'y a pas de règles bien précises ; on fait ce qu'on peut ; il faut enlever le plus possible. Il est bien certain que les chirurgiens qui ont plus d'habitude de l'ovariotomie arrivent généralement à pratiquer une énucléation plus complète. On ne peut pas faire le diagnostic de ces kystes à l'avance. On ne peut avoir que des probabilités. Il n'y a pas non plus de médecine opératoire spéciale indiquée dans ces cas. La conduite du chirurgien varie selon les faits. Pour ce qui est du drainage, ceux qui emploient la méthode antiseptique en sont revenus. Les chirurgiens eux-mêmes qui en étaient le plus partisans, Kiew, par exemple, en sont venus à ne l'employer que dans des cas exceptionnels. M. Lucas-Championnière est, lui aussi, pour l'opération la plus complète possible et considère le drainage comme une dernière ressource. Quoi qu'il en soit, il y a encore bien des points à élucider dans cette question, et la pathologie des adhérences des kystes ovariques est encore à faire.

M. MONOD trouve M. Terrier trop sévère pour les observations de M. Terrillon, qui apportent cependant quelques lumières dans des points, jusqu'ici bien obcurs, des kystes du ligament large. A cette occasion, M. Monod rapporte en quelques mots l'observation d'une femme qu'il a opérée. Le diagnostic porté avait été : tumeur fibro-kystique de l'ovaire. L'opération présenta les plus grandes difficultés ; lorsque l'ascite eut été vidée, quand on voulut procéder à l'énucléation, on trouva une barrière de tous côtés ; on ne pouvait pénétrer nulle part ; il semblait qu'il y eût une fusion absolument intime entre la production morbide et les organes voisins. Cependant, après bien des difficultés, on put retirer une petite tumeur, mais la masse principale restait. Aussi M. Monod se contenta-t-il d'appliquer une couronne de pinces autour de la partie accessible, de réséquer cette partie et d'appliquer deux tubes à drainage. Ceux-ci furent retirés peu de jours après. La malade a bien guéri ; il s'est fait une rétraction de la cicatrice dans le ventre et la tumeur s'est, depuis, notablement atrophiée. Il n'y a que cinq mois que cette malade a été opérée.

M. TERRIER trouve les observations de MM. Polaillon et Monod d'autant plus intéressantes qu'il n'a jamais, lui, rencontré de ces atrophies des portions de tumeurs laissées en place. Il a toujours vu, au contraire, la repullulation des kystes dans ces cas. Il serait donc très intéresssant de savoir quels sont les vaisseaux qui ont été liés dans ces cas d'atrophie si heureuse.

Lipome de la langue. — M. POZZI fait un rapport sur une communication de M. Cauchois (de Rouen), relative à un lipome symétrique de la langue chez un tuberculeux. Homme de cinquante-trois ans, tuberculeux, délabré, presque cachectique, présentant plusieurs tumeurs gommeuses de la peau ; il est probable qu'il s'agissait d'abcès froids ou tuberculeux. Ce malade se plaignait très vivement d'une certaine difficulté à avaler ; il portait sur chacun des bords libres de la langue une tumeur bosselée ; il s'agissait d'un lipome symétrique. Malgré la période avancée de sa maladie, M. Cauchois ne crut pas devoir refuser à cet homme l'ablation d'au moins une de ces tumeurs qui le gênaient beaucoup. La dissection en fut beaucoup plus laborieuse qu'on ne s'y attendait. Les suites furent assez bonnes, sauf pourtant un abcès sous-maxillaire. Ce malade étant mort cachectique trois mois après, on en fit l'autopsie ; il avait une caverne pulmonaire ; l'examen de la langue a montré qu'il s'agissait bien de lipomes symétriques.

Il résulte des recherches auxquelles s'est livré M. Pozzi, que ces sortes de cas sont rares ; on les compte dans la science. On peut, d'après l'étude de ces faits, admettre trois variétés de lipomes dans la langue : le lipome sous-muqueux, facilement énucléable ; le lipome intermusculaire, difficile à énucléer ; enfin le lipome qu'on pourrait appeler de constitution, résultant d'une dégénérescence musculaire. Cette distinction a, comme on le voit, une certaine importance relativement à l'intervention chirurgicale. Un second point intéressant dans l'observation de M. Cauchois, c'est le fait d'une opération chez un tuberculeux. Peut-être y avait-il lieu d'hésiter à pratiquer cette opération de complaisance chez un tuberculeux aussi avancé.

Amputation de la cuisse chez un tuberculeux. — M. POLAILLON présente un malade auquel il a fait il y a un mois l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche. L'état de cet homme, manifestement tuberculeux, s'est très notablement amélioré depuis cette opération, dont les suites ont été aussi simples que possible.

M. DESPRÉS fait observer qu'il existe une petite fistule sur le moignon de ce malade, traité par le pansement de Lister. Ce résultat n'est pas meilleur que celui qu'il a obtenu sur un malade qu'il a présenté il y a peu de temps à la Société.

M. Lucas-Championnière et plusieurs membres ayant protesté, M. Després ajoute : Lorsque je présente des malades, j'accepte la discussion ; je vois qu'il n'en est pas de même de mes collègues, ce qui me porterait à croire qu'ils ne sont pas aussi sûrs de leurs résultats que je le suis des miens. J'ajouterai que l'amélioration qu'a présentée ce malade à la suite de son opération n'est pas un fait nouveau ; il y a longtemps que Velpeau a signalé cette amélioration apportée par certaines opérations dans l'état général de malades déjà gravement atteints.

M. POLAILLON fait observer que son malade est déjà guéri depuis quinze jours. La réunion profonde a été absolument immédiate. N'ayant pas recherché avec autant de soins la réunion immédiate superficielle, il y a un point qui a suppuré pendant quelques jours. M. Polaillon ne présente pas ce malade comme un fait nouveau, mais comme un document à l'appui de la discussion actuellement pendante relativement aux opérations chez les tuberculeux.

M. TRÉLAT demande à M. Polaillon la permission de lui dire qu'il a tort de ne pas apporter dans la suture superficielle le même soin que dans la suture profonde. Il n'y a que des avantages à obtenir une réunion aussi parfaite des parties superficielles que des parties profondes.

Tumeur blanche guérie par la compression et l'immobilisation. — **M. TRÉLAT** ajoute que les hasards de la clinique lui permettent de présenter à ses collègues un très bel exemple de conservation d'un membre atteint de tumeur blanche. L'infirmier qui a conduit le malade de M. Polaillon a été soigné par M. Trélat et par M. Lucas-Championnière, alors son interne, à la Pitié, en 1869. Il était atteint d'une arthrite fongueuse des plus graves, qui a parfaitement guéri par un traitement méthodique, basé sur la compression et l'immobilisation ; bien qu'aujourd'hui sa jambe soit raide, cet homme marche aussi bien que possible.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle que ce malade était dans un état d'émaciation extrême et qu'il a présenté les accidents les plus graves avant d'en arriver à cette guérison parfaite qui s'est maintenue depuis quatorze ans.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

252. M. LEBLOND. Étude physiologique et thérapeutique de la caféine. — 253. M. BOVET. Contribution à l'étude de la dysphagie chez les tuberculeux. — 254. M. JEANNE. Essai sur la gastro-entéralgie anémique des pays chauds. — 255. M. BARBOLAIN. Étude sur l'eau oxygénée. — 256. M. CAPELLE. Contribution à l'étude de l'intoxication saturnine. — 257. M. LOYSEL. Contribution à l'étude de l'oxygène appliqué au traitement de l'asphyxie et de certains empoisonnements. — 258. M. GEORGES DOILLON. Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de peptone mercurique-ammonique. — 259. M. BAZIN. Contribution à l'étude des arthrites dans la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 juillet 1883, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, les médecins et pharmaciens de la marine dont les noms suivent :

Au grade de commandeur : M. Fontaine, pharmacien-inspecteur.

Au grade d'officier : MM. Cunéo, médecin en chef, et Jacquemin, médecin de première classe.

Au grade de chevalier : MM. Kermorgant, Nègre et Morani, médecins de première classe ; Mesnil, médecin de deuxième classe, et Raoul, pharmacien de première classe.

— *Choléra.* — Les nouvelles de l'épidémie qui sévit en Égypte sont loin d'être rassurantes. Le chiffre des décès augmente non plus seulement à Damiette, dont la mortalité dépasse celle de 1865, mais encore à Mansourah. Le choléra est signalé à Alexandrie et au Caire.

Voici du reste les derniers chiffres connus jusqu'à ce jour :

3 juillet : Damiette 122 — Mansourah 32 — Port-Saïd 3 — Sammanoud 4 — Chirbine 4.

4 juillet : Damiette 116 — Mansourah 47 — Chirbine 6 — Alexandrie 1.

Le total des victimes jusqu'à ce jour est de 1,116 parmi lesquels fort peu d'Européens.

— Le concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'est terminé, mercredi soir, par la nomination de MM. les docteurs Letulle et Chauffard.

— *Concours de l'agrégation, section d'anatomie et de physiologie.* — Voici les dernières questions données aux candidats pour l'épreuve orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation :

M. Quenu : Les muscles moteurs du globe de l'œil, l'aponévrose orbitaire ; M. Imbert : L'ovaire et la fécondation ; M. Planteau : De la circulation pendant la grossesse et pendant les premiers mois qui suivent la délivrance ; M. Wertheimer : Les sphincters, anatomie et physiologie.

Concours de l'agrégation, section de physique et chimie. — Les thèses des candidats ont été déposées à la Faculté, hier jeudi 5 juillet, à quatre heures du soir. Aussitôt après, les candidats ont été appelés à tirer l'ordre dans lequel ils seraient argumentés. Voici cet ordre avec le nom des argumentateurs :

Lundi 9 juillet. — 1° Candidat : M. Pouchet ; argumentateurs : MM. Ville et Linossier ; — 2° candidat : M. Imbert ; argumentateurs : MM. Bagnéris et Bergonié.

Mardi 10 juillet. — 3° Candidat : M. Bagnéris ; argumentateurs : MM. Guébhard et Doumer ; — 4° candidat : M. Linossier ; argumentateurs : MM. Blarez et Ville.

Mercredi 11 juillet. — 5° Candidat : M. Ville ; argumentateurs : MM. Pouchet et Blarez ; — 6° candidat : M. Guébhard ; argumentateurs : MM. Bergonié et Imbert.

Jeudi 12 juillet. — 7° Candidat : M. Bergonié ; argumentateurs : MM. Doumer et Bagnéris ; — 8° candidat : M. Blarez ; argumentateurs : MM. Linossier et Pouchet.

Vendredi 13 juillet. — 9° Candidat : M. Doumer ; argumentateurs : MM. Imbert et Guébhard.

— *Prosectorat.* — Les candidats du concours pour la nomination à deux places de prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris ont eu pour leur épreuve pratique d'histologie les deux questions suivantes : 1° Mettre en évidence les cellules qui forment les deux couches de l'épiderme cutané ; 2° Les cellules des cornes antérieures de la moelle épinière.

Cette dernière épreuve a été suivie de la nomination de MM. Poirier et Michaux comme prosecteurs.

— Par décret, en date du 3 juillet 1883, sont considérés comme établissements et services spéciaux, dans les conditions définies par l'article 7 de la loi du 16 mars 1882, et sont maintenus comme tels sous l'autorité immédiate du ministre de la guerre, les établissements et services du service de santé énumérés ci-après :

Les hôpitaux thermaux militaires ; le magasin central des hôpitaux militaires ; — la pharmacie centrale des hôpitaux militaires, — les docks de l'administration militaire (service de santé), à Paris ; — le magasin de réserve du matériel, à Marseille ; — Le magasin de réserve de médicaments, à Marseille, et le magasin de réserve à Alger.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 juillet 1883, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 27 juillet 1883.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. — Les registres d'inscription seront clos le mercredi 25 juillet, à 4 heures.

Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du 20 juin 1878. — Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales.

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. — Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. — Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire. — L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

5° Les candidats justifiant des grades de bachelier ès sciences et de bachelier ès lettres qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à

leur temps de scolarité. — Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et de l'autre régime d'études.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien* pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Les sujets des épreuves seront adressés par le ministre aux recteurs, sous un pli cacheté qui sera remis au président du jury et décacheté par lui, en présence des élèves, à l'ouverture de la séance du concours.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 juillet 1883, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des Écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 27 juillet 1883.

— Par décision ministérielle, en date du 3 juillet 1883, M. Aron (Jules), médecin principal de première classe de l'hôpital de Rennes, a été désigné pour remplir les fonctions de directeur du service de santé du 10e corps d'armée et de médecin en chef de l'hôpital de Rennes.

— MM. les médecins du XVIIIe arrondissement de Paris sont informés que, le dimanche 22 juillet 1883, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Par arrêté ministériel en date du 30 juin 1883, sont nommés membres du jury des récompenses de l'exposition internationale, coloniale et d'exportation générale d'Amsterdam :

Exposition coloniale (classe d'hygiène). — M. le docteur Walter, inspecteur du service de santé de la marine, délégué du ministre de la marine et des colonies.

Exportation générale (groupe VII, classe XLIII *b*). — M. Galante père, fabricant d'instruments de chirurgie, ancien président de la Chambre syndicale des instruments de chirurgie.

— M. le docteur Bauchet est nommé membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du XXe arrondissement de Paris, en remplacement de M. Hagène, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Billou, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Gervais ; Dumont (de Monteux) ; Baillet (de Longjumeau) et J.-J. de Martin, médecin honoraire des hospices de Narbonne.

— M. le docteur Michel Améline, demeurant à Paris, rue Monsieur-le-Prince, 59, remplacerait volontiers, pendant les mois d'août et de septembre, les confrères qui lui feraient l'honneur de faire appel à son concours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14775.

N° 79. — MARDI 10 JUILLET 1883. 56e ANNÉE. MARDI 10 JUILLET 1883. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. La congestion cérébrale et la folie congestive. — Hôpital Saint-Louis. De la syphilis héréditaire tardive. — Des effets de la lésion expérimentale des pédoncules cérébraux comprenant des pyramides sensitives (de Duval et Sappey). Hémianesthésie croisée coïncidant avec les troubles moteurs de rotation en manège. — Société de Biologie. — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

La congestion cérébrale et la folie congestive (1).

II

La forme grave se distingue de la forme légère par l'apparition des manifestations délirantes. Les symptômes que nous avons précédemment observés : l'insomnie, la céphalalgie, les sensations subjectives, se retrouvent encore ici, mais plus accusés. De plus, le délire éclate avec des caractères variables suivant les cas, et il est nécessaire de distinguer, à cet égard surtout, deux grands types : la congestion grave des vieillards et celle des adultes. S'il s'agit d'un vieillard, — et dans ce cas la congestion est souvent le prélude d'un ramollissement cérébral, — c'est la nuit d'ordinaire qu'apparaît le délire : le malade se réveille, se lève sur son lit, cherche, sans y parvenir, à se rendre compte de l'endroit où il se trouve. Il saute à terre, saisit ses vêtements, s'habille à demi et d'une façon bizarre, ou bien il se couche dans le lit qui est à côté du sien, il s'empare des objets à sa portée, les bouscule : tout cela est fait sans grand bruit ; le délire d'action est ici, au fond, un délire relativement calme ; le malade crie rarement, à peine marmotte-t-il quelques syllabes inintelligibles et manifeste-t-il par quelques mots incohérents les illusions et les hallucinations qui l'obsèdent. L'accès se prolonge jusqu'au jour, puis le malade revient à lui, mais il est triste, morose, abattu. La nuit suivante, les mêmes accidents se reproduisent et les choses aboutissent finalement soit à la guérison, ce qui est rare, soit au coma avec hémiplégie symptomatique d'un foyer de ramollissement cérébral, soit aux manifestations délirantes plus bruyantes, que je vais maintenant vous indiquer et qui constituent la forme délirante de l'adulte.

Un homme jeune encore ou à l'âge moyen de la vie, après un repas succulent et de copieuses libations, sort d'une salle surchauffée et s'expose au froid rigoureux d'une nuit d'hiver. Il se sent bientôt mal à l'aise, la tête devient lourde et douloureuse, puis éclate un véritable accès maniaque. Alors le malade a des hallucinations et des illusions, qui provoquent chez lui des impulsions irrésistibles. Il se lève, frappe, brise les objets qui sont à sa portée, court à la poursuite d'ennemis imaginaires ; il lutte avec violence contre ceux qui, autour de lui, cherchent à le retenir et à le dominer. Il crie, appelle, menace. Le pouls est accéléré, la peau couverte de sueurs.

C'est un tableau qui, à certains égards, rappelle celui du délire alcoolique ou du délire de la méningite. Mais, fait important à relater au point de vue du diagnostic, la température reste normale ou s'élève peu au-dessus du chiffre physiologique.

Sur vingt-neuf cas de congestion cérébrale qu'Hammond a recueillis, quatre appartiennent à la forme qui précède, et l'auteur en a notamment rapporté un exemple assez typique pour que je vous le cite ici.

« Dans un cas que j'ai eu récemment à traiter, dit Hammond, l'accès éclata à la suite d'un repas pris en toute hâte dans un buffet de chemin de fer. A peine le malade était-il de retour dans son wagon, qu'il fut pris d'un délire violent et furieux, pendant lequel il voulut porter atteinte aux personnes qui l'entouraient. Tandis qu'on s'efforçait de le contenir et de l'empêcher de nuire, il ne cessa de mordre, de déchirer et de frapper toutes les personnes qui se trouvaient à sa portée. Cet accès délirant dura environ deux heures et fut suivi d'un coma profond d'une égale durée. Plusieurs jours après cette attaque, l'intelligence resta faible et plusieurs points du corps furent le siège d'un engourdissement et d'une insensibilité presque complète. Les forces revinrent peu à peu, mais le malade conserva, durant plusieurs semaines, de la confusion dans les idées, de la gêne dans la parole, des maux de tête et de l'insomnie. »

L'accès de délire congestif dure quelques heures, parfois un ou deux jours, puis le malade revient à lui ou plus souvent il tombe dans un état de profonde torpeur dont on a peine à le sortir. L'agitation musculaire fait place à l'inertie, la respiration devient stertoreuse et bruyante. Au délire succède le coma.

La forme apoplectique est la plus sérieuse de celles que revêt la congestion cérébrale active. Elle peut être précédée, annoncée en quelque sorte, par les symptômes qui constituent la forme légère ou grave : la céphalalgie, la congestion de la face, les battements au niveau des tempes, l'insomnie, quelquefois des vomissements, en marquent le début. D'autres fois, elle éclate sans troubles prémonitoires. Alors tout à coup, sous l'une des mille influences qui sont

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juillet 1883.

susceptibles de provoquer l'hyperémie cérébrale, la tête devient lourde, l'intelligence s'obscurcit vite, les oreilles bourdonnent, les yeux se troublent, la connaissance disparaît, le malade tombe frappé d'une véritable attaque d'apoplexie. Le tableau symptomatique est alors de tous points le même que dans le cas d'ictus par hémorragie cérébrale ou ramollissement, et n'étaient les conséquences et l'évolution de cette attaque, il serait fort difficile de porter un diagnostic étiologique : la perte de connaissance quelquefois incomplète est d'autres fois absolue, les membres sont dans la résolution, moins flasques toutefois que dans le cas d'hémorragie cérébrale (Durand-Fardel) ; on constate exceptionnellement des paralysies localisées, à forme hémiplégique, par exemple, dont la pathogénie est encore indécise et qu'on semble autorisé à rattacher à la prédominance de l'hyperémie, dans l'un des hémisphères cérébraux. Le pouls est régulier et lent, la respiration calme ou stertoreuse. On ne constate pas, fait important, l'abaissement de la température centrale comme dans l'hémorragie.

Le malade reste en cet état comateux quelques minutes, une ou plusieurs heures. Puis il revient à lui. Le voile qui couvre l'intelligence se dissipe, et il ne persiste qu'un certain degré de fatigue, un peu de céphalalgie, de la lenteur dans les conceptions et les idées. Parfois l'apoplexie précède la forme délirante et, dans ce cas, le délire revêt les caractères que nous avons indiqués plus haut.

Hammond a signalé comme dépendant de la congestion cérébrale des attaques convulsives, et il a été ainsi amené à admettre une quatrième forme clinique d'hyperémie cérébrale, la forme *épileptiforme*. Les symptômes de l'accès dans ces cas ne différeraient pas beaucoup de ceux par lequels se traduit l'attaque d'épilepsie vulgaire. Toutefois, il n'y aurait ni aura, ni cri initial ; en revanche, on constaterait le même spasme tonique suivi de convulsions cloniques. La stupeur s'observerait également, mais elle ne serait ni aussi profonde, ni aussi durable, que celle qui se montre dans l'épilepsie véritable.

Déjà J. Franck, puis Tissot, Hoffman, Maisonneuve, plus près de nous Guibert et Blaud (de Beaucaire), d'autres encore, avaient signalé ces accidents convulsifs, qui, d'après Blaud, s'observeraient surtout lorsque l'hyperémie survient chez les enfants. D'après Hammond, au contraire, ce seraient surtout les individus âgés de plus de quarante ans qui seraient sujets à la forme épileptique de la congestion cérébrale. Il faut être très réservé à l'égard des faits dont il s'agit, et je me demande si l'on n'a pas plus d'une fois pris, pour de simples accidents congestifs, des accès d'épilepsie la plus légitime. A cet égard, nous devons ne pas perdre de vue les réserves prudentes édictées par Trousseau. Toutefois, dans ces derniers temps, on a publié quelques faits qu'on paraît en droit de considérer comme des cas authentiques d'épilepsie par congestion. M. R. Lépine (1), notamment, dans un intéressant article relatif au sujet, n'hésite pas à admettre, sur la foi d'observations empruntées à Hoffman, Portal, Romberg, Kussmaul, la possibilité d'accès épileptiformes déterminés par l'hyperémie cérébrale. Il reconnaît néanmoins qu'il faut éviter de tomber dans l'exagération de nos devanciers qui voyaient un peu trop partout l'épilepsie par « pléthore ».

(1) Sur l'épilepsie congestive. — *Revue de médecine*, 1881, p. 500 et suivantes.

Congestion passive. — J'aurai peu de mots à vous dire de la symptomatologie de la congestion passive. J'y reviendrai plus loin d'ailleurs à propos des folies congestives. Je vous rappellerai seulement que, dans cette forme, la congestion revêt rarement l'appareil dramatique de l'hyperémie active. Il s'agit tout d'abord, — et c'est là ce qu'on observe principalement chez les cardiaques, — d'un peu de pesanteur de tête, d'incertitude dans les idées ; puis l'apathie intellectuelle devient profonde, la somnolence est grande, l'idéation est paresseuse ; il y a des rêvasseries, du subdelirium, et, à un degré plus avancé, du coma.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De la syphilis héréditaire tardive.

I

La syphilis héréditaire tardive, par opposition à la syphilis précoce, est constituée par des accidents qui se produisent dans un âge plus ou moins avancé de la vie : soit pendant la seconde enfance, soit pendant l'adolescence, soit même à l'âge adulte. L'influence de la syphilis n'agit pas seulement dans les premiers jours ou dans les premiers mois de la vie, mais elle peut se prolonger assez avant dans l'existence et déterminer des lésions inattendues, graves, dont quelques-unes parfois sont mises à tort sur le compte de la scrofule.

L'étude de la syphilis héréditaire tardive a été dédaignée par les auteurs classiques, et lorsque parfois elle a été abordée, il semble que l'on ait eu peur de la traiter de front. Du reste, l'immense majorité des médecins ne croient pas ou ne croient guère à ces manifestations tardives, et ceux d'entre eux qui les admettent sont encore bien peu nombreux. D'aucuns n'y sont pas hostiles de parti pris, mais ils demandent des preuves pour y ajouter foi. Cependant, je le répète, le plus grand nombre repoussent la syphilis héréditaire tardive et mettent les accidents dont ils sont témoins sur le compte d'une syphilis acquise dans le très jeune âge. Aussi, lorsque nous venons soutenir notre doctrine à cet égard, on nous répond que la syphilis héréditaire se manifeste immédiatement après la naissance, qu'elle se concentre dans les premiers mois de la vie, que lorsqu'elle apparaît plus tard, il s'agit d'une syphilis acquise, enfin que la mode en est aujourd'hui aux empiètements de la vérole.

Si, pour nous, il est parfaitement vrai que d'habitude la syphilis héréditaire apparaît soit à l'époque de la naissance, soit peu de temps après, cependant nous affirmons, preuves en mains, qu'elle peut aussi se manifester plus tard ; qu'elle se soit ou non accusée déjà dans la première enfance, qu'elle peut se montrer de nouveau dans la seconde enfance, dans l'adolescence et à l'âge adulte et que nombre de lésions dites scrofuleuses sont de nature positivement syphilitique ; enfin que cet empiètement de la vérole est prouvé par la clinique, et que, loin de nous en plaindre, cette doctrine nous conduit à pouvoir la reconnaître et la traiter avec succès.

Voici, du reste, quelques exemples qui sont des preuves convaincantes pour chacune de ces trois périodes.

1° *Deuxième enfance*. — Un jeune enfant venait encore, il y a peu de temps, tous les mercredis, avec sa mère à notre

consultation, atteint d'une kératite interstitielle et d'un sarcocèle double. De par ces deux lésions, nous pûmes affirmer qu'il s'agissait d'accidents syphilitiques et les résultats du traitement spécifique ont bientôt confirmé notre diagnostic. L'enquête à laquelle nous nous livrâmes nous fit connaître que son père avait eu la syphilis avant son mariage et que l'enfant, dès l'âge de quinze jours, avait été traité pour des plaques muqueuses.

Comme second exemple : Un homme atteint de la syphilis se marie prématurément et communique cette affection à sa femme. Peu de temps après, celle-ci devient enceinte et neuf mois plus tard elle donne le jour à un enfant présentant des lésions dont le traitement spécifique le débarrasse promptement. L'enfant reste très-bien portant sans présenter aucun nouveau phénomène pendant sa première enfance, lorsque, à sept ans et demi, son caractère se modifie, ses allures deviennent singulières : il ne travaille plus, ne joue plus, il fuit la grande lumière, il perd la mémoire, a l'air ahuri ; puis il éprouve des tournoiements de tête, des vertiges ; les choses durent ainsi quelque temps et un beau jour, tout à coup, il a une attaque épileptique type avec tous ses symptômes, attaque qui se renouvelle les jours suivants. Connaissant ces antécédents, le diagnostic de syphilis cérébrale de l'enfance fut porté et l'iodure de potassium joint au mercure amenèrent une véritable résurrection. L'enfant a parfaitement guéri.

Vous citerai-je, comme troisième exemple, l'observation de cet enfant de onze ans, qui s'est présenté à nous avec d'affreuses lésions de la bouche, lésions osseuses, perforation du voile du palais, etc. Ses père et mère étaient syphilitiques.

Voilà donc trois cas d'enfants âgés de quatre, sept et onze ans, qui présentent les caractères syphilitiques les plus probants, caractères confirmés chaque fois par la guérison survenant à la suite d'un traitement approprié.

Seuls peut-être, les anatomo-pathologistes, ne se contentant pas de semblables faits, exigeront-ils d'avoir des documents parlant, pour ainsi dire, sur la table de l'amphithéâtre ? Qu'à cela ne tienne. Nous leur citerons l'observation, rapportée par un auteur anglais, d'un enfant de dix ans qui présenta tous les accidents les plus caractéristiques de la syphilis, tels entre autres que la chute du nez, une syphilis cérébrale avec ses symptômes propres se terminant par une hémiplégie droite, l'épilepsie et la mort. Ici l'autopsie a pu être faite, et qu'a-t-on trouvé ? trois nappes gommeuses sur les méninges ainsi que les lésions artérielles types de celles que l'on rencontre dans la syphilis cérébrale.

2° *Adolescence.* — Si nous passons maintenant à l'adolescence, voici également trois observations caractéristiques :

La première, rapportée par Surmay, est celle d'un enfant né de père et mère syphilitiques, syphilitique lui-même dans son enfance et guéri, et qui, à l'âge de seize ans, est atteint d'une ostéo-périostite grave du tibia, laquelle guérit complètement par l'iodure de potassium.

La seconde, que nous empruntons à un médecin des hôpitaux de Lyon, est celle d'une jeune fille de dix-huit ans dont la mère est syphilitique. Elle-même eut des accidents de même nature dans les premiers mois qui suivirent sa naissance. Elle en fut très bien guérie et ce fut à dix-huit ans qu'elle présenta une lésion gommeuse du voile du palais, de l'arrière-gorge, etc., avec ozène. Ces phénomènes disparurent aussi sous l'influence du traitement spécifique.

Enfin, dans la troisième observation, il s'agit du fils d'une femme qui fut syphilisée par son nourrisson. Ici nul doute encore ; un procès s'ensuivit, et les parents furent condamnés à payer une certaine indemnité à la nourrice de leur enfant.

Eh bien ! ce fils né d'une mère ainsi syphilisée eut dans sa première enfance une kératite et présenta cette malformation des dents sur laquelle Hutchinson et M. Parrot ont tant insisté avec raison. Puis à l'époque de l'adolescence apparurent des gommes syphilitiques.

3° *Age adulte.* — Nous arrivons à notre troisième période ou à l'âge adulte, et nous répondons affirmativement par les observations suivantes à cette question : la syphilis héréditaire peut-elle se manifester à l'âge adulte ?

Premier cas : Nous avons vu, il y a quelque temps, à la salle Henri IV, un jeune homme de vingt-quatre ans, qui présentait sur la langue deux ulcérations gommeuses, énormes, aussi menaçantes et aussi caractérisées que possible. Nous diagnostiquâmes facilement la nature de la maladie, et le traitement justifia complètement notre diagnostic ; car, soumis dès le 30 janvier au traitement par l'iodure de potassium, le 16 février il était guéri. Interrogé avec le plus grand soin, ce jeune homme nous a formellement assuré qu'il n'avait jamais contracté la syphilis : de plus, une enquête rétrospective nous a appris que son père, syphilitique, était allé se faire soigner, à deux reprises différentes, à l'hôpital du Midi ; que sa mère avait dû se soumettre aussi à une médication spécifique, enfin que lui-même avait présenté, peu après sa naissance, des plaques muqueuses pour lesquelles on avait institué un traitement spécial.

Or, si l'on vient à vous parler d'un homme qui, syphilisé personnellement il y a vingt-cinq ans, revient un jour avec des lésions différentes mais de même nature, vous ne trouverez à cela rien d'étonnant. Eh bien ! ce que vous admettez comme naturel en pareil cas l'est tout autant pour l'enfant qui contracte la syphilis dans le ventre de sa mère, naît avec certaines lésions, en guérit bien et promptement dans les premiers mois de sa vie et vingt-cinq ans plus tard présente de nouveaux accidents syphilitiques.

Second cas : J'ai eu récemment aussi dans mes salles un homme de vingt-huit ans, entré pour une syphilide gommeuse de la jambe entée sur une hyperostose tibiale. Interrogé, il a nié avoir jamais contracté la syphilis. Suivant donc ma doctrine, je pensai qu'il s'agissait encore ici de syphilis héréditaire tardive et je fis mon enquête. J'appris alors que si le père était vraisemblablement syphilitique, sa mère l'était certainement d'après les accidents qu'elle avait éprouvés et notamment d'après certaine perforation du voile du palais. J'appris aussi que, dès l'âge de trois mois, cet homme avait été traité par Trousseau au moyen de bains de sublimé. Il fut guéri. Mais à l'âge de cinq ans il eut une lésion du bras ; à sept ans, une kératite ; à douze ans, une exostose du bras ; à quinze ans, des lésions du nez et de l'arrière-gorge ; enfin à vingt-huit ans, une syphilide gommeuse. Voyez-vous ici la maladie se dérouler depuis l'âge de trois mois jusqu'au jour où il est venu dans nos salles se guérir par le traitement spécifique ! Quel fait plus classique, plus probant, plus conforme à l'évolution de la syphilis !

De tous les faits que je viens de vous exposer, n'en résulte-t-il pas une démonstration parfaite de la syphilis héréditaire tardive ?

Si, passé l'âge de vingt-huit ans, je n'ai pas de faits peut-

être absolument probants aux yeux de tous, cependant il en est qui, pour moi, sont certains, entre autres celui d'un homme de quarante-sept ans. Mais comme je ne veux vous parler que de faits absolument démontrés, je m'arrête, comme âge, à celui de vingt-huit ans, et ne citerai que pour mémoire des observations dans lesquelles il s'agit d'individus de quarante, quarante-quatre, cinquante-deux et même soixante ans, car il leur manque l'enquête rétrospective sur leurs ascendants.

DES EFFETS DE LA LÉSION EXPÉRIMENTALE

DES PÉDONCULES CÉRÉBRAUX COMPRENANT CELLE DES PYRAMIDES SENSITIVES (DE DUVAL ET SAPPEY). — HÉMIANESTHÉSIE CROISÉE COÏNCIDANT AVEC LES TROUBLES MOTEURS DE ROTATION EN MANÈGE.

Par M. V. LABORDE.

Sans entrer dans le fond du débat qui touche au mécanisme même de la production des paralysies soit de la sensibilité, soit de la motricité par une lésion encéphalique, je me propose, à l'occasion de la dernière communication de M. Brown-Séquard à la Société de biologie, d'appeler l'attention sur quelques points relatifs à la topographie et à la physiologie des principaux conducteurs centripètes ou de la sensibilité dans l'encéphale, points dont on ne me paraît pas s'être suffisamment préoccupé dans les récentes études dirigées de ce côté.

C'est particulièrement sur les fibres sensitives ou sensitivo-sensorielles qui semblent constituer la région postéro-externe de la capsule, c'est-à-dire sur ce que l'on appelle le *faisceau sensitif* propre ou direct ou de Meynert, que se sont portées et comme concentrées les investigations et les interprétations des physiologistes et des cliniciens, lesquelles ont surtout abouti à la démonstration des hémianesthésies croisées et de leur mécanisme pathogénique.

Nous nous bornerons à rappeler ici, à ce sujet, nous plaçant uniquement sur le terrain expérimental, que si Veyssière d'abord, Raymond ensuite, ont obtenu comme résultat dominant de leurs expériences, des effets hémianesthésiques croisés, nous avons produit, de notre côté, à l'aide d'un procédé qui consiste à réaliser des foyers hémorragiques aussi localisés qu'on peut le désirer, des effets *directs* d'hémianesthésie. J'ai fait constater ce résultat par mes collègues de la Société sur un chien que je lui ai présenté en 1879, et dont l'autopsie faite avec le plus grand soin par mon ami Mathias Duval, a complètement confirmé le siège présumé de la lésion expérimentale : *la région postéro-externe de la capsule ou du faisceau sensitif*, d'où il semblerait résulter, en conséquence, qu'une portion, au moins, de ces fibres conductrices échapperait à la décussation, ce qui serait en accord avec la doctrine de ceux qui pensent, — et M. Brown-Séquard est surtout de ceux-là, — que les conducteurs sensitifs ne suivent pas dans l'encéphale une voie absolument et nécessairement la même, et qui serait une voie exclusivement croisée, pas plus d'ailleurs que les conducteurs centrifuges ou moteurs.

Mais les fibres sensitives dont il vient d'être question ne sont pas les seules que l'on rencontre et que l'on connaisse dans les régions de l'isthme encéphalique et au delà.

Il existe, en effet, dans la région bulbo-protubérantielle et pédonculaire, un faisceau distinct du faisceau pyramidal antérieur proprement dit, qu'il accompagne et auquel il s'applique, se comportant exactement comme ce dernier relativement à la *décussation* de ses fibres, au niveau du collet du bulbe : ce sont les fibres si bien décrites récemment par MM. Mathias Duval et Sappey, qui sont une continuation des cordons postérieurs de la moelle, au moment où ceux-ci, s'enfonçant d'arrière en avant, *décapitent* les cornes postérieures de la même façon que les cordons latéraux décapitent, au début de leur entre-croisement, les cornes antérieures, pour aller former les pyramides motrices. Ces faisceaux, que l'on distingue fort bien sur des coupes soit transversales, soit longitudinales.

Il s'agit donc là d'un territoire que les investigations anatomiques les plus délicates démontrent être parfaitement distinct du faisceau moteur auquel il confine, mais qui se comporte relativement à l'entre-croisement de ses fibres absolument comme la portion entre-croisée de ce dernier. Aussi ne devra-t-on pas être étonné, *à priori*, et en déduction immédiate de la notion anatomique, que les effets des lésions de ce faisceau soient croisés. Mais il appartenait à la recherche expérimentale de le démontrer, et c'est ce que j'ai essayé de faire.

Jusqu'à présent il n'a été fait, à l'égard de la fonction spéciale de ce faisceau, que des hypothèses suggérées par l'analogie des fonctions attribuées aux cordons postérieurs eux-mêmes, d'où ils procèdent. On a supposé notamment, — et Mathias Duval a émis cette opinion, dans un désir sans doute de doter physiologiquement un de ses enfants anatomiques, — que les pyramides sensitives présidaient spécialement à la sensibilité *tactile :* c'est la fonction spéciale que Scheff a attribuée aux cordons postérieurs. Je ne crois pas que la démonstration expérimentale de ce fait ait été et puisse même être réalisée de façon à ne pas laisser de doute dans un esprit suffisamment exigeant en matière de preuve semblable.

Mais ce qui me paraît pouvoir être démontré clairement, — et j'en apporte ici un exemple vivant en la personne de l'animal (chien) que mes collègues ont sous leurs yeux, — c'est ce qui suit :

Lorsqu'au moyen d'un procédé que j'ai déjà maintes fois rappelé ici et qui consiste à pénétrer dans le crâne à l'aide d'une sorte de vilebrequin pratiquant une très étroite ouverture, et ne donnant lieu ni à de l'hémorragie, ni à aucun traumatisme grave, lorsque, dis-je, après avoir bien établi les points de repère préalables, on va, à travers l'un des hémisphères, *piquer* (je dis piquer, car il ne s'agit pas ici de section) les pédoncules cérébraux vers le niveau de leur émergence ou de la région dite *calotte*, voici ce que l'on observe, ainsi qu'on peut le constater sur le sujet ici présent :

D'abord le phénomène capital et constant à la suite de cette lésion bien réussie, la rotation de l'animal en manège, — habituellement du côté de la lésion, — ce qui est le cas actuel, car la lésion a été faite à droite, et vous voyez l'animal tourner toujours irrésistiblement de ce côté.

En second lieu, — et c'est le point sur lequel j'insiste ici particulièrement, — une hémianesthésie croisée, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion, à gauche dans l'espèce, et s'observant surtout sur la patte postérieure (chez les quadrupèdes, notamment chez le chien, les phénomènes d'ordre paralytique sont plus accusés dans le train postérieur). Cette hémianesthésie est d'autant plus accusée, de même d'ailleurs que le trouble moteur concomitant, que l'on est plus proche des premiers moments et des premiers jours de production de la lésion expérimentale ; les phénomènes s'atténuent ensuite progressivement, tout en persistant, comme on le voit sur notre chien, à un degré assez accusé, plusieurs semaines après l'opération. Celle-ci peut être également pratiquée sur le cobaye et donner des résultats semblables et très manifestes ; mais ces petits animaux ne survivent que peu de jours à la lésion.

Il importe de remarquer que dans les conditions d'opération exactement réussie, l'on n'observe aucune modification appréciable du côté des sens spéciaux, notamment du côté du sens de la vision. Ce sont, en ce cas, les seuls phénomènes de sensibilité générale qui sont impliqués, en même temps que les phénomènes de coordination ou d'équilibration harmonique des mouvements.

L'adjonction des faisceaux sensitifs en question à des faisceaux moteurs bien déterminés intervient-elle, et jusqu'à quel point, dans cette fonction de coordination et d'harmonie motrices? C'est une question que nous nous contentons de poser, mais non, peut-être, sans y être autorisé ; car nous savons le rôle que jouent assurément les *cordons postérieurs* de la moelle dans cette fonction, et

il n'est pas, conséquemment, hors de propos de se demander si ce rôle ne serait pas partagé par des fibres qui sont une émanation directe de ces cordons. Il convient aussi de ne pas oublier, dans une telle appréciation, que les fibres des pédoncules cérébelleux supérieurs font comme partie intégrante du faisceau pédonculaire atteint par notre lésion expérimentale.

En somme et en résumé, le point que nous avons voulu mettre surtout en relief dans cette communication occasionnelle, et qui résulte d'une démonstration expérimentale que nous croyons être aussi précise que possible, c'est que l'*hémianesthésie croisée*, d'origine encéphalique, contemporaine et concomitante de l'impulsion rotatrice en manège, et impliquant uniquement les phénomènes de sensibilité générale, est l'effet constant d'une lésion du faisceau pédonculaire cérébral, intéressant simultanément et nécessairement et les *pyramides sensitives* (de Duval et Sappey) et les faisceaux proprement moteurs (pyramides antérieures), et aussi les fibres du pédoncule cérébelleux supérieur.

Pour compléter cette étude, il me reste à réaliser une expérience d'épreuve dont le dispositif est tout indiqué par ce qui précède : c'est de voir ce qui se passe au double point de vue des phénomènes de sensibilité, — moteurs, dans le cas de lésion expérimentale des pyramides sensitives, après section complète, et hémisection préalable des cordons postérieurs.

Ce complément de recherche est en train, et j'espère pouvoir vous en apporter bientôt les résultats.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 juillet 1883. — Présidence de M. Bouley.

PRÉSENTATIONS

Les nerfs vaso-dilatateurs. — M. DASTRES, en son nom et au nom de M. Morat, présente un travail extrait des archives de physiologie sur les nerfs vaso-dilatateurs du membre inférieur. MM. Dastres et Morat se sont proposés, dans ce travail, d'élucider la question de l'innervation vasculaire du membre inférieur. Trois opinions se trouvent en présence : l'une, qui admet qu'on ne trouve dans le sciatique et ses branches que des vaso-constricteurs ; la seconde, qui veut, au contraire, qu'il ne contienne que des vaso-dilatateurs ; la troisième enfin, qui admet, dans le sciatique, un mélange de vaso-constricteurs et de vaso-dilatateurs. C'est à cette dernière opinion que se sont ralliés MM. Dastres et Morat. Leurs nombreuses expériences les ont conduits aux résultats suivants : la section du sciatique, l'excitation du bout périphérique, amènent une élévation de la pression artérielle et un abaissement de la pression veineuse, c'est-à-dire une contriction évidente. L'excitation des bulles digitales amène successivement une constriction et une dilatation ; il n'y a donc pas un effet univoque, et il y a, dans le même nerf, un mélange de filets constricteurs et de filets dilatateurs ; mais au niveau des bulles digitales ce sont ces derniers qui dominent. Les résultats varient aussi selon les animaux.

Étude du cerveau. — M. LUYS présente le moule d'un hémisphère cérébral qui a été fait par M. Baretta sur une pièce préparée par M. Luys et sur lequel on voit parfaitement les fibres rayonnantes allant de l'écorce à la capsule interne, à la manière des rayons d'une roue de voiture. M. Luys fait ressortir tous les avantages qu'on peut tirer, pour l'étude anatomique et physiologique du cerveau, d'un pareil procédé dont les résultats sont d'une parfaite exactitude.

COMMUNICATIONS

Lactation anomale. — M. DE SINETY a récemment observé un cas de lactation anomale chez une jeune chienne n'ayant jamais été fécondée et qui présente périodiquement du lait dans les mamelles au moment où devrait se produire chez elle la parturition si elle avait été fécondée. Ce sont là des faits rares et peu connus.

Procédé d'anesthésie chloroformique. — M. QUINQUAUD, en son nom et au nom de M. Gréhant, fait la communication suivante :

Au lieu d'employer pour anesthésier les chiens une muselière dans laquelle on introduit une éponge imbibée de chloroforme, procédé qui cause fort souvent la mort des animaux, nous nous servons, à l'exemple de M. Paul Bert, de mélanges titrés d'air et de vapeur de chloroforme, dont nous maintenons la composition constante pendant tout le temps que doit durer l'anesthésie. Le dispositif de nos expériences est le suivant :

Une grande cuve de bois, doublée de zinc ayant la forme d'un parallélipipède, est supportée par des tréteaux en dehors du laboratoire ; elle présente sur deux côtés opposés deux ouvertures que l'on peut ouvrir ou fermer à l'aide de robinets à gaz de fort calibre. Un couvercle plan, percé en son milieu d'une ouverture, est doublé d'une feuille de zinc qui, sur tout le contour, a été recourbée à angle droit et peut s'engager dans une rainure profonde de 10 centimètres environ, située à la périphérie de la grande cuve ; cette rainure, remplie d'eau, assure une fermeture hermétique.

1° Pour composer un mélange à 10 grammes de chloroforme pour 100 litres, mélange d'air et de vapeur qui, d'après les recherches de M. Paul Bert, permet d'obtenir une anesthésie prolongée, nous versons à l'aide d'un tube gradué un volume de $6^{cc},6$ de chloroforme pur (pesant 10 grammes) par 100 litres de volume, et, la cuve contenant 640 litres d'air, nous versons en totalité 42^{cc} de liquide ; nous attendons quelque temps que la vaporisation du chloroforme soit complète, nous attachons une muselière de caoutchouc sur la tête d'un chien fixé sur une gouttière et nous intercalons entre cette muselière et le robinet de la cuve deux soupapes à eau offrant une très faible résistance ; l'air de la cuve, après avoir circulé dans les poumons de l'animal, est rejeté au dehors.

2° Pour remplacer dans la cuve l'air inspiré et maintenir constante la composition du mélange d'air et de vapeur, nous disposons, vis-à-vis du robinet opposé, un compteur à gaz séparé de la cuve par une petite soupape de Muller, qui reçoit d'abord $6^{cc},6$ de chloroforme mesurés exactement et qui sont renouvelés chaque fois que 100 litres d'air ont traversé le compteur et ont pénétré dans la cuve.

Dans ces conditions, nous avons obtenu une anesthésie prolongée et nous cherchons à doser dans le sang la proportion de chloroforme qui produit et maintient l'anesthésie.

Note sur l'anesthésie par les mélanges de liquides neutres. — M. R. DUBOIS, à l'occasion de cette communication, prend la parole, non pour réclamer la priorité, bien que ce procédé ait été mis en pratique dans le laboratoire de M. Paul Bert, dans le courant de l'année dernière, mais seulement pour faire connaître les motifs qui n'avaient pas permis la publication des expériences ayant trait à cette question.

M. le professeur Paul Bert était convaincu depuis longtemps que dans la pratique chirurgicale tout est absolument livré au hasard et que la plupart des accidents sont dus à ce que le mélange de l'air avec les vapeurs anesthésiques n'est pas dans les proportions voulues. Dans le but de chercher à éviter ces terribles accidents dont l'opérateur ne peut être prévenu que par l'apparition des symptômes qui accompagnent d'ordinaire la mort, arrêt de la respiration, du cœur, etc., M. Bert a fait une longue série de recherches à la suite de laquelle il est enfin arrivé à fixer d'une manière définitive les effets physiologiques qui correspondent à des mélanges déterminés d'air et de chloroforme. On s'est servi, pour ces expériences, du double gazomètre de M. le docteur de Saint-Martin, qui est encore le seul appareil véritablement pratique, permettant d'administrer d'une façon continue des mélanges bien titrés pour les anesthésies de longue durée. Mais ces appareils ont l'inconvénient de n'être pas portatifs et d'être assez coû-

teux. Il ne faut songer à employer aucun des nombreux appareils qui ont été proposés pour doser la quantité de chloroforme ; aucun d'eux n'est susceptible de donner à volonté un mélange déterminé et constant. Ils sont tous basés sur des principes faux : les uns sur la rapidité de l'évaporation sur une surface donnée, les autres sont réglés au moyen d'orifices, de tubes et de robinets, d'autres encore sur le poids de chloroforme employé. Mais on sait bien que la tension de vapeur du chloroforme est considérable et qu'elle peut varier du simple au double par une faible variation de température. Cette tension variable de la vapeur de chloroforme donne toujours des mélanges incrustants dans les appareils connus. C'est alors que M. le docteur Dubois eut l'idée de mettre à profit cette tension qui constituait un obstacle et de faire de cette propriété physique un moyen de réglage, en quelque sorte automatique ; il construisit à cette époque divers appareils qui permettaient d'obtenir des mélanges constants en faisant passer, pour le saturer, de l'air refroidi dans du chloroforme également refroidi à une température constante ; à chaque degré de température devait correspondre un mélange déterminé. Malheureusement on ne connaissait pas encore le moyen d'obtenir facilement des températures inférieures à 0° et constantes et à la glace fondante ; la tension de vapeur du chloroforme est encore beaucoup trop grande pour obtenir les proportions indiquées par M. le professeur Paul Bert.

C'est alors que le docteur Dubois, pour diminuer la tension de vapeur du chloroforme, mélangea ce liquide avec différents autres, eau, glycérine, alcools divers et entre autres avec l'alcool éthylique pur. Bien que l'auteur ait établi, par des expériences antérieures, que l'alcool agit par un mécanisme analogue à celui du chloroforme, il ne comptait pas sur l'effet thérapeutique de l'alcool, qui ne volatilise dans ces conditions qu'en faible quantité. Mais en abaissant la tension de vapeur du chloroforme par son mélange avec l'alcool, on ne fait que reculer la difficulté, car la rapidité de l'évaporation du chloroforme changera toujours, sous la moindre influence, température, rapidité du courant d'air, etc., etc. De plus, ce mélange se détitre à chaque inspiration et l'on ne connaît pas la loi de ces variations.

Pour ces diverses raisons, le docteur Dubois pense que l'appareil proposé par M. le docteur Quinquaud ne peut pas permettre d'obtenir des mélanges constants et que de nouvelles recherches sont nécessaires pour obtenir, au moyen de ce principe, un appareil basé sur des données véritablement scientifiques.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite du scrutin qui a eu lieu le 4 juillet pour l'élection d'un représentant du Collège de France au Conseil supérieur de l'instruction publique, M. Ernest Renan, membre de l'Académie française et de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, administrateur du Collège de France, a été déclaré membre du Conseil supérieur de l'instruction publique en remplacement de M. Édouard Laboulaye, décédé.

— *Choléra.* — Si la situation sanitaire en Égypte paraît rester stationnaire dans les localités infectées par l'épidémie cholérique, si même, pendant les deux journées du 6 et du 7 juillet, la mortalité a diminuée à Damiette, il est nécessaire de faire remarquer qu'une grande partie de la population de cette ville s'est enfuie vers le lac Menzaleh où l'on commence à signaler maintenant aussi un certain nombre de décès. De plus, le choléra a fait son apparition dans plusieurs autres localités telles que Kafr-Cheik et Dessouk. En résumé, l'épidémie s'étendrait actuellement, d'après le journal *le Temps*, sur une longueur de 65 kilomètres et une largeur de 30, sans compter Port-Saïd.

Voici, du reste, les chiffres des décès pour les trois dernières journées :

5 juillet : Damiette, 120; Mansourah, 32; Samanoud, 16; Alexandrie, 1.

6 juillet : Damiette, 72 ; Menzaleh, 11 ; Mansourah, 50 ; Samanoud, 9 ; Chibine, 3.

7 juillet : Damiette, 96 ; Mansourah, 148 ; Samanoud, 14 ; Alexandrie, 1 ; le Caire, 1.

— Dans sa séance hebdomadaire de vendredi, le Conseil d'hygiène publique a délibéré sur les mesures à prendre en vue d'écarter de Paris l'invasion du choléra. Après avoir constaté par l'examen des rapports officiels que le fléau n'avait pas franchi les rivages de la mer Rouge et les bords du Nil et qu'aucun cas ne s'était déclaré sur les côtes de France, le Conseil a cru néanmoins qu'il était prudent de prendre certaines mesures préventives plutôt pour donner satisfaction à l'opinion publique que pour prévenir un danger qui n'existe pas.

C'est dans ce but qu'il a nommé une commission spéciale, chargée de reviser, s'il y a lieu, les instructions prescrites en 1865 et en 1874 en vue du choléra.

Cette commission est composée de MM. Bouchardat, Bourgoin, Dujardin-Beaumetz, Lagneau, Loiseau et Pasteur.

— Par décret en date du 6 juillet 1883, ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après, les médecins dont les noms suivent ;

Au grade de médecin principal de première classe : (Choix.) M. Poncet, médecin principal de deuxième classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, en remplacement de M. Roudet, retraité. — Est maintenu auxdits hôpitaux.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : (Choix.) M. Driout, médecin-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, en remplacement de M. Poncet, promu. — Est affecté aux hôpitaux de la division d'Oran.

Au grade de médecin-major de première classe : (Ancienneté.) M. Mazellier, médecin-major de deuxième classe au 72e d'infanterie, en remplacement de M. Ferra, mis en non-activité. — Est affecté au 112e d'infanterie.

(Choix.) M. Nicaud, médecin-major de deuxième classe, au 111e d'infanterie, en remplacement de M. Driout, promu. — Est affecté au 61e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : (Premier tour de l'ancienneté.) M. Cassan, médecin aide-major de première classe au 64e d'infanterie, en remplacement de M. Mazellier, promu. — Est affecté au 51e d'infanterie.

— Par décision ministérielle en date du 6 juillet 1883, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés :

M. Moussu, médecin principal de deuxième classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour l'hospice mixte de Tarbes. — Emploi créé.

M. Durant, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital d'Amélie-les-Bains, pour l'hospice mixte d'Angoulême. — Emploi créé.

M. Paoli, médecin principal de deuxième classe des hôpitaux de la division d'Oran, pour l'hôpital de Marseille.

M. Cominal, médecin-major de première classe au 2e régiment du génie, pour le 13e d'artillerie.

M. Deville, médecin-major de première classe au 142e d'infanterie, pour le 75e régiment de même arme.

M. Collin, médecin-major de première classe au 61e d'infanterie, pour le 94e régiment de même arme.

M. Clément, médecin-major de première classe au 43e d'infanterie, pour le 17e régiment de même arme.

M. Guillemin, médecin-major de première classe à l'hôpital de Marseille, pour la place et l'hospice mixte de Toul. — Emploi créé.

M. Pellerin, médecin-major de première classe au 94e d'infanterie, pour la place de Verdun. — Emploi créé.

M. Josien, médecin-major de première classe au 17e d'infanterie, pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains.

M. Augiéras, médecin-major de première classe des hôpitaux de la division d'Alger, pour le 30e bataillon de chasseurs à pied.

M. Poigné, médecin-major de première classe des hôpitaux de la division d'Alger, pour le 12e d'artillerie.

M. Bernhard, médecin aide-major de première classe, au 2e régiment de chasseurs à cheval, pour le 135e d'infanterie.

M. Janin, pharmacien-major de 2e classe des hôpitaux de la division d'Alger, pour l'hôpital de Nancy.

— Pendant le second trimestre de cette année, le nombre des transports sur brancards effectués à Paris par le service des secours publics aux malades et blessés a été de 301 (hommes, 191; femmes, 110).

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Bourdel, délégué dans les fonctions de préparateur de physique, est nommé préparateur de physique.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Jallet, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'accouchements et maladies des femmes, en remplacement de M. Bonnet, décédé.

— Sur la demande qui en a été faite, et en présence de travaux spéciaux déjà annoncés, le conseil d'administration de l'Association française pour l'avancement des sciences, a décidé qu'une *sous-section d'hygiène et médecine publique* serait installée au Congrès de Rouen (16-23 août 1883). Cette sous-section pourra ultérieurement être transformée en *section.*

Les personnes qui désireraient présenter des mémoires relatifs à l'hygiène sont priées d'en adresser les titres à M. C.-M. Gariel, au secrétariat de l'Assistance française, 4, rue Antoine-Dubois, où sont centralisées les demandes de communications.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Félix Baudouin, médecin expert près le tribunal de première instance de la Seine, ancien président de la Société médicale des bureaux de bienfaisance, décédé le 4 juillet 1883 à Savonnières (Meuse).

Annuaire général des dentistes, publié sous le patronage de la Société syndicale odontologique de France, augmenté d'un mémorial thérapeutique du médecin-dentiste, par le docteur Andrieu. Troisième année, 1883-1884. 1 vol. in-18. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Leçons sur l'opération de la cataracte, précédées d'observations et mémoires divers, par le professeur Badal. 1 vol. in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14782.

N° 80. — JEUDI 12 JUILLET 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 12 JUILLET 1883. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr. ».** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Histoire de la rage. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. De la syphilis héréditaire tardive. — De l'intervention chirurgicale dans les petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. — Étude clinique sur les indications à remplir dans le traitement des fractures des membres. Avantages des appareils hyponarthéciques à suspension. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A propos de la discussion sur le lathyrisme, incidemment M. Bouley a exposé des idées très justes sur les conséquences pratiques des doctrines de M. Pasteur.

Si toutes les contagions sont dues à des microbes, qui, dans un milieu favorable, se multiplient indéfiniment, tandis qu'ils avortent et meurent, ou dégénèrent pour le moins, dans un milieu moins bien préparé, l'espoir du médecin peut être surtout de modifier le milieu et non pas tuer les germes à coups d'assommoir.

Ainsi l'étude des milieux, des individus, des idiosyncrasies, étude qui formait la base de la clinique traditionnelle, doit conserver toute son importance si les nouvelles théories l'emportent. L'avenir de la médecine ne doit pas rompre avec le passé, même en cas de complet triomphe des organismes microscopiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire de la rage (1).

VI

Traitement de la rage. — Le traitement de la rage est surtout un traitement préventif. Nous savons qu'il existe un virus que nous ne connaissons pas, et qui, s'il est absorbé par l'organisme, déterminera la rage au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Il faut donc le détruire au plus tôt pour l'empêcher d'infecter l'organisme. La ligature du membre au-dessus de la morsure ou de la plaie envenimée, la compression des vaisseaux ramenant le sang est donc une bonne chose ; puis il faut *cautériser le plus tôt possible la plaie avec le fer rouge,* et cautériser fortement, chirurgicalement. Cette méthode d'ailleurs avait été conseillée par Celse et Dioscoride, mais les Arabes, suivant en cela les théories galéniques, avaient fait oublier ces excellents préceptes. Non seulement il faut cautériser, mais il est indispensable de le faire promptement : chaque minute perdue est préjudiciable au malade. Après le fer rouge, d'autres caustiques peuvent être employés à son défaut : le beurre d'antimoine, le caustique de Vienne, l'acide sulfurique, le nitrate d'argent, l'ammoniaque, le perchlorure de fer et en dernier lieu l'acide phénique ; mais, sachez-le bien, tous ces agents ne valent pas le fer rouge.

Si la partie mordue est pour ainsi dire mâchée et qu'on puisse l'enlever, n'hésitez pas à le faire, peut-être serez-vous assez heureux pour empêcher le virus d'envahir l'organisme.

Les anciens avaient pour coutume de faire suppurer longtemps la plaie.

Quant au traitement général, il nous montre tout ce que la crédulité populaire a pu accepter, exploitée par le charlatanisme qui, dans cette maladie, s'est donné libre carrière, avec les pratiques les plus extraordinaires. C'est ainsi qu'on faisait manger aux malheureux des omelettes faites avec des écailles d'huîtres, etc., etc.

Nous trouvons une thérapeutique des plus riches, malheureusement, dont les résultats sont bien pauvres.

On a employé la sudation violente, moyen qui peut rendre quelques services.

Le mercure a été en grande faveur, mais sans aucun résultat réel.

Il existait encore, dans l'antiquité, un traitement célèbre appelé aussi *traitement des matelots.* Celse le recommandait et Van Swiéten raconte que des enragés durent leur salut à l'épreuve de l'eau subie jusqu'à l'asphyxie.

Malgré ces témoignages, la méthode hydrothérapique doit être regardée comme inefficace.

Pour ma part, le seul traitement général que j'approuve, est le traitement hygiénique, et je laisserais faire au malade ce qu'il veut, s'il tient à un voyage qui doit calmer son moral.

Quand la rage est déclarée, et vous sentant impuissants, abandonnerez-vous le pauvre patient ? Non, votre devoir est de l'assister jusqu'à la fin, il faut l'entourer de soins et rendre ses derniers moments moins pénibles.

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 juin 1883.

Guy Patin donnait de l'opium à haute dose et laissait ainsi mourir les enragés dans l'engourdissement.

Il y a à peine cinquante ans, on étouffait ces malheureux entre deux matelas.

Dans les cas désespérés, les narcotiques vous seront d'un grand secours : les injections de chlorhydrate de morphine, le bromure de potassium, la fève de Calabar, le chloral à haute dose.

La saignée à blanc vantée par Galien a été employée, mais sans succès.

Magendie a essayé l'injection d'eau dans les veines et prétend avoir vu cesser les spasmes.

Nous pouvons craindre que toutes ces pratiques n'aient guéri que ceux qui n'étaient pas enragés.

L'acide cyanhydrique a été donné tantôt dilué et d'autres fois presque pur ; sous l'influence de ce poison, le malade tombait comme foudroyé, puis se relevait : les spasmes semblaient moins violents, mais la mort n'en est pas moins survenue.

L'électricité a été employée avec un semblant de succès. Vous en trouverez l'exposé dans l'excellent Traité de mon collègue et ami le professeur Jaccoud. On a cru qu'on faisait ainsi vivre le malade plus longtemps.

Que n'a-t-on pas essayé contre l'affreuse rage, jusqu'à l'inoculation du venin de la vipère ? Mais devant la vraie rage déclarée, tout est resté impuissant.

Cependant, il ne faut pas désespérer. Qui nous aurait dit, il y a un siècle, que le scorbut deviendrait une maladie historique ? Qui nous aurait dit que la peste reculerait devant l'hygiène et aurait des barrières sanitaires ?

J'ai là, sous les yeux, les dernières communications faites au Conseil d'hygiène, où M. Dujardin-Beaumetz a rapporté trois observations de rage humaine. Il résulte aussi des rapports officiels qu'en 1882, il y a eu dix cas de mort de rage à Paris, tandis qu'en 1881 il y en avait eu vingt.

A l'Institut, M. Pasteur a fait, en 1882, diverses communications sur la rage, desquelles il résulte que si la salive contient bien réellement le virus qui donne la rage, ce virus n'y existe pas isolé, tandis qu'il se trouve sûrement dans le système nerveux. Pasteur a inoculé à des animaux un virus rabique ; il leur a donné la rage non mortelle, et sur le nombre des chiens ainsi inoculés, il y en a eu qui se sont montrés plus tard réfractaires à une nouvelle inoculation.

Peut-être n'y a-t-il qu'un pas à faire pour que la science moderne découvre et fixe un virus atténué de la rage comme pour le charbon.

L'étude de la rage est à l'ordre du jour. Dans la séance du 18 décembre 1882, à l'Académie des sciences, Paul Bert est venu rendre compte de ses expériences sur la rage. Il a inoculé le sang d'un chien enragé à un chien sain, et depuis un an que l'inoculation a été faite, l'animal n'a pas eu la rage. On savait que le sang n'est pas le véhicule ordinaire du virus. D'après le même auteur, ce ne serait pas la salive qui donnerait la rage, mais l'écume provenant des bronches.

Mais si la salive ne donne pas la rage, elle amène, dit-il, aux points où elle a été inoculée des décollements si considérables, que la mort peut s'ensuivre.

Si on filtre à travers du plâtre la bave des chiens enragés, on constate que la partie filtrée, inoculée à d'autres chiens, ne donne pas la rage, tandis que la partie restée sur le filtre la produit.

En résumé, il ne faut pas désespérer de l'avenir, il faut chercher toujours. La science de demain peut nous donner le remède efficace, et si l'on parvient à éteindre l'horrible maladie dans les espèces animales, la rage disparaîtra complètement, car l'homme n'a jamais spontanément la vraie rage.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De la syphilis héréditaire tardive (1).

II

La syphilis héréditaire tardive a-t-elle une physionomie qui lui soit propre ? se traduit-elle par quelques signes particuliers ? Oui, pour la grande majorité des cas, mais non d'une façon absolue pour tous. Oui, il existe certaines particularités capables, sinon d'attester formellement, tout au moins de faire grandement soupçonner cette maladie.

Ces signes sont compris dans les neuf groupes que j'ai fait figurer dans le tableau suivant :

Signes principaux pouvant servir au diagnostic de la syphilis héréditaire tardive.

A. — I. Habitus et facies ;
II. Développement physique tardif et incomplet (infantilisme) ;
III. Déformations crâniennes et faciales ;
IV. Lésions osseuses ;
V. Cicatrices de la peau et des muqueuses ;
VI. Vestiges de kératite, d'iritis, etc. ;
VII. Troubles ou lésions de l'appareil auditif ;
VIII. Lésions testiculaires ;
IX. Malformations dentaires (dents syphilitiques) ;

B. — I. Polyléthalité des enfants ;
II. Enquête rétrospective sur les ascendants ;

Passons donc en revue ces différents signes à tour de rôle.

I. *Habitus et facies.* — Ici nous ne trouvons rien d'absolument bien significatif. Il est certain néanmoins que la plupart des sujets atteints de syphilis héréditaire sont des individus délicats, plus chétifs que robustes, maigres et dont les muscles sont pauvrement développés. Leur teint est pâle, plutôt gris même ; leur peau est terreuse, basanée, comme enfumée. Si cet habitus et ce facies peuvent se rencontrer chez tous les individus lymphatiques, débiles et affaiblis, cependant le syphilitique héréditaire se distingue du scrofuleux en ce qu'il n'a pas la peau fine, transparente, rosée de ce dernier, ni l'hypertrophie caractéristique de la lèvre supérieure, ni la lividité cyanique des extrémités.

II. *Infantilisme.* — Nombre de syphilitiques héréditaires présentent un retard véritable ainsi qu'une certaine imperfection dans leur développement physique. En effet, ils grandissent lentement, marchent et parlent tardivement ; leur croissance est pénible, lente, comme entravée par une nutrition insuffisante. A l'âge adulte, ils sont encore de taille petite, exiguë, au-dessous de la moyenne, ils sont étriqués et grêles proportionnellement. Cette petitesse de la taille est un fait constant. C'est ainsi que nous avons vu

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 juillet 1883.

des femmes mesurant $1^m,43$, $1^m,42$, $1^m,36$, voire même $1^m,33$, comme la petite négresse actuellement dans nos salles, laquelle ne pèse pas plus de 36 kilos. D'autre part, dans le sexe masculin, les testicules restent pendant longtemps avec les dimensions de ceux d'un enfant ; ils sont petits, rudimentaires. La barbe est lente à pousser, ainsi que tout le système pileux. En un mot, la virilité, tardive, est lente à s'accentuer. Chez les filles, on constate un retard des plus manifestes dans le développement des seins, par exemple, dans les fonctions menstruelles, dans le développement pileux, de telle sorte qu'à dix-huit ans elles ont souvent encore les apparences d'une enfant de dix ans.

En résumé, l'infantilisme, qui fait que l'adolescent a toutes les apparences de l'enfant, et l'adulte celles de l'adolescent, est un des traits caractéristiques majeurs de la syphilis héréditaire.

Cet arrêt de développement peut encore quelquefois s'exagérer jusqu'à l'atrophie et vous rencontrez ainsi des sujets petits, rabougris, atrophiés, ratatinés, passés en un mot à l'état de véritables nabots. Ceci me rappelle l'enfant que j'ai vue, il y a cinq ou six mois, avec mon collègue des hôpitaux. M. Tarnier. Son père était mort de la syphilis, sa mère était elle-même syphilitique et avait déjà perdu plusieurs enfants. A première vue, l'enfant qui m'était présentée paraissait avoir six ou sept ans au plus : elle en avait, en réalité, quatorze ! Elle était d'une taille des plus exiguës, grêle de formes, rabougrie dans tous les sens. Ses bras n'étaient pas plus gros que le pouce ; sa tête était petite, sa figure chétive, délicate, néanmoins très intelligente et comme honteuse de son rabougrisme. Le *Medical Times* de 1872 cite aussi le fait d'une jeune fille si peu développée qu'à l'âge de *seize ans* elle n'était pas encore réglée et ressemblait absolument à un enfant de *six ans!* M. Lancereaux rapporte, de son côté, l'observation d'une femme, *âgée de quarante et un ans*, née de père et mère syphilitiques, elle-même syphilitique héréditaire, qui présentait un arrêt de développement général des plus remarquables, surtout du côté des organes génitaux ; elle était presque complètement chauve, le pénil était glabre, elle n'avait jamais été menstruée, et ses seins étaient ceux d'une fille non pubère. Cette femme ayant succombé à la tuberculose, l'autopsie en fut faite, et l'on trouva un utérus et des ovaires arrêtés dans leur développement, sans organes de Graaf, enfin comme s'il s'était agi d'une petite fille de huit ans.

Voilà donc des documents des plus instructifs pour nous, qui contiennent des enseignements majeurs. En effet, ces faits d'atrophie nous montrent l'action éminemment puissante de la syphilis sur l'organisme humain, c'est-à-dire un arrêt de développement, une atrophie générale de tout l'individu, un abâtardissement de tout son être, une dégénérescence de l'espèce. De plus, et contrairement à l'opinion généralement admise, la syphilis produit autre chose encore que des accidents spécifiques ; elle a des conséquences indirectes, exerçant une influence d'ensemble sur l'économie, comme toutes les maladies qui apportent une perturbation de tout l'organisme, telles, par exemple, que le lymphatisme, la scrofule, la tuberculose, etc. Quant au rachitisme, je ne dirai pas qu'il est toujours la conséquence de la syphilis, mais je dirai que la syphilis est un de ses affluents spéciaux.

III. *Déformations crâniennes et nasales.* — Parlons d'abord des premières. Les déformations crâniennes ne sont pas constantes, mais elles existent dans nombre de cas et se reconnaissent facilement. Elles portent surtout sur la région frontale et peuvent se présenter sous trois variétés, qui sont : 1° le front olympien ; 2° le front à bosselures latérales ; 3° le front en carré.

Qu'est-ce que le front olympien ? Chez les sujets atteints de syphilis héréditaire tardive, le front, au lieu de décrire sa courbe normale, devient à la fois plus élevé et plus large. Tantôt il s'élève droit, très haut, de façon à représenter ce que les Anglais appellent le front carré ; tantôt il devient plus proéminent, il bombe en avant comme le crâne d'un hydrocéphale ; en un mot, ce front haut et ample est celui auquel on donne communément le nom de front olympien et que l'on représente comme l'emblème de la majesté divine. Quant au front à bosselures latérales, il est caractérisé par la présence de bosselures situées sur deux ou trois points du frontal, ayant la forme de petits mamelons aplatis, circulaires, saillants, assez analogues à celles que l'on observe à la suite de contusions plus ou moins violentes ; elles sont le plus souvent constituées par des ostéophytes. Enfin le front en carré présente les bosselures médianes et s'aplatit latéralement comme le thorax des rachitiques.

Les déformations crâniennes peuvent se montrer aussi sur les parties élevées et latérales du crâne, où elles se trouvent alors masquées par la chevelure. Elles comportent à leur tour quatre variétés. Ce sont : 1° les bosselures situées sur les parties latérales et quelquefois postérieures du crâne, elles sont analogues aux bosselures frontales ; 2° une déformation caractérisée par un élargissement transversal du crâne, l'augmentation de son diamètre bipariétal, de telle sorte que les bosses pariétales normales se trouvent déjetées en dehors. En même temps on observe quelquefois une rigole supérieure, avec dépression correspondant à la suture sagittale et constituant ce que M. Parrot a dénommé le crâne natiforme et qu'il a si bien décrit. Cette disposition, si caractéristique chez l'enfant, disparaît en grande partie avec l'âge et ne se retrouve plus chez l'adulte qu'à l'état de vestige ; 3° une troisième variété est l'asymétrie, c'est-à-dire que l'une des moitiés du crâne ne ressemble pas à l'autre ; 4° la quatrième forme est le crâne hydrocéphale, elle est exceptionnelle. En effet, si l'hydrocéphalie est un symptôme fréquent dans la syphilis héréditaire, — j'en connais plus de trente exemples. Cependant on la rencontre rarement, je répète même « exceptionnellement », parce que très peu d'hydrocéphales survivent à cette lésion et que l'hydrocéphalie tue de bonne heure. Je vous citerai comme exemple l'hydrocéphalie d'une jeune fille de seize ans, née de père syphilitique, et dont le crâne est l'un des plus volumineux que j'aie jamais vus.

Si maintenant nous passons aux déformations nasales, nous dirons tout d'abord qu'elles sont très curieuses et très importantes. Elles sont de deux ordres : 1° considérables, grossières, hideuses ; ce sont celles qui ont un passé pathologique, elles sont les moins communes ; — 2° minimes, non ridicules, n'altérant que peu la forme du nez, enfin elles n'ont pas d'histoire ; ce sont les plus communes.

Étrange classification, dira-t-on ; je n'en disconviens pas, mais justifiée néanmoins par la clinique.

Les déformations du premier ordre constituent ce que l'on appelle « les nez effondrés ». On rencontre quelquefois des exemples de ces difformités nasales énormes où le nez est éboulé, s'est effondré comme une toiture qui n'a plus une charpente suffisante pour la soutenir. Or, suivant que sa char-

pente s'écroule en haut ou en bas, le nez présente des aspects différents. En effet, la charpente de l'étage supérieur, c'est-à-dire les os nasaux, cède-t-elle ? le nez s'effondre dans cette région, et sa pointe se relève et regarde en avant. Au contraire, si c'est le rez-de-chaussée qui s'écroule, le nez subit un mouvement de recul dans sa portion inférieure, laquelle rentrera alors dans sa portion supérieure comme les cylindres d'une lorgnette, d'où le nom de nez en lorgnette.

Ces deux formes peuvent se rencontrer chez les sujets syphilitiques, quoique assez rarement, à la suite d'un passé pathologique. En effet, si l'on interroge les antécédents, on trouve qu'à l'âge de huit, dix ou douze ans l'enfant a eu des épistaxis fréquents, des écoulements par les narines, une sorte de jetage, de l'ozène, et qu'il y a eu, à un moment donné, élimination de séquestres par le nez, puis effondrement.

Au contraire, les déformations minimes ne modifient pas sensiblement le nez, ne le rendent pas grotesque, elles le vicient simplement sans défigurer l'individu. Aussi frappent-elles peu au premier abord, et l'on ne voit guère qu'un défaut d'harmonie et de régularité dans le visage. Cependant, si on y regarde avec attention, on s'aperçoit bientôt que le nez est aplati à sa racine, un peu écrasé ou camard. Dans la forme la plus atténuée, on ne constate même que quelques petites irrégularités. En tous cas, ces nez n'ont pas d'histoire, ils n'ont pas de passé pathologique, et si vous interrogez à ce sujet les parents de l'enfant, ils vous répondront de très bonne foi qu'ils l'ont toujours vu ainsi. Cette déformation n'a pas encore pu être expliquée. Serait-elle la conséquence d'un coryza infantile ? ou bien la déformation serait-elle de naissance ? Dans tous les cas, aucune autre maladie ne saurait déterminer pareille lésion persistante.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES PETITES TUMEURS DE L'OVAIRE ET DE L'UTÉRUS.

Par M. le docteur Péan (1),
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Conclusions. — 1° Il est un certain nombre de tumeurs de l'ovaire qui nécessitent l'ablation de cet organe avant qu'elles aient acquis un grand volume.

2° Ces tumeurs se rattachent à certaines variétés d'inflammations chroniques, de kystes, de fibromes et de cancers.

3° Ce sont généralement les accidents nerveux, en particulier les névralgies et les troubles menstruels qui forcent le chirurgien à intervenir.

4° C'est à tort, suivant nous, qu'on a proposé ces sortes d'opérations pour arrêter les hémorragies qui proviennent de tumeurs utérines. En pareil cas, leur effet serait tout au moins aléatoire.

5° Le manuel opératoire et les soins consécutifs sont les mêmes que pour les grandes tumeurs. La petitesse de la plaie, la rapidité de l'opération, les ligatures perdues, la rentrée des pédicules, la bonne fermeture de la plaie suffisent habituellement pour assurer le succès (4 succès sur 4 opérées).

6° Grâce aux ressources que procurent l'anesthésie, l'hémostasie et les pansements antiseptiques, l'ablation des petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, autrefois si redoutée, peut être pratiquée sans trop de difficultés ni de dangers dans un bon nombre de cas.

7° Pour les petites tumeurs de l'utérus, il faut s'en tenir à l'ablation partielle par la voie vaginale toutes les fois qu'elle suffit à enlever la tumeur et dépasser les limites du mal.

8° S'il s'agit de kystes ou de tumeurs fibreuses pédiculées, l'excision avec le bistouri ou le thermo-cautère, la ligature lente ou extemporanée peuvent trouver leurs indications et leurs avantages.

9° S'il s'agit d'un cancer épithélial, il vaut mieux recourir à l'ablation partielle avec le cautère tranchant de mon modèle, même lorsque, outre le col et les culs-de-sac du vagin, il faudrait détruire l'intérieur du corps de l'utérus.

10° S'il s'agit de petites tumeurs fibreuses de l'utérus qui mettent la vie en péril et qui se rapprochent de l'hypogastre et surtout de l'ombilic, l'ablation partielle par la voie sus-pubienne suivant les procédés que j'ai imaginés, est avantageuse quand elle suffit pour dépasser les limites du mal. Quand elle ne suffit pas, l'ablation totale de l'utérus ne devra être tentée par cette voie que dans des cas exceptionnels.

11° S'il s'agit de petites tumeurs fibreuses de l'utérus incompatibles avec la vie, qui, en raison de leur petit volume, de leur nombre, de leur siège, sont difficilement accessibles par la voie hypogastrique et ne peuvent être guéries que par l'ablation totale de l'utérus, le mieux sera de les aborder par la voie vaginale en suivant notre procédé.

12° Dans l'ablation totale de l'utérus par la voie vaginale, il n'est pas nécessaire d'enlever les ovaires, en même temps que cet organe, s'ils ne sont pas malades. Au cas où ils le seraient, leur ablation n'aggraverait pas sensiblement l'opération.

13° Lorsque l'utérus est affecté de cancer épithélial, l'ablation totale n'a donné jusqu'ici de bons résultats que dans les cas où le néoplasme était limité au col de l'utérus ainsi qu'à la muqueuse du corps. Or, dans ce cas, l'ablation partielle avec le cautère tranchant aurait suffi et aurait été d'une bénignité incomparable ; dans les cas où l'utérus était plus profondément atteint, les dangers de mort rapide et la promptitude de la récidive rendaient l'intervention aussi périlleuse qu'inutile, ce qui revient à dire que l'ablation totale de l'utérus, si vantée aujourd'hui dans ces sortes de tumeurs, trouvera rarement son application.

(1) Ouvrage présenté à l'Académie de médecine, séance du 3 juillet 1883.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES INDICATIONS A REMPLIR DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES, — AVANTAGES DES APPAREILS HYPONARTHÉCIQUES A SUSPENSION (1).

Par M. le docteur Philippe (de Saint-Mandé).

IV

Voici un aperçu de statistique résumant pratiquement nos observations.

Moyenne de durée des journées de traitement. — Fractures de jambe, 35 cas ; durée de traitement, 32,3 jours.

Fractures de rotule, 5 cas ; durée de traitement, 38,6 jours.

Fractures de cuisse, 10 cas ; durée de traitement, 45,4 jours.

Fractures de bras et avant-bras, 12 ; durée de traitement, 24 jours.

Total, 62 cas ; moyenne générale, 33,4 jours.

Nous ajouterons à cette statistique générale quelques observations particulières avec des résultats sortant de l'ordinaire :

Fractures de jambe. — 1875. M. A..., 32 ans, fracture complète ; consolidation après 19 jours.

1875. M. G..., 50 ans, fracture du péroné ; consolidation après 14 jours.

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 juillet 1883.

1875. M. B..., 34 ans, fracture complète ; consolidation après 27 jours.

1874. Hôpital Necker. M. D..., 46 ans, fracture complète ; consolidation après 28 jours.

Fractures de rotule. — Sur cinq sujets observés, trois ont présenté une ossification complète ; chez les deux autres, l'ossification était très avancée.

Voici les dispositions anatomiques de la rotule : on pouvait voir le nouvel os entre deux saillies formées par les deux anciens fragments, bien au-dessous du niveau de ces derniers, constituant une surface concave, de forme conchoïde, production plastique qui donnait beaucoup plus de longueur à la rotule.

Fractures de cuisse. — 1872. M. L..., 39 ans, hôpital Saint-Antoine ; consolidation après 39 jours.

1870. M. A..., 51 ans, hôpital Saint-Mandé ; consolidation après 37 jours.

Fractures du col du fémur extra-capsulaires. — 1875. M. S..., 61 ans, hôpital Saint-Louis ; consolidation après 39 jours.

1877. M. B..., 58 ans, hôpital de Calais ; consolidation après 45 jours.

Sur les 10 cas de fractures du fémur et du col, 4 ont été le siège de raccourcissement qui n'a jamais dépassé 3 centimètres, nombre dans lequel se trouve comprise une fracture du col.

Fractures du bras et de l'avant-bras. — Le nombre de jours de traitement jusqu'à consolidation a varié de 18 à 34.

Voilà les faits : le caractère exceptionnel de plusieurs d'entre eux fixera, nous l'espérons du moins, l'attention des chirurgiens.

Quelles conséquences devrons-nous en tirer pour le choix des différents appareils à appliquer dans les cas si variés et si difficiles de fractures qui peuvent s'offrir à l'observation.

Pour les fractures simples et même le plus grand nombre des fractures obliques et à chevauchement, notre boîte-gouttière peut être employée avec succès.

Toutefois, il faut prévoir certaines circonstances exceptionnelles, telles que la mobilité excessive des fragments ou la persistance de leurs déplacements qui, bien que peu prononcés, exigent un trop long séjour au lit, ou enfin d'autres accidents imprévus qu'on doit prendre en considération en tout état de cause.

Alors la combinaison de l'emploi de notre appareil avec celui des bandages inamovibles nous paraît particulièrement indiquée.

Dans notre pratique, nous n'y avons eu recours que deux fois, à l'occasion d'une fracture de jambe avec chevauchement considérable et d'une fracture de cuisse sous-trochantérienne ; il restait encore un peu de mobilité dans les fragments ; la consolidation était très avancée avant l'application du bandage inamovible.

Nous faisons usage un peu plus souvent des bandages inamovibles dans les fractures du membre supérieur, mais toujours exceptionnellement.

Quant aux fractures compliquées, nous croyons l'indication formelle pour l'application de la boîte à suspension préférablement à tout autre moyen, quelque méthode qu'on suive plus tard. Nous devons, avant d'épuiser ce sujet, faire ressortir les avantages que présente cette dernière sur les autres appareils à suspension.

En effet, la suspension s'opère latéralement au lieu de se faire de haut en bas, ce qui simplifie la construction de l'appareil, rend les pansements faciles et ne laisse aucune interruption à la suspension en procédant à ces derniers.

Presque tous les appareils hyponarthéciques sont formés de sangles ; ce sont des espèces de hamacs qui, par le peu de consistance et le peu de fixité des tissus qui les composent, n'offrent pas la solidité de la gouttière et sont soumis à tous les mouvements du membre fracturé auxquels ils cèdent constamment.

Quant à l'appareil de Mayor, sa planchette en fil de fer n'ayant pas de rebords, la contention est insuffisante, malgré l'usage des cravates dont il enveloppe le membre.

Mais la supériorité de la boîte-gouttière est surtout constituée par la solidité du fond de l'appareil qui fournit un point d'appui fixe, à l'aide duquel on peut interposer entre lui et le point fracturé des corps plus ou moins élastiques qui, en pressant sur les fragments, rétablissent leurs rapports.

Cette même fixité de la gouttière permet de donner au membre, et au talon particulièrement, diverses positions qui opèrent aussi la coaptation : différents résultats utiles qui ne sauraient être obtenus en se servant des appareils hyponarthéciques à suspension généralement usités.

De l'étude clinique à laquelle nous venons de nous livrer, nous pensons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Les appareils hyponarthéciques à suspension présentent une grande supériorité sur les autres appareils, à cause de l'isolement dans lequel ils placent le membre fracturé, en le rendant, jusqu'à un certain point, indépendant du corps, circonstance qui épargne beaucoup de douleur au malade et lui permet des mouvements, en même temps que son moral est moins affecté, n'étant pas obligé de se soumettre à une immobilité complète.

En enrayant l'action musculaire, la suspension amène l'immobilisation du point fracturé à des degrés plus ou moins élevés.

Toute compression est évitée.

Le membre est toujours sous les yeux du chirurgien.

Voilà les avantages communs à tous ces appareils, mais il en est d'autres que notre boîte-gouttière réalise exclusivement.

Les voici :

1° L'immobilisation de la fracture est plus complètement obtenue à cause de la solidité et de la fixité de la gouttière qui, contrairement au défaut de consistance des tissus dont sont composées les sangles des hamacs généralement employés actuellement, ne varie pas comme ces derniers, qui ont pour inconvénient, par leurs vacillations continuelles, de suivre tous les mouvements du membre ;

2° Par cette disposition de la gouttière, elle offre un plan solide et invariable qui peut servir de point d'appui à des corps plus ou moins élastiques destinés à agir sur les fragments déplacés, en opérant la coaptation immédiate.

Cette même disposition de la gouttière permet aussi de rétablir les rapports de ces mêmes fragments par la position seule du membre.

3° Ce dernier, étant libre dans l'appareil et toujours sous les yeux du praticien, donne à celui-ci la possibilité de veiller avec un soin constant sur toutes les phases de la formation du cal, de diriger même ce travail, de rectifier, par la coaptation immédiate, les déviations des extrémités osseuses et de répondre à toutes les complications ;

4° Les manœuvres nécessaires, pour donner une bonne direction à l'évolution plastique des os déplacés et pour conserver leurs rapports d'une manière permanente, ont pour

effet de ne laisser aucune interruption dans cette évolution et de permettre à la consolidation de s'opérer, sans éprouver aucun retard.

De cette manière, la durée du traitement est notablement abrégée.

5° La conservation des rapports des fragments prévient une foule d'accidents provenant de leurs déplacements et de la migration de leurs surfaces acérées, tels qu'inflammation, plaies, abcès, hémorragies, etc.

6° La surveillance incessante de la marche du travail de néoformation osseuse et les procédés mis en usage pour le rectifier rendent la coaptation des fragments plus exacte et les résultats définitifs plus complets.

7° L'agencement régulier des extrémités osseuses et la durée moins prolongée de la formation du cal donnent la latitude d'imprimer de bonne heure des mouvements aux articulations voisines de la fracture et préviennent les difformités et les ankyloses.

D'où la possibilité pour le malade de faire fonctionner plus tôt le membre affecté.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet ampliation d'un décret qui approuve l'élection de M. le docteur Ball comme membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Berne (de Lyon), qui sollicite le titre de membre correspondant et envoie, à l'appui de sa candidature, l'énoncé de ses titres et travaux ;

2° Une note *sur le traitement du choléra asiatique au moyen de l'opium*, par M. le docteur Simorre ;

3° Une note complémentaire sur *l'extirpation totale de l'utérus par le vagin*, par M. le docteur Demons (de Bordeaux) ;

4° Une observation *de décollement de la rétine guérie par une operation d'iridectomie*, par M. le docteur Fano ;

5° Un mémoire intitulé : *Physiologie pathologique et traitement du choléra*, par M. le docteur Ed. Personne ;

6° Un mémoire intitulé : *Considérations sur l'étiologie et le traitement de la pneumonie lobaire aiguë*, par M. le docteur Alison.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant pour la quatrième division.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne (*ex æquo*), M. Audouard (de Nantes), et M. Cazeneuve (de Lyon) ; en deuxième ligne, M. Lotard (de Lille), et M. Perrier (de Bordeaux).

Le nombre des votants étant de 48, la majorité est de 25.

M. Audouard obtient.......... 36 suffrages.
M. Cazeneuve.......... 10 —
Bulletins blancs.......... 2 —

En conséquence, M. Audouard, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé correspondant de l'Académie.

LECTURE

Contribution à l'étude de la contagion de la fièvre typhoïde, spécialement dans les hôpitaux. — M. OLIVIER lit un mémoire sur deux faits de fièvre typhoïde qui se sont produits dans son service à l'hôpital Saint-Louis, dans le courant du mois de janvier de l'année dernière, chez deux jeunes femmes syphilitiques. Une de ces malades était couchée dans un lit voisin d'un lit occupé par une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde, l'autre quelques mètres plus loin. M. Olivier, considérant ces deux faits comme des cas certains de contagion, fit évacuer et nettoyer la salle.

Il en conclut que dans les hôpitaux il conviendrait : 1° d'éloigner des malades atteints de fièvre typhoïde les personnes jeunes et non encore acclimatées ; 2° de prévenir le public du danger qu'il peut y avoir pour ces personnes à rendre des visites, surtout si elles sont répétées, aux typhoïdiques.

DISCUSSION SUR LE LATHYRISME.

M. BOULEY rapporte, avec plus de détails, l'observation de M. Verrier, déjà résumée dans le dernier numéro de la *Gazette des hôpitaux*, et relatives à des chevaux d'omnibus dans la ration desquels on avait fait entrer le lathyrus. Il relate également une autre observation du même auteur sur quatre chevaux de ferme nourris avec cette même substance et atteints de paralysie ou de cornage. Enfin il communique une lettre qui lui a été adressée par un médecin de province sur des canards, des oies, des paons, empoisonnés et mourant le jour même, pour avoir mangé soit des graines de lathyrus, soit de la pâtée dans laquelle entrait de la farine de lathyrus.

M. Bouley fait remarquer qu'il existe plusieurs espèces de lathyrus, dont l'action pourrait être différente, et c'est ainsi qu'il explique les divergences des auteurs sur cette question.

Un point certain, c'est que le lathyrus qui empoisonna les chevaux observés par M. Verrier et celui qui empoisonna les Arabes et les Kabyles observés par M. Proust, porte son action principalement sur le système nerveux. On pourrait donc songer, suivant M. Bouley, à utiliser cette action contre la rage, puisque le microbe de la rage se localise dans le système nerveux.

Toutes les contagions sont dues à des microbes qui se développent dans certains milieux, et en modifiant ces milieux par de très petites quantités de substances actives, on peut les rendre impropres à la culture de ces microbes.

M. Bouley cite comme exemple la malaria des marais Pontins, qui pourrait être prévenue par l'usage de quantités faibles d'arsenic prises journellement, et le choléra qui, suivant les statistiques de M. Burq, ne se développerait jamais chez ceux qui absorbent le cuivre tous les jours en quantités faibles.

M. Bouley déclare, en terminant, que, dans la prévision d'une épidémie de choléra, il va faire un usage constant de substances renfermant du cuivre.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 9 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. le professeur Gailleton, maire de Lyon ; le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine ; Manoha, médecin-major de première classe au 19e d'artillerie ; Morand, directeur du service de santé du 7e corps d'armée ; Fristo, médecin-major de première classe au 24e d'infanterie ; Jacquemart, médecin-major de première classe au 51e d'infanterie ; Courant, pharmacien principal de première classe à l'hôpital Saint-Martin ; Capon, vétérinaire principal de première classe.

Au grade de chevalier : MM. Cellier, médecin de colonisation à Mostaganem ; le docteur Legroux, médecin des hôpitaux de Paris ; le docteur Terrier, chirurgien des hôpitaux de Paris ; le docteur Ollivier, médecin des hôpitaux de Paris ; le docteur Lutaud, médecin des prisons de la Seine ; le docteur V. Cornil, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; le docteur Guès, ancien médecin de la gendarmerie de Marseille ; le docteur Puyjoli de Meyjounissas ; le docteur Calès, membre du Conseil général de la Haute-Garonne ; le docteur Camuset, maire de Longwy (Jura) ; le docteur Bernard, adjoint au maire de Saint-Lô ; le docteur Pomier, chirurgien en chef de l'hôpital de Pau ; le docteur Carence, chirurgien

en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulon; Vincens, médecin-major de première classe au 49e d'infanterie; Corties, médecin-major de première classe au 72e d'infanterie; Le Cadre, médecin-major de première classe au 136e d'infanterie; Jeanmaire, médecin-major de première classe; Moret, médecin-major de première classe au 35e d'artillerie; Bedoin, médecin-major de première classe; Ramonet, médecin-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Alger; Laederich, médecin-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Oran; Regnier, médecin-major de première classe aux hôpitaux de la division de Constantine; Tanfin, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, Zeller, pharmacien-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Oran; Campariol, Fieuzet, Robert, Barbillon, Logeay, Servols, vétérinaires en premier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14792.

N° 81. — SAMEDI 14 ET MARDI 17 JUILLET 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 14 ET MARDI 17 JUILLET 1883. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. La congestion cérébrale et la folie congestive. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. De la syphilis héréditaire tardive. — Nature et traitement de l'ophtalmie purulente. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La congestion cérébrale et la folie congestive (1).

III

DE LA FOLIE CONGESTIVE. — Je vous ai montré jusqu'à présent la congestion cérébrale survenant comme un épisode accidentel, au cours de la santé apparente ou pendant l'évolution d'une affection retentissant sur le système veineux. Il me reste, et c'est surtout par ce côté que l'histoire de la congestion cérébrale se rattache à nos études habituelles, à vous parler des troubles cérébraux plus ou moins persistants ou durables, qui dépendent d'une congestion cérébrale chronique, en un mot, de la *folie congestive*.

Je ne crois pas, je me hâte de le dire, que la congestion cérébrale même prononcée et habituelle puisse à elle seule engendrer la folie. Il me paraît nécessaire qu'elle soit secondée par la prédisposition individuelle à l'aliénation. Les fous congestifs comme les fous anémiques sont en général des héréditaires. Vous vous en convaincrez si vous vous livrez à une enquête minutieuse, quand vous serez en présence de malades de cet ordre. En d'autres termes, pour qu'un surcroît d'irrigation artérielle ou veineuse amène à sa sa suite ce fonctionnement défectueux de la cellule nerveuse qui s'appelle la folie, il est nécessaire que la cellule soit, par droit de naissance ou de conquête, préparée à ce fonctionnement défectueux. L'hyperémie est une cause adjuvante qui provoque l'orage, je le veux bien; qui lui imprime telle ou telle modalité, je l'admets sans peine, mais ce n'est qu'une cause adjuvante. La manière d'être de l'élément anatomique, sa tendance à réagir sous l'influence d'une incitation, reste la condition primordiale et capitale de l'aliénation.

Il ne s'agit pas là, notez-le bien, d'une simple vue théorique, d'une hypothèse gratuite de physiologie pathologique, mais d'une donnée que je crois conforme à la réalité clinique et dont l'étude attentive des antécédents héréditaires ou personnels des aliénés congestifs vous démontrera la réalité.

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 juillet 1883.

Cela dit, je ne fais nulle difficulté à admettre les folies congestives. Je considère, au contraire, leur existence comme positive et bien démontrée.

Ici encore, nous devons, pour la facilité de la description, admettre deux variétés de folie par congestion : celle qui résulte d'une congestion active habituelle, chronique en quelque sorte, de l'encéphale, et celle qui est la conséquence d'une stase veineuse engendrée elle-même par un obstacle à la circulation en retour du sang noir.

A. *Folie congestive par hyperémie active.* — Cette forme de folie a été naguère indiquée par M. Baillarger. Mais c'est à M. Voisin que revient le mérite de l'avoir décrite et complétée. Pour vous donner dès l'abord une idée clinique assez nette du tableau symptomatique par lequel elle se traduit, je ne puis mieux faire que de vous mettre sous les yeux une observation assez typique que j'emprunte à ce dernier auteur (1). Il s'agit d'une femme âgée de quarante-cinq ans. Sa physionomie était gaie, animée ; elle avait ce qu'on appelle le *facies erecta* égaré par moments ; elle gesticulait beaucoup, la parole était brève, rapide, elle avait des hallucinations de la sensibilité générale et de l'ouïe ; on lui donnait, disait-elle, des coups dans la rue et on lui faisait mal ; elle entendait avec une grande finesse tous les bruits que faisaient ses voisins ; elle croyait qu'on l'appelait dans la rue et qu'on lui prodiguait les mots les plus injurieux. C'est sous cette influence que cette dame a commis une action qui a été la source d'assez grands ennuis pour un étranger ; elle marchait dans une rue, puis tout à coup elle s'arrête, prétend qu'elle a été frappée par un individu qui passait à côté d'elle, l'interpelle, s'exalte et se plaint avec un tel air de sincérité qu'on arrête ce monsieur, injustement accusé, et qu'on le maintient deux heures dans un poste de police. Cette dame était atteinte de folie congestive liée à la ménopause.

Les principaux caractères symptomatiques de l'aliénation par congestion active se retrouvent dans ce cas. Dans l'espèce, en effet, les malades se sentent persécutés, mais souvent chez eux les idées de persécution s'allient avec le délire des grandeurs. Ils ont des richesses, mais ils n'en jouissent pas ; ils sont puissants, mais il y a des obstacles à l'exercice de leur puissance. Les aliénés de cette catégorie ont des hallucinations de la sensibilité générale et de l'ouïe,

(1) A. Voisin. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et sur les maladies nerveuses*, 1883.

et chez eux les idées tristes sont souvent sous la dépendance de ces hallucinations. Les malades ont d'ordinaire l'attitude hautaine, le regard fier, le facies triste et méprisant à la fois. Ils restent sérieux et ne rient jamais. La mémoire est assez fidèle, la parole brève, vive et saccadée.

En même temps ils présentent, dans la plupart des cas du moins, l'habitus congestif : le cou est court, le visage coloré, le pouls plein et fort. Ils ressentent des serrements de tête, éprouvent des étourdissements.

Ces derniers symptômes ne sont pas moins utiles que les troubles intellectuels pour permettre de poser le diagnostic étiologique. Le délire, en effet, est loin d'être toujours caractéristique : ce n'est après tout qu'un symptôme, qui peut revêtir la même physionomie, bien qu'il soit le résultat de processus différents. C'est ainsi que dans certains cas les manifestations délirantes de la folie anémique ressemblent singulièrement à celles de la folie congestive. Les symptômes physiques seuls et les conditions pathogéniques permettent de différencier l'une de l'autre.

Mais quelque similitude dans la physionomie clinique qu'il puisse y avoir entre la folie par hyperémie et certaines autres formes d'aliénation, la réalité du rôle du processus congestif est démontrée par les causes particulières qui déterminent le trouble mental, comme aussi par les lésions rencontrées à l'autopsie.

Anatomie pathologique de la congestion cérébrale et particulièrement de la folie congestive. — Jusqu'à présent, je n'ai fait nulle allusion aux lésions anatomiques qui constituent la congestion cérébrale vulgaire. C'est que l'étude de ces lésions a peu d'importance. Elles sont en général peu marquées lorsqu'on est à même de les constater après la mort, et elles sont d'ailleurs souvent assez transitoires pour qu'il soit difficile d'en trouver la trace positive à la nécropsie. Il s'agit, dans les cas vulgaires, de la distension des vaisseaux de la pie-mère, de la dilatation congestive de ceux de la substance blanche et grise du cerveau, déterminant *l'état criblé* de Durand-Fardel. Ce qu'il y a de plus caractéristique dans l'espèce, c'est moins la présence des minimes altérations que je viens de vous indiquer que l'absence de graves lésions comme celles qu'on rencontre dans les cas d'hémorragie et de ramollissement.

Il n'en serait pas tout à fait de même en cas de congestion chronique ayant déterminé des symptômes d'aliénation. On rencontrerait dans ce cas les lésions suivantes que M. A. Voisin a décrites avec une certaine minutie : « On trouve, dit cet auteur, des exsudats hématiques intra et extra-cérébraux; les méninges ne sont pas toujours vascularisées à l'excès, mais en tout cas elles ne sont adhérentes à aucun point de la substance grise. Souvent on trouve un léger piqueté, des apoplexies capillaires dans la substance grise, qui, ainsi que la blanche, est infiltrée de substance hématique en amas, de cristaux d'hématine, d'hématoïdie, d'infarctus, d'épanchements globulaires d'âges différents et ayant subi des transformations variées. Les vaisseaux offrent dans leurs parois des cristaux d'hématine; mais jamais on n'y rencontre la moindre hyperplasie de tissu conjonctif, très rarement des gouttelettes de graisse, dernier état que je crois résulter alors d'une sorte de fatigue des membranes vasculaires. »

La connaissance de ces altérations est sans nul doute instructive. Nous y voyons en quelque sorte le résidu que le flot sanguin a laissé après lui : elles sont comme la signature et la preuve matérielle du processus congestif. Mais ne versons pas dans un organisme exagéré et n'ajoutons pas aux lésions dont il s'agit plus d'importance qu'elles n'en ont en réalité; y chercher la cause unique des troubles observés durant la vie, encore une fois, ce serait faire fausse route. N'oubliez pas qu'il faut tenir grand compte des dispositions individuelles, des conditions de fonctionnement et de vitalité de la cellule nerveuse, qui font que les mêmes lésions, inoffensives chez celui-ci, déterminent l'aliénation chez celui-là; c'est à cette condition seulement que, sans négliger les enseignements féconds de l'anatomie pathologique, vous ferez œuvre de médecins.

B. *Folie par hyperémie passive.* — Il en est de la congestion passive comme de l'hyperémie active. Lorsqu'à la suite d'une lésion du système circulatoire, d'une insuffisance mitrale par exemple, elle s'établit à l'état chronique et comme en permanence, elle peut engendrer l'aliénation si elle vient inciter un cerveau qui est préparé ou plutôt prédisposé. Là encore la prédisposition me semble un élément de premier ordre : tous les malades atteints de stase veineuse cérébrale ne sont pas aliénés, il n'en est qu'un petit nombre qui, passez-moi le mot, « font leur stage à la folie ».

M. d'Astros (1), dans une étude récente, s'est attaché à étudier les troubles psychiques qu'on observe dans les cas d'obstacle prolongé à la circulation en retour. Je vous rappellerai brièvement les faits qui se dégagent des observations recueillies, qui se rapportent, pour la plupart à des cas de congestion passive, suite de lésion mitrale. Tantôt on observe, chez les malades, simplement un état de profonde mélancolie, accompagné ou non d'accès de violence; ce n'est pas encore de la folie, à proprement parler. A un degré plus marqué, la dépression s'accuse davantage, la mélancolie va jusqu'à la stupidité, il y a des hallucinations, des tendances impulsives. Lorsque le jeu du cœur est plus profondément troublé, quand l'asystolie apparaît, les hallucinations, surtout celles de la vue, sont plus fréquentes, elles sont parfois terrifiantes, se produisent principalement la nuit, s'accompagnent d'un état lypémaniaque souvent très accentué.

Dans tous ces cas, les troubles observés peuvent être envisagés comme la réaction pathologique d'un cerveau en état d'opportunité morbide, en présence de l'hyperémie plus ou moins accusée.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De la syphilis héréditaire tardive (2),

III

Après avoir tracé un premier tableau de la syphilis héréditaire tardive, après avoir parcouru successivement la première partie des signes principaux qui peuvent servir au diagnostic de la syphilis héréditaire tardive, c'est-à-dire l'habitus et le facies, le développement physique lent et tardif, c'est-à-dire l'infantilisme, enfin les déformations crâniennes et nasales, nous en sommes arrivés au chapitre des lésions osseuses.

---

(1) *Étude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques.* Th. Paris, 1881.

(2) Suite. — Voir le numéro du 12 juillet 1883.

IV. *Lésions osseuses.* — Ces lésions, comme les déformations crâniennes, présentent deux grandes variétés : 1° la tuméfaction osseuse ; 2° des lésions d'ordre rachitique.

Les tuméfactions osseuses sont très fréquentes et les os sont plus volumineux qu'à l'état normal, soit à leurs extrémités, soit au niveau de leur diaphyse. Cette augmentation de volume, cette hypertrophie des extrémités se rencontre surtout sur le tibia, sur la tête du radius et du cubitus et le coude est déformé par le développement d'ostéophytes ; la malléole du tibia est devenue saillante. Enfin l'extrémité antérieure des côtes, plus ou moins considérablement tuméfiées, constitue ce que l'on a appelé le chapelet costal. Voilà pour les épiphyses des os longs. Quant à leur diaphyse, elle subit les mêmes altérations, et ce sont aussi les mêmes os, tibia, cubitus, radius, humérus et clavicule qui en sont atteints.

Cependant, de toutes les parties du squelette, l'os révélateur de la syphilis héréditaire est encore le tibia. Très fréquemment il est affecté, chez le syphilitique héréditaire, d'hyperostose en masse, de telle sorte que sa crête antérieure n'existe plus, elle est devenue mousse et se transforme en face ; l'os devient aussi bosselé, inégal, tubériforme.

Indépendamment de cette lésion, on rencontre encore le rachitisme. Bien souvent, en effet, on observe : 1° une déformation du thorax, son aplatissement latéral avec proéminence du sternum en avant, le thorax est en carène, suivant l'expression consacrée, en poitrine d'oiseau ; 2° une incurvation plus ou moins prononcée des membres, les cuisses sont convexes en avant, les tibias incurvés ; 3° une déviation du rachis en avant pouvant aller jusqu'à la gibbosité ; mais cette altération est plus rare.

Existe-t-il donc une véritable connexion entre le rachitisme et la syphilis ? Oui.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que la question est posée, mais déjà les vieux auteurs considéraient le rachitisme comme un accident de la syphilis. C'est ainsi qu'Astruc disait que les syphilitiques étaient rachitiques ou écrouelleux. Cependant cette grave et importante question n'a jamais été mieux ni plus scientifiquement traitée que par M. Parrot. En effet, c'est après de longues années, après avoir recueilli des milliers d'observations, pratiqué des centaines d'autopsies, que mon collègue de la Faculté a dit et soutenu que le rachitisme était *toujours* la conséquence de la syphilis héréditaire, et nul, certainement, ne s'est plus engagé à fond que lui dans cette question.

Néanmoins, cette doctrine, bien qu'étayée de nombreuses observations, je le répète, n'a reçu jusqu'à présent qu'un accueil très froid ; elle a soulevé aussi de grandes oppositions, et beaucoup de médecins l'ont même rejetée complètement. Que l'on se tienne dans une certaine défiance contre elle, soit, je le veux bien ; mais qu'on la condamne d'une façon absolue, je ne le comprends pas, car après un nombre d'observations aussi grand que celui que M. Parrot a recueilli, on ne saurait rejeter sans examen la thèse qu'il soutient ; il ne convient d'y répondre que par des arguments de même ordre, lesquels demandent aussi un certain nombre d'années pour pouvoir répondre scientifiquement par la négative. Il faut donc savoir attendre avant de rejeter ainsi en bloc la proposition de M. Parrot.

Du reste, il y a dans cette grande question deux points à examiner : un point de fait et un point de doctrine.

Le point de fait est celui-ci : Oui ou non, le rachitisme est-il fréquent chez les sujets atteints de syphilis héréditaire ? Le point de doctrine est le suivant : Le rachitisme que l'on observe chez les syphilitiques héréditaires est-il la conséquence directe ou indirecte de la syphilis ?

Examinons donc ces deux questions l'une après l'autre. Pour moi, il n'y a aucun doute que le rachitisme se rencontre très fréquemment chez les syphilitiques, et c'est à ce point qu'il ne me paraît pas possible de nier ici une relation de cause à effet. J'affirmais déjà le fait il y a dix ans, alors que j'étais attaché à l'hôpital de Lourcine. Du reste, les observations abondent tellement que le fait s'impose par sa fréquence même. Mais en avons-nous l'explication ? Ah ! ici nous commençons à entrer dans la question de doctrine. M. Parrot dit que le rachitisme est une lésion d'essence syphilitique. Je crois qu'en parlant ainsi il dépasse les limites, et qu'il y a exagération à vouloir poser l'équation : rachitisme = syphilis héréditaire. En cela, il a voulu trop prouver, et le défaut de la cuirasse est facile à trouver ; en effet, pour que son équation fut vraie, il faudrait qu'il n'y ait de rachitiques que parmi les syphilitiques. Or, que de fois tous nos confrères et nous-même n'avons-nous pas vu le rachitisme se développer en dehors de toute syphilis, même en faisant la part des erreurs de diagnostic ! En résumé, je considère le rachitisme comme un des affluents de la syphilis, c'est-à-dire que la syphilis fait du rachitisme comme elle fait de la tuberculose, des déformations, etc., et ceci m'amène à répéter ce que j'ai déjà dit maintes fois dans mes leçons : que la syphilis ne fait pas que de la syphilis, mais qu'elle peut produire aussi bien d'autre chose encore qui n'aura plus le masque ni l'allure de la syphilis. Aussi ne devons-nous pas considérer le rachitisme comme d'essence syphilitique, mais comme pouvant être un dérivé de la syphilis. J'établis donc les trois propositions suivantes : 1° le rachitisme se rencontre avec fréquence chez les syphilitiques héréditaires, de telle sorte qu'il n'est pas permis de nier la relation de cause à effet, relation diversement interprétée dans la science ; 2° il semble plus admissible de le considérer comme un effet indirect, comme une conséquence banale de la syphilis agissant en cela ainsi que le ferait toute diathèse.

V. *Cicatrices de la peau et des muqueuses.* — La syphilis héréditaire peut ici donner lieu à des manifestations soit superficielles, soit profondes. Dans le premier cas, la lésion ne laisse pas de traces ; dans le second, au contraire, elle laisse des cicatrices. Reste donc à savoir si celles-ci sont un signe utilisable pour le diagnostic de la maladie. Or le plus souvent les cicatrices sur la peau ne nous apprennent rien, car elles peuvent être le résultat de maintes causes absolument différentes. Cependant il est des cas où elles peuvent avoir une certaine valeur, sinon pour un diagnostic absolu, tout au moins pour éveiller l'attention du médecin et lui permettre de soupçonner la syphilis. Les cicatrices pouvant être suspectées présentent trois caractères : l'étendue, la forme et le siège. En effet, lorsque l'on rencontre des cicatrices très étendues, le champ des hypothèses relativement à leur cause se trouve aussitôt grandement diminué, car vous devez rejeter immédiatement la gale, les furoncles, la varicelle, etc. Leur forme fournit de meilleures présomptions, car si les cicatrices sont rondes, si elles sont polycycliques, c'est-à-dire au bord formé par une série d'arcades, et surtout si elles sont serpentiniformes, elles ne peuvent être que le résultat d'une lésion serpigi-

neuse ne laissant pour ainsi dire aucun doute sur leur origine. Enfin le caractère le plus probant est encore le siège. On sait, en effet, que la syphilis se porte de préférence sur certains points parmi lesquels quatre sont surtout significatifs. Ce sont : les commissures des lèvres, le nez, la région lombo-fessière et le voile du palais ainsi que la gorge.

Les cicatrices commissuraires des lèvres sont très fréquentes chez les enfants et sont assez profondes par suite des cris de l'enfant, lesquels ont pour effet d'augmenter la profondeur des syphilides ulcérées en ce point. Le nez est une victime aimée de la vérole, que celle-ci frappe sa région dorsale, l'aile du nez ou la sous-cloison. Par suite toute cicatrice en l'un de ces points doit au premier abord paraître suspecte. Les cicatrices lombo-fessières et crurales postérieures sont très fréquentes, les syphilides ayant aussi comme siège de prédilection les lombes, les fesses et la partie postérieure des cuisses. Elles ont été surtout très bien décrites par M. Parrot. Elles sont surtout significatives par leurs caractères négatifs, c'est-à-dire qu'elles sont pauvrement formulées, frustes, ressemblant plutôt à des maculations blanches qu'à des cicatrices véritables, et ce caractère effacé même indique qu'elles remontent au premier âge de la vie et qu'elles sont la conséquence d'une lésion papuleuse. Quant au voile du palais et à la gorge, on rencontre fréquemment sur eux d'anciennes ulcérations cicatrisées.

VII. *Vestiges de kératite, d'iritis, etc., et troubles de l'appareil auditif.* — Ces vestiges rentrent dans ce que l'on appelle la triade d'Hutchinson, car c'est lui qui le premier a bien fait connaître dans son livre, les décrivant et montrant leurs connexions et leur origine commune, la syphilis héréditaire. Cette triade comprend : l'inflammation oculaire, les troubles de l'ouïe et les malformations dentaires.

L'œil. — Son examen peut nous fournir un précieux témoignage. En effet, on trouve dans les antécédents de l'individu des phlegmasies oculaires, ophtalmies graves, longues, intenses, souvent une cécité de plusieurs mois guérissant péniblement et laissant à leur suite des altérations de transparence de la cornée et des traces d'iritis, en un mot des *reliqua* d'altérations anciennes de l'organe de la vision.

Quant à l'ouïe, on trouve ici également certaines lésions pour le diagnostic de la syphilis héréditaire. Ainsi, dans les antécédents, on trouvera un écoulement purulent de l'oreille ou bien des accidents de surdité, soit sans lésions aucunes, soit — et plus rarement — résultant d'une altération du tympan. La surdité peut être complète, latérale ou bilatérale, absolue ou non, sans lésion. Cependant, si l'on descend aux détails de cette surdité, on reconnaît qu'elle impose le diagnostic de son origine syphilitique par ces trois faits : 1° qu'elle se produit le plus ordinairement sans lésion ; 2° avec une rapidité extraordinaire ; et 3° sans réaction aucune, sans aucun accident inflammatoire. Les individus deviennent ainsi sourds à froid, sans otite, sans douleur aucune, sans raison, et cela dans un court espace de temps variant entre quinze jours et deux mois. C'est là un fait significatif et pathognomonique de la syphilis héréditaire.

Quant aux malformations dentaires, je les réserve pour la séance prochaine et je termine aujourd'hui par les lésions testiculaires.

VIII. *Lésions testiculaires.* — Le testicule peut être affecté par la syphilis héréditaire comme il l'est par la syphilis acquise directement. Par suite, vous aurez le sarcocèle de l'enfance, comme vous avez le sarcocèle de l'âge adulte ; et si le sarcocèle n'est pas traité, il aboutira fatalement aux mêmes conséquences, c'est-à-dire à la dégénérescence fibreuse et à l'atrophie scléreuse comme chez l'adulte. La lésion testiculaire est donc caractérisée par : 1° des testicules petits, rétractés, ratatinés ; 2° par leur dureté fibreuse, ligneuse ; 3° enfin par leur irrégularité, par des nodosités, par de petites tubérosités nodulaires. Cette lésion est très importante, car elle ne peut être due qu'à la syphilis et parce que son extrême rareté chez l'enfant ne permet pas de supposer qu'elle puisse être le résultat d'une autre affection.

NATURE ET TRAITEMENT DE L'OPHTALMIE PURULENTE

Par le docteur Ch. Abadie.

L'ophtalmie purulente « vraie » est une des maladies les plus graves qui se puissent rencontrer. Abandonnée à elle-même ou soignée d'une façon insuffisante, elle entraîne presque fatalement la perte de l'œil qui en est atteint. D'autre part, elle est si fréquente, qu'il n'est pas de praticien tant soit peu répandu qui n'en rencontre de temps à autre quelques cas dans sa clientèle. On peut donc dire, sans être taxé d'exagération, que la découverte des moyens curatifs de cette redoutable affection doit être considérée comme une de nos conquêtes thérapeutiques les plus précieuses, et je pense qu'il ne paraîtra pas hors de propos que je vienne encore une fois de plus insister sur les règles à suivre pour triompher « sûrement » d'une maladie qui fait encore tant d'aveugles.

Le traitement de l'ophtalmie purulente doit être « purement local ». Il est extrêmement simple et précis. Il consiste essentiellement en cautérisations énergiques faites « toutes les douze heures dès le début de la maladie » avec une solution de nitrate d'argent 3 p. 100.

Les scarifications de la muqueuse, l'emploi répété des lotions phéniquées ou d'acide borique, les applications de compresses glacées sont des moyens accessoires qui ont leur utilité et facilitent la guérison.

Mais les cautérisations répétées « toutes les douze heures » viennent en première ligne et peuvent seules conjurer un danger menaçant.

Dans l'ophtalmie purulente « vraie, grave », — et tout à l'heure je m'expliquerai sur ce point, — les médications internes, qu'elles quelles soient, n'ont aucune importance.

Si je prends de nouveau la plume pour chercher à vulgariser ce mode de traitement dont j'ai déjà parlé à plusieurs reprises (1), c'est un peu, je l'avoue, à l'occasion des communications récentes de M. Perrin, à l'Académie de médecine.

M. Perrin cherche à prouver qu'il existe une ophtalmie purulente de nature rhumatismale, qui serait justiciable d'un traitement général et non plus d'un traitement local.

J'ai lu attentivement le travail de M. Perrin et je regrette de ne pouvoir partager les idées d'un homme de sa valeur. En dépouillant les observations contenues dans ce mémoire, j'en découvre deux catégories bien distinctes. D'abord des

(1) *Gazette des hôpitaux*, 8 avril 1882.

cas avérés d'ophtalmie purulente grave, vraie, qui la plupart se sont terminés par la perte des yeux atteints. Ceux-ci, précisément, paraissent n'avoir eu que des rapports très éloignés avec la diathèse rhumatismale et ne se sont jamais montrés pendant le cours du rhumatisme.

Les autres, au contraire, semblent s'être développés sous la dépendance d'un état rhumatismal, mais il s'agit presque toujours alors d'une conjonctivite catarrhale plus ou moins intense et non d'une véritable ophtalmie purulente.

M. le professeur Panas a du reste fait les mêmes remarques et les mêmes réserves.

Dans mes leçons orales, dans mes ouvrages, j'ai souvent appelé l'attention sur les signes cliniques qui permettent de différencier l'ophtalmie purulente grave, vraie, celle qui mal soignée aboutit presque fatalement à la perte de la cornée, de la conjonctivite catarrhale intense dont la terminaison est presque toujours favorable, même traitée par des moyens anodins. Ni l'aspect, ni la quantité de la sécrétion ne constituent un élément de diagnostic différentiel important. Par contre, le gonflement considérable des paupières, le chémosis, les complications précoces du côté de la cornée existent constamment dans la forme grave, tandis qu'ils font défaut dans la conjonctivite catarrhale quelque intense qu'elle soit. Ces signes cliniques sont précieux à connaître, mais aujourd'hui il en est un autre qui semble devoir encore acquérir plus de valeur que les précédents : je veux parler de la présence constante, dans le pus virulent de l'ophtalmie grave, d'un micrococcus qu'on ne trouverait jamais dans la conjonctivite catarrhale. Haab, qui s'est surtout occupé de cette question, a cité le cas particulièrement intéressant d'un jeune homme qui, dans le cours d'une blennorragie, fut atteint d'une double conjonctivite intense. On crut tout d'abord naturellement qu'il s'agissait d'une ophtalmie blennorragique. Mais les recherches microscopiques ayant révélé l'absence de microbe dans la sécrétion purulente, on diagnostiqua une conjonctivite catarrhale simple. La marche de la maladie prouva que ce diagnostic était exact. Il faut d'ailleurs se garder de croire que l'ophtalmie purulente qu'on rencontre chez les adultes est toujours d'origine urétrale ou blennorragique et que lorsqu'elle ne reconnaît pas cette cause, elle est de nature rhumatismale.

Le plus souvent, au contraire, elle éclate chez des individus en pleine santé dont l'urètre ne présente ni d'écoulement véritable, ni même de suintement ; sa cause nous échappe alors complètement, ou mieux nous ignorons dans quelles conditions a pu se produire un contage initial, mais cela ne nous autorise pas à le nier absolument. Nous sommes convaincus que les études micro-biologiques permettront bientôt d'assigner enfin sa véritable place à l'ophtalmie purulente grave, souvent confondue encore avec la conjonctivite catarrhale intense. On arrivera ainsi à reconnaître que l'ophtalmie purulente vraie, toujours si redoutable reconnaît comme cause unique le contact de certains micro-organismes avec la muqueuse conjonctivale et mérite le nom de conjonctivite virulente ou infectieuse, et diffère essentiellement des autres formes de conjonctivite catarrhale dues à toute autre cause.

Cette distinction clinique aura une influence des plus heureuses sur la thérapeutique ; car si l'accord n'est pas encore complet sur le traitement de l'ophtalmie purulente, cela tient précisément à la confusion regrettable qui n'a cessé de se produire entre la forme grave infectieuse et les formes bénignes catarrhales si rapprochées de la première quant à leurs symptômes apparents, si éloignées quant à leur nature.

Ceci nous montre également combien, lorsqu'ils seront perfectionnés et rendus pratiques, les procédés micro-biologiques appliqués à la clinique seront supérieurs à ceux de l'observation pure.

Pour apprécier la température, ne vaut-il pas mieux se servir du thermomètre que de la main ?

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juillet 1883. — Présidence de M. MILLARD.

COMMUNICATIONS

Ataxie locomotrice ; syphilis ; traitement spécifique. — M. DESNOS lit un travail sur ce sujet.

Cancer de l'estomac et laparotomie. — M. DEBOVE communique l'observation d'un homme de 56 ans, sans antécédents héréditaires, ayant joui d'une très bonne santé jusqu'au mois de novembre dernier, époque à laquelle il remarque que son appétit diminue. A la fin de mars apparaissent quelques douleurs d'estomac qui ne tardent pas à disparaître ; mais l'anorexie va toujours croissant, puis surviennent des vomissements après chaque repas ; les aliments sont rejetés presque inaltérés, même après un assez long séjour dans l'estomac. Jamais d'hématémèse ni de mélæna. Toutes les médications employées restent sans effet. Le 2 juin il entre dans le service de M. Debove, encore bien musclé, mais considérablement amaigri, la face bronzée, tirée, mais sans l'aspect cachectique des cancéreux. Les vomissements sont incessants, tous les aliments liquides et solides sont aussitôt rejetés et le malade est à la fois tourmenté par la faim et la soif.

Aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression ; pas de dilatation de l'estomac ; on cherche l'existence d'une tumeur. Sur ce point les avis sont partagés : les uns, avec M. Verneuil, perçoivent un empâtement sur les limites de l'hypochondre et de l'épigastre ; d'autres, avec MM. Brouardel et Debove, croient constater simplement un léger abaissement du foie.

M. Debove cherche tout d'abord à arrêter les vomissements dont la persistance a amené un amaigrissement de 42 livres ; dans ce but, il procède au lavage de l'estomac. Plusieurs litres d'eau sont introduits ; l'eau sort aussi claire qu'elle est entrée. Le lavage ne modifie nullement les vomissements. L'alimentation artificielle, qui maintes fois dans des cas analogues a rendu les plus grands services est restée, dans ce cas particulier, sans effet. M. Debove introduit alors les aliments à une température de 0°. Les repas ainsi donnés ne sont plus rejetés que beaucoup plus tard. Ils n'ont subi néanmoins aucune altération ; leur digestion ne paraissait pas commencée, même dix heures environ après leur introduction. On espérait ainsi anesthésier la muqueuse et éviter l'action réflexe, cause probable du vomissement. Dans ce cas, ce procédé rendit quelques services puisque les aliments étaient rejetés beaucoup plus tard ; mais les matières ingérées ne passaient pas toujours de l'estomac dans les intestins ; l'état général continuait à s'aggraver. Une mort rapide était imminente. Que faire ? surtout en l'absence d'un diagnostic précis.

MM. Debove, Brouardel et Dujardin-Beaumetz proposèrent à M. Verneuil de faire une laparotomie exploratrice. Celle-ci fut pratiquée par M. Verneuil le 12 juin, selon les règles ordinaires.

L'abdomen ouvert, on reconnut l'existence d'un cancer de l'estomac et d'une généralisation au grand épiploon et au péritoine ; on pratiqua immédiatement la suture de l'incision abdominale. Le lendemain le malade se plaignit d'une soif vive, d'un malaise général et il succomba sans aucune souffrance. Les causes de la mort sont très probablement le choc opératoire chez un malade inanitié.

A l'autopsie, on ne trouve dans la cavité abdominale ni liquide, ni fausses membranes. Le grand épiploon relevé s'insinuait entre

le diaphragme et le foie; il contenait un nombre considérable de noyaux cancéreux; la face inférieure du diaphragme était couverte de granulations cancéreuses. Le pylore, siège d'une tumeur volumineuse, n'avait aucune adhérence avec les parties voisines et le duodénum n'était le siège d'aucune compression. La tumeur pylorique (carcinome colloïde) rendait cet orifice rigide; il admettait sans difficultés le doigt indicateur. A la surface de la muqueuse, à ce niveau, on ne trouvait que de légères exulcérations très superficielles, de petits nodules cancéreux. A la surface péritonéale, on voyait également de petites colonies de granulations cancéreuses. L'intestin, incisé dans toute sa longueur, ne contenait pas de matières et sa muqueuse n'était pas altérée. Les reins présentaient de la néphrite interstitielle au début.

Il s'agissait donc d'un cancer de l'estomac mais qui s'éloignait, par bien des côtés, du type classique. Pas de tumeur appréciable, jamais d'hématémèse ni de mélæna. En outre, un cancer non encore arrivé à la période d'ulcération et permettant l'introduction de l'indicateur dans l'orifice pylorique qui amènent des vomissements assez incoercibles pour mettre par eux seuls la vie du malade en danger. On attribue généralement le vomissement, dans le cancer stomacal, au rétrécissement du pylore; cette observation montre que cette théorie mécanique est trop exclusive. Cette marche anomale a fait décider une laparotomie exploratrice, qui n'aurait pas été pratiquée si le diagnostic avait pu être fait.

M. Debove rappelle les faits de résection du pylore en Allemagne dans les cas de cancer. Les résultats de cette opération, qui fut d'abord faite en France par M. Péan, semblent peu encourageants.

Isolement des varioleux. — M. VIDAL propose de nommer une commission de douze membres chargée d'élaborer un projet de règlement relatif à la construction d'hôpitaux et de pavillons d'isolement dans les hôpitaux existants pour les varioleux. Cette proposition est adoptée.

La commission se compose de MM. Besnier, Vallin, Lailler, Dujardin-Beaumetz, Vidal, Rathery, Tennesson, Léon Colin, Brouardel, Hervieux, Dumontpallier et d'Heilly.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date des 9 et 10 juillet 1883, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Schutzenberger, professeur au Collège de France.

Au grade de chevalier : M. le docteur Arnaud, médecin sanitaire de l'Empire ottoman; MM. le professeur Laurent Micé (de Bordeaux); le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris; Trasbot, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.

— *Concours de l'agrégation.* — Le concours pour la section de chimie, physique et pharmacologie s'est terminée vendredi soir. Sont nommés les candidats dont les noms suivent :

1° *Physique* : M. Imbert, pour la Faculté de Lyon; M. Guébhard, pour la Faculté de Paris; M. Bagnéris, pour la Faculté de Nancy; M. Bergonié, pour la Faculté de Bordeaux, et M. Doumer, pour la Faculté de Lille.

2° *Chimie* : M. Linossier, pour la Faculté de Lyon; M. Ville, pour la Faculté de Montpellier, et M. Blanc, pour la Faculté de Lyon.

3° *Pharmacologie* : M. Pouchet, pour la Faculté de Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours pour la nomination à une place de chef de clinique d'ophtalmologie s'est terminé jeudi par la nomination de M. le docteur Lapersonne.

— A la suite de la première épreuve, ont seuls été admis à subir les épreuves définitives : 1° du concours du clinicat des maladies nerveuses, M. Marie; 2° du concours du clinicat médical : MM. Capitan, Derignac, Mathieu et Siredey.

— Les candidats du concours du clinicat chirurgical ont eu comme sujet de composition écrite : « Le nerf médian; plaies des nerfs »; ceux du concours du clinicat ophtalmologique ont eu pour cette même épreuve à traiter la question suivante : « Troisième paire crânienne, anatomie, paralysie de la troisième paire. »

— MM. les Étudiants qui désirent soutenir leur thèse avant les vacances sont prévenus qu'ils doivent remettre au plus tard le vendredi 20 juillet l'engagement de leur imprimeur.

— *Choléra.* — La situation sanitaire présente peu de modifications, comme on peut le voir par les chiffres des décès survenus pendant la période du 8 et du 14 juillet.

8 juillet : Damiette, 88; Mansourah, 64; Menzaleh, 20; Samanoud, 9; Chirbine, 7; Alexandrie, 1.

9 juillet : Damiette, 52; Mansourah, 89; Samanoud, 17; Chirbine, 2.

10 juillet : Damiette, 52; Mansourah, 102; Menzaleh, 24; Samanoud, 16; Chirbine, 1; Telka, 2.

11 juillet : Damiette, 64; Mansourah, 89; Menzaleh, 24; Samanoud, 10; Chirbine, 1; Telka, 5.

12 juillet : Damiette, 40; Mansourah, 73; Samanoud, 13; Chirbine, 3; Telka, 2.

13 juillet : Damiette, 36; Mansourah, 61; Samanoud, 20; Chirbine, 7; Telka, 6.

14 juillet : Damiette, 52; Mansourah, 87; Menzaleh, 20; Samanoud, 17; Chirbine, 2; Telka, 3.

Nous ajouterons que 5 décès cholériques ont été signalés à Ghizeh (à trois kilomètres du Caire) et plusieurs cas suspects suivis de mort ont eu lieu dans l'un des faubourgs du Caire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants, décédé le 14 juillet dans sa 61e année.

Ses obsèques auront lieu mardi 17 courant, à midi, en l'église de la Madeleine.

— La douzième session du congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu du 16 au 23 août 1883, à Rouen.

Parmi les communications qui doivent être faites pendant le cours de cette session, nous relevons celles qui intéressent plus particulièrement la section de médecine. Ce sont :

M. Barthe de Sandfort. Les boues médicinales de Dax aux points de vue physique et physiologique.

M. Boursin. Présentation et description d'un appareil mécanique pour rappeler les asphyxiés à la vie, principalement les nouveau-nés et les noyés.

M. Burot. Variations des chlorures de l'urine dans certaines maladies aiguës.

M. Cauchois. Quelques exemples de tumeurs rares de la langue et de l'orbite.

M. Collignon (R.). L'anthropologie élémentaire de la France.

M. Daleau (F.). Sur les lésions que présentent certains os de la période paléolithique.

M. Dally (E.). Des phénomènes d'atavisme.

M. Dransart (H.-M.). Décollement de la rétine et iridectomie. — Amblyopie toxique et nyctalopie.

M. Duménil. Application de la colotomie lombaire au traitement des fistules vésico-intestinales.

M. Gairal. Traitement des affections utérines par les liquides, sans cautérisation.

M. Gallard (T.). Discussion de la théorie physiologique de la menstruation.

M. Galliard (L.). Considérations sur un cas de lymphadénite cutanée. — De quelques troubles nerveux symptomatiques d'affections chroniques de l'estomac.

M. Gayat-Wecker. Déviations de l'axe facial et attitudes vicieu-

ses chez certains borgnes et strabiques; analogie avec ce qui se passe chez les poissons du genre Platessa.

M. Kallmann. Sur les formes pithécoïdes de la partie faciale du crâne de l'homme. — Deux espèces de variations corrélatives dans la partie faciale du crâne de l'homme. — L'origine et la fonction des cellules épithéliales du cœcum chez les animaux vertébrés.

M. Lantier (E.). — Avantages de l'emploi de l'alcoolature d'aconit comme adjuvant dans le traitement de l'obstruction chronique partielle des voies urinaires chez les vieillards non opérables. — Résumé d'une découverte scientifique sociale et humanitaire pour les blessés de la guerre et de l'industrie.

M. Mallez. Pantographie chirurgicale.

M. Manouvrier (L.). Sur les proportions intégrales du corps humain.

M. Matais. Des muscles de l'œil et de la capsule de Tenan, anatomie et physiologie comparée.

M. Pineau (E.). Nouveau fait d'importation d'une épidémie de fièvre typhoïde.

M. Rivière (E.). Les hôpitaux d'isolement pour les maladies contagieuses. — Les hôpitaux extra-muros et les ambulances de quartiers dans les grandes villes.

M. Sandborg (C.). Sur les bruits du cœur.

M. Trannin (H.). Appareil pour faciliter la respiration des personnes atteintes de maladies de poitrine.

M. Bonnafant. Du rôle des racines dans les propriétés assainissantes de l'eucalyptus.

M. Layet. Étude sur le vanillisme ou accidents causés par la vanille.

M. Lunier. Des pavillons d'isolement. — Inconvénients des falsifications du cidre au point de vue du développement de l'alcoolisme.

M. Martin (A.). Les bénéfices économiques de l'administration sanitaire au point de vue de la santé publique.

M. Mottet. Des mesures à prendre vis-à-vis des aliénés dits criminels; de la nécessité de créer pour eux un asile appartenant à l'État.

M. Napias (H.). Sur l'inspection hygiénique des fabriques et ateliers.

M. Pabst. De la fabrication des couleurs d'aniline au point de vue de l'hygiène.

M. Vidal. Prophylaxie de la teigne dans les écoles.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. Sénéchal, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie, en remplacement de M. Adel, appelé à d'autres fonctions.

— M. Pellissier, médecin à bord du *Coligny*, et M. Ferrand, ancien président de la chambre syndicale des pharmaciens, ont été désignés par le ministre du commerce pour faire partie du jury des récompenses de l'exposition d'Amsterdam (exposition coloniale, classe 23 *bis*).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14808.

N° 82. — JEUDI 19 JUILLET 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 19 JUILLET 1883. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU. Cancroïde du rectum. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. De la syphilis héréditaire tardive. — THÉRAPEUTIQUE. Du traitement de la fièvre typhoïde par le perchlorure de fer. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Service médical de nuit dans la ville de Paris. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lannelongue a été élu, à une très forte majorité, dans la section de chirurgie. Les suffrages qu'il n'a pas eus se sont portés à peu près tous sur M. Péan, présenté en dernière, en sixième ligne. Mais que de fois n'est-il pas arrivé, dans cette section, que des candidats relégués par elle au dernier rang fussent nommés, ou bien près de l'être, par le vote de l'Académie?

La discussion sur le lathyrisme se continue, et M. Le Roy de Méricourt a développé très savamment les arguments qu'on peut invoquer pour rapprocher cette maladie d'une des formes du béribéri.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Cancroïde du rectum.

Je vais procéder, à la fin de cette leçon, à une opération, de laquelle je dois, au préalable, vous entretenir pendant quelques instants.

Il s'agit d'un homme âgé de soixante-deux ans, employé dans une imprimerie, très intelligent, mais aussi très craintif, qui redoute les approches de tout médecin et chirurgien, de telle sorte que j'ai eu assez de peine à pouvoir l'examiner. Néanmoins j'ai vu suffisamment son mal pour en connaître la nature, le diagnostiquer en toute sécurité et pouvoir vous en parler.

Cet homme a commencé par nous raconter qu'il y a huit ou dix mois, ses selles, jusque-là très ordinaires, régulières, sont devenues difficiles, s'accompagnant de douleurs, lesquelles persistaient encore pendant trois, quatre et même cinq heures après la défécation. C'est là un phénomène commun dans le cas de fissure à l'anus, mais rare dans le cas de cancroïde, à moins que la tumeur ne se complique de fissure. C'est justement là ce qui existait, cela soit dit immédiatement, mais j'y reviendrai tout à l'heure.

Assez pusillanime, cet homme ne voulut se soumettre à aucun traitement ; du reste, quelques mois plus tard, sentant une petite tumeur apparaître à l'orifice anal, il crut à l'existence d'hémorroïdes et ne s'en préoccupa pas autrement.

Cependant, dans ces derniers temps, les douleurs sont devenues beaucoup plus vives, en même temps la petite tumeur donnait lieu à un écoulement sanguin, et le malade, afin d'aller le moins souvent possible à la selle, avait diminué d'une façon notable la quantité d'aliments qu'il avait l'habitude de prendre chaque jour. Ce n'est donc pas que l'appétit eût été moindre, mais c'était la crainte de souffrir en allant à la garde-robe, qui l'empêchait de manger. C'est dans ces conditions qu'il s'est enfin décidé à entrer à l'hôpital.

Après un examen quelque peu difficile, voici l'état dans lequel cet homme se présente à nous.

C'est un individu maigre, petit, d'apparences délicates quoiqu'il se porte bien. Lorsque l'on écarte avec soin les plis de l'anus, on aperçoit une petite tumeur rougeâtre, cuivrée, présentant, par-ci par-là, un petit picté particulier qui, sous la pression des doigts, donne issue à une substance blanchâtre, caractéristique des cancroïdes glandulaires, ceux-ci contenant, en effet, une matière sébacée spéciale. Voici donc une tumeur particulière, de consistance ferme, dure, reposant sur une base indurée également, ainsi que le toucher rectal me l'a démontré. Mais ce toucher m'a appris aussi que cette tumeur était l'extrémité terminale, le rebord, pour ainsi dire, d'une plaque siégeant sur la partie inférieure du rectum du côté droit, plaque qui mesurait 4 centimètres de largeur sur 3 à 4 centimètres de hauteur, occupant les deux tiers de la circonférence du rectum. Cette plaque a son centre déprimé en forme de cupule ; elle présente des irrégularités mamelonnées, peu saignantes, suppurant peu. Au-dessus d'elle je n'ai rien trouvé, ni à droite ni à gauche, et la prostate paraît en bon état.

Si vous m'avez vu porter le doigt aussi haut dans le rectum, c'est qu'il n'est point rare, dans des cas analogues à celui qui nous occupe, de trouver non pas une seule plaque, mais des plaques multiples, isolées les unes des autres. Ainsi je me rappelle certain malade que j'opérai à l'hôpital Saint-Louis avec Denonvilliers, pour une plaque analogue située à la partie inférieure du rectum, et sur lequel nous fûmes surpris, pendant l'opération, de découvrir au-dessus de la lésion plusieurs autres plaques semblables. Bien plus, le malade ayant succombé, l'autopsie nous révéla la présence d'une série de plaques tout le long de l'intestin.

Mais je reviens à mon malade. Chez lui il existe donc une seule plaque à bords retroussés avec une contracture du sphincter très douloureuse. De plus, dans le pli de l'aine, au sommet du creux inguinal du côté droit, j'ai trouvé un ganglion tuméfié. Ce n'est pas là cependant le siège ordinaire des ganglions.

Interrogé par nous sur l'époque à laquelle ce ganglion aurait apparu, cet homme nous a répondu qu'il avait eu autrefois le gros orteil malade, sans pouvoir nous dire la nature de ce mal, et a ajouté que les ganglions inguinaux du même côté avaient été engorgés. Cependant, je l'avoue, je crains dans la présence du ganglion actuel qu'il n'y ait quelque anomalie des lymphatiques, quelque induration de mauvaise nature correspondant avec la lésion du rectum. En tous cas, cela doit appeler sérieusement notre attention, car c'est un point noir dans notre pronostic.

Quant au diagnostic, de quoi s'agit-il ici? Serait-ce d'une fissure simple de l'anus avec induration de ses bords? d'une fissure hémorroïdaire? d'une affection tuberculeuse ou syphilitique du rectum? ou bien aurions-nous affaire à une tumeur maligne, à un ulcère cancroïdal du rectum? Oui, il s'agit bien, chez notre malade, d'une tumeur maligne, ainsi que le démontrent sa coloration cuivrée, sa dureté et les bords retroussés de la plaque ulcérée.

En effet, une fissure à bords indurés ne serait pas ainsi étalée en plaque; une fissure hémorroïdaire n'aurait pas non plus les caractères anatomo-pathologiques que nous trouvons ici; quant à la syphilis du rectum, elle a ce caractère particulier d'être indolore, non indurée, etc., et l'ulcère tuberculeux de l'anus, qui n'est pas une affection rare, se présente sous un tout autre aspect avec ses anfractuosités, ses crêtes, etc.

Nous sommes donc bien réellement en présence d'un cancroïde de l'extrémité inférieure du rectum, d'un de ces cancroïdes qui ont une prédilection pour les orifices naturels, véritables cancers externes qui ne sont pas le résultat d'une diathèse. La maladie a débuté, en effet, par l'orifice anal, par une fissure inflammatoire qui a duré très longtemps, qui a amené la contraction du sphincter, des douleurs très vives, pour prendre ensuite le caractère cancroïdal par suite d'une prédisposition du malade. C'est ce que j'appelle un cancer de cause externe.

Le pronostic de ces affections est bien différent d'avec les cancers squirrheux ou encéphaloïdes, tandis que les unes peuvent guérir lorsqu'elles sont soignées à temps, les autres, au contraire, ne guérissent jamais — lorsqu'ils guérissent — que passagèrement. Et encore, dans le cas actuel, chez notre malade, nous avons contre nous le ganglion du pli de l'aine qui est une menace perpétuelle, qui nous retire une partie de notre confiance dans l'avenir, tant que ledit ganglion ne nous aura pas révélé sa véritable origine.

Il nous reste maintenant à pratiquer une double opération, en raison même du ganglion inguinal. En effet, après avoir anesthésié notre malade, nous procéderons tout d'abord, par une incision au sommet du triangle inguinal, à l'enlèvement du ganglion, en ayant soin de le disséquer prudemment à cause des adhérences qu'il pourrait bien avoir contractées par sa face postérieure avec la gaine des vaisseaux fémoraux. Ceci fait, nous passerons au rectum, et, nous servant du thermo-cautère, nous procéderons à l'enlèvement de la tumeur et de la plaque rectale.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De la syphilis héréditaire tardive (1).

IV

Après avoir parcouru, dans nos précédentes leçons, les huit premiers groupes des signes principaux qui peuvent servir au diagnostic de la syphilis héréditaire tardive, il nous reste à parler de cette grosse question des malformations dentaires.

Il ne faudrait pas croire que tous les enfants héréditairement syphilitiques présentent cette malformation. Tous n'en sont pas affectés, mais un grand nombre d'entre eux; aussi l'empreinte de la syphilis sur les dents apporte-t-elle, dans certains cas, un élément important de diagnostic.

Pour ma part, j'en ai vu de nombreux exemples, et, pour ne vous en citer qu'un fait, je vous rapporterai l'observation, recueillie par Paget, d'une jeune fille de seize ans, traitée sans succès pendant plusieurs années pour une lésion du nez considérée comme un lupus scrofuleux. Paget, appelé à son tour à lui donner des soins, reconnaît, en l'examinant, une malformation dentaire. Immédiatement l'idée de la syphilis se présente à son esprit; il l'interroge, il questionne la famille, il recherche sur la jeune malade des traces syphilitiques et ne trouve rien. Néanmoins, frappé par l'aspect des dents, il institue le traitement spécifique, et en moins de sept semaines la malade était parfaitement guérie. Voici un fait réellement typique.

Mais quelle est donc l'influence de la syphilis sur le système dentaire? Cette influence est de deux ordres : 1° un retard dans le développement des dents; 2° un arrêt ou une modification dans leur développement ou leur structure.

Le retard dans l'évolution dentaire est connu de longue date; il existe souvent pour les deux dentitions, pour celle du premier âge comme pour la dentition définitive. Ce retard peut être de six mois, un an, dix-huit mois, deux ans quelquefois; dans certains cas même, il peut être plus considérable. Demarquay a rapporté l'observation d'un enfant, né de parents syphilitiques, qui, à l'âge de quatre ans et demi, n'avait pas encore une seule dent. Il y a là un phénomène analogue à ce qui se passe dans tout l'organisme, dont le développement se trouve retardé.

En second lieu, la syphilis entraîne avec elle des troubles, des modifications plus ou moins considérables dans la structure et l'évolution du système dentaire. Nous les réunissons dans les quatre groupes suivants :

I. Érosions dentaires;

II. Microdontisme, c'est-à-dire la dent naine;

III. Amorphisme dentaire, caractère plus significatif encore que les précédents;

IV. Vulnérabilité des dents, c'est-à-dire usure rapide, altération facile, caducité précoce.

C'est à ces diverses modifications que l'on a donné le nom de dent syphilitique.

Qu'est-ce donc en réalité que la dent syphilitique? Ce n'est pas une dent qui, née saine et poussée saine, serait altérée plus tard par la syphilis, non; la dent syphilitique est caractérisée par une altération *congénitale* du système dentaire, c'est-à-dire alors que la dent était encore dans sa vie fœtale.

C'est en Angleterre que cette question a été traitée pour la

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 juillet 1883.

première fois. L'honneur en revient à Hutchinson ; c'est là qu'elle a été le mieux étudiée tout d'abord ; elle y est, pour ainsi dire, monnaie courante dans l'histoire de la syphilis héréditaire. Chez nous, en France, elle est encore quelque peu méconnue ou peu connue, malgré les travaux remarquables de MM. Parrot, Magitot, etc., et elle n'est guère sortie du cercle restreint de quelques praticiens ; en un mot, elle n'a pas fait encore sa trouée. Le plus souvent, d'ailleurs, on confond encore l'érosion dentaire ordinaire avec la dent syphilitique.

Mais débutons par quelques propositions générales : 1° les diverses altérations que la syphilis exerce sur le système dentaire peuvent affecter les deux dentitions ; on a cru tout d'abord avec Hutchinson qu'elles n'intéressaient que la seconde dentition, mais c'était là encore une erreur, et l'on a bientôt reconnu que la première dentition présentait aussi des altérations analogues ; 2° mais ce que l'on a vu aussi, c'est que la première dentition est moins souvent affectée que la seconde ; les altérations dentaires produites par la syphilis sont généralement multiples et affectent systématiquement des dents symétriques, homologues d'un côté à l'autre de la bouche, de telle sorte, par exemple, qu'une dent incisive médiane supérieure d'un côté étant prise, celle du côté opposé est atteinte à son tour.

Ceci posé, commençons par l'érosion dentaire. Il arrive parfois que, dans la caractéristique d'une maladie, une lésion détourne l'attention, à son profit, d'autres qui ne lui cèdent en rien cependant en importance. C'est ainsi que si vous parlez de syphilis dentaire, on vous répond érosion, comme si cette altération seule était significative. Loin de là, au contraire, l'érosion dentaire n'est qu'une partie du tout, et, loin d'être la plus banale, la plus démonstrative, elle est la plus contestée. Qu'est-ce donc alors ? L'érosion est une des diverses malformations dentaires qui se produisent au cours de la vie intra-folliculaire de la dent et qui se traduisent par une altération, une usure apparente de la dent telle qu'elle semble avoir été entaillée ou corrodée par un acide ou usée par un outil. Qui dit érosion dit entamure, usure d'une surface originairement saine ; or dans l'érosion dentaire la dent n'est pas primitivement saine, l'usure n'est pas consécutive, mais elle est le résultat d'une formation défectueuse, d'un arrêt de développement de la dent, alors qu'elle était encore logée dans son follicule. Il n'y a donc pas perte de substance, mais bien non-formation, c'est-à-dire que la substance dentaire ne s'est pas formée là où elle n'existe pas.

L'érosion peut revêtir divers aspects, lesquels peuvent se classer dans un certain nombre de groupes, selon qu'elle se manifeste sur le corps même de la dent, sur son sommet ou sur sa couronne. Nous avons ainsi trois types bien nets au point de vue clinique. Ce sont :

1° Le type cupuliforme, dans lequel l'érosion en cupule consiste dans une sorte de petite excoriation en creux sur la couronne de la dent, de dimensions variables, minimes quelquefois comme une piqûre d'épingle ou plus larges et grosses comme une tête d'épingle. Les cupules sont uniques ou multiples ; elles peuvent former une ou deux rangées horizontales et parallèles. Cette lésion frappe aussi l'attention par le changement de couleur des parties altérées, qui deviennent d'un gris sale, et par certain méplat.

2° La seconde variété est la dent en sillon ou striée, caractérisée par une rayure transversale, tantôt superficielle, comme le trait produit par la lame d'un canif sur un morceau de bois, tantôt plus accentuée et formant un véritable sillon beaucoup plus creux et plus large que le précédent. Mais que ce soit un sillon ou une rayure, le fond n'en est plus ni blanc ni nacré ; il revêt une teinte grise, sale, presque noirâtre, quelque soin que le malade ait de sa bouche, car l'émail est pénétré dans une certaine profondeur. Ces sillons, auxquels M. Parrot a donné le nom de lésion sulciforme, sont toujours horizontaux ; ils sont quelquefois uniques, d'autres fois multiples et au nombre de 2, 3 ou 4, sur la même dent, et, dans ce cas, toujours aussi transverses, horizontaux et parallèles, formant ce que l'on a appelé la dent en gradin, en escalier.

3° L'érosion dite en nappe constitue la troisième variété. Son nom seul dit assez ce qu'elle peut être, c'est-à-dire un sillon qui, allant en s'élargissant, occupe une grande hauteur de la dent, de telle sorte que l'on aperçoit, sur une très grande étendue de la couronne, une surface anfractueuse, irrégulière, présentant une série de saillies et de sillons qui alternent les uns avec les autres, et d'aspect jaune, sale, terne, etc. Lorsque la lésion envahit ainsi en nappe toute la dent, celle-ci devient absolument difforme, anfractueuse, raboteuse : c'est ce que l'on a appelé la dent en gâteau de miel.

Voilà pour le premier groupe, c'est-à-dire pour la lésion du corps de la dent.

Quant à celle qui occupe son sommet, elle présente différents aspects, selon la dent qui est frappée. C'est sur les molaires que l'altération est surtout caractéristique. On a ce qu'on appelle la dent à sommet atrophié, c'est-à-dire une dent qui est pour ainsi dire divisée en deux moitiés : une base saine surmontée d'une atrophie dentaire.

Dans cette seconde moitié, l'émail ne s'est pas développé et le sommet de la dent est absolument bouleversé ; il forme un tronçon informe avec des éminences coniques, arrondies, séparées les unes des autres par des sillons, et au lieu de présenter une belle surface nacrée, il n'offre plus qu'une sorte de moignon dentaire comme serti dans une autre dent. Tel est, du moins, ce que l'on voit dans l'adolescence et la jeunesse. Mais plus tard le sommet de la dent se casse, se brise, s'émiette par la mastication, la dent devient courte, plate par suite de l'usure journalière, elle se trouve dépourvue bientôt de toutes ses cuspides et forme la dent en plateau. S'agit-il des canines ? l'usure des sommets forme une brèche angulaire, une perte de substance en V, la base restant saine ; dans d'autres cas, le sommet se trouve réduit à un petit tronçon acéré, régulier. Sur les incisives, les altérations ne diffèrent que par leur multiplicité : ou l'échancrure est angulaire, ou bien on voit une série de brèches qui se réunissent pour constituer la dent en scie, ou bien encore le sommet de la dent subit un amincissement atrophique, de sorte que le corps étant normal, son bord supérieur libre est atrophié, comme écrasé, mordillé ; enfin l'échancrure peut être en coup d'ongle, en croissant, semi-lunaire et constitue la dent d'Hutchinson. Cette lésion se rencontre presque exclusivement sur les deux incisives médianes supérieures ; elle est caractérisée, je le répète, par une échancrure semi-lunaire, gracieusement ondulée, qui ne saurait être confondue avec une brisure accidentelle, laquelle ne peut donner lieu à une courbe aussi régulière. Seul l'usage de la pipe pourrait produire une échancrure semblable, il est vrai, mais le siège n'en est plus le même. En effet, tandis que l'échancrure d'Hutchinson se rencontre toujours sur les incisives médianes supérieures, sauf quelques rares exceptions,

l'échancrure déterminée par le tuyau de la pipe se produit toujours latéralement entre deux dents, entre l'incisive latérale et la canine par exemple, ou bien entre celle-ci et la première molaire. Cette lésion, siégeant symétriquement sur les deux incisives médianes supérieures à peu près exclusivement, est la caractéristique majeure de la dent d'Hutchinson. Quant à ses caractères mineurs, caractères connexes, ce sont d'une part l'arrondissement absolu et gracieux des angles de la dent malade, et d'autre part la taille en biseau de son bord libre, qui se produit aux dépens de sa face antérieure. Ajoutons encore que l'on observe aussi quelques variétés ; c'est ainsi que la dent d'Hutchinson est souvent très courte ; qu'elle est étroite, c'est-à-dire moins large que les incisives latérales, contrairement à ce qui existe dans l'état normal ; c'est ainsi encore qu'elle est souvent en tournevis, c'est-à-dire que sa portion supérieure est très élargie, tandis que sa portion inférieure, au contraire, est très rétrécie ; c'est là un caractère sur lequel les Anglais ont beaucoup insisté ; enfin la dent d'Huchinson est assez souvent remarquable par son implantation vicieuse, oblique, convergente.

Tels sont les caractères typiques de la dent d'Hutchinson dans l'adolescence et dans la jeunesse, caractères que l'on ne retrouve pas à tous les âges. Elle ne naît pas en effet telle que nous venons de la décrire, mais lorsqu'elle apparaît hors de la gencive, elle est comme semée de petites rugosités spinales qui ne sont autre chose que le sommet atrophié de la dent et qui, plus tard, s'useront et s'émietteront sous l'influence de la mastication. La dent s'use même si bien que, passé trente ans, il n'y a plus de dent d'Hutchinson, que même, dès dix-huit à vingt ans, l'échancrure qui la caractérise si nettement commence à diminuer, et qu'à vingt-cinq ans son bord libre est presque droit, son biseau en partie effacé. En résumé, c'est vers l'âge de quinze à dix-huit ans que la dent d'Hutchinson est à son apogée.

Toutes ces variétés d'altérations n'ont rien d'exclusif ; elles peuvent s'associer, se combiner sur le même sujet, voire même sur la même dent, et l'on peut ainsi rencontrer sur elle les diverses formes d'une érosion qui n'est, en somme, que le résultat d'un même état morbide. Elles doivent être cherchées, chez l'individu atteint de syphilis héréditaire, sur les trois ordres de dents suivants, classés par ordre de fréquence : 1° les premières molaires ; 2° les incisives ; 3° les canines, car jamais on ne les rencontre sur les autres dents.

Je pourrais encore vous parler longuement de l'érosion dentaire, mais je me borne pour aujourd'hui au côté clinique de la question et je termine en disant : Y a-t-il dans les malformations dentaires dont je m'occupe ici quelque indice révélateur de la syphilis héréditaire tardive ? Peu de questions ont été plus débattues que celle-ci, qui est comme une pomme de discorde jetée dans le champ de la syphilis. Trois opinions sont en présence : 1° L'érosion dentaire n'a rien à voir avec la syphilis, elle se rattache à l'éclampsie ; c'est l'opinion soutenue par M. Magitot. 2° Elle est exclusivement, invariablement, le résultat de la syphilis ; c'est la doctrine professée en France par M. Parrot, en Angleterre par Hutchinson. 3° Enfin la troisième doctrine consiste à considérer l'érosion dentaire comme une lésion commune, banale, pouvant relever de divers états organiques et que la syphilis peut également s'approprier pour son compte.

Au milieu de ces trois opinions, où est la vérité ? C'est ce que nous verrons dans la prochaine leçon.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la fièvre typhoïde par le perchlorure de fer.

Par M. le docteur E. Dinaud.

Nous avons récemment attiré l'attention des praticiens sur l'emploi du perchlorure de fer dans la diphtérie, et nous avons montré comment M. le docteur Jules Simon avait repris avec succès la médication préconisée par Aubrun. L'éminent médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, continuant ses intéressantes recherches, nous montre tout ce qu'on peut attendre de cet excellent médicament, dont les applications n'étaient pas suffisamment connues. Depuis déjà plusieurs années nous nous livrons nous-même à des études sur le perchlorure de fer ; nous suivons donc avec un vif intérêt les recherches de M. Jules Simon.

« Je me loue aussi, dit cet éminent maître, de l'emploi du perchlorure de fer dans la fièvre typhoïde chez les enfants, et voici pourquoi je l'ai adopté :

« Lorsque, à la fin de la période des grandes oscillations thermiques, arrive avec la période de déclin celle de l'adynamie résultant d'une fièvre prolongée, on se trouve en présence de plusieurs éléments à combattre : l'anémie globulaire, la torpeur de l'estomac, qui, longtemps privé d'aliments, semble avoir perdu ses forces digestives, et l'altération trophique, rarement ulcérative chez les enfants, mais pourtant inflammatoire de l'intestin. Il m'a semblé que l'usage méthodique et calculé du perchlorure de fer répondait avantageusement à ces indications multiples...

« Je donne méthodiquement, à partir du second septénaire et jusqu'à la convalescence complète, sauf indications contraires, une goutte de perchlorure de fer dilué dans un peu d'eau à l'occasion d'une tasse de bouillon ou de potage. »

Cette déclaration de M. Jules Simon concorde complètement avec les nombreux faits qu'il nous a été donné de recueillir, lors de la dernière épidémie de fièvre typhoïde. Seulement nos observations portant sur des adultes et sur des clients d'un âge plus ou moins avancé, nous avons eu recours successivement au perchlorure de fer liquide et au perchlorure de fer sec.

Au début, nous n'ordonnions que le perchlorure de fer liquide ; mais nous ne tardâmes pas à rencontrer des malades qui ne pouvaient pas supporter le contact de ce liquide. Ils se plaignaient bientôt d'une sensation très pénible au pharynx. Cette sensation prenait chez certains une acuité telle qu'ils la comparaient à une brûlure. Ils refusaient alors de continuer l'usage du médicament, tout en reconnaissant le bénéfice qu'ils en avaient retiré au point de vue de la régularisation de leur appétit. Nous nous trouvions désarmé, et nous en étions d'autant plus contrarié que cette sensation de brûlure s'accusait surtout chez les malades les plus affaiblis.

Ce fut dans ces circonstances que nous avons eu recours au perchlorure de fer sec. Le hasard avait placé sous nos yeux les dragées Carbonel. Cette préparation répondait à la situation qui nous tourmentait. Nous essayâmes donc de les faire prendre à nos clients. L'essai réussit parfaitement. Le dégoût, la répulsion que nous avons signalés, n'étaient plus accusés. Sous cette forme, nous pouvions bien nous rendre compte des effets du perchlorure de fer. Aujourd'hui, grâce aux dragées Carbonel, c'est-à-dire au perchlorure de fer sec, la méthode de traitement est assurée et l'on n'a plus à se préoccuper des répulsions qui venaient si malencontreusement arrêter et compromettre les bienfaits d'une excellente médication.

Inutile d'ajouter que nous ne considérons ici le perchlorure de fer que comme un excellent stimulant des fonctions digestives et que nous ne lui attribuons aucune action spéciale dans le traitement de la fièvre typhoïde. Il ne faut donc le prescrire que suivant les indications.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le docteur Andouard, récemment nommé membre correspondant de l'Académie ;

2° Un pli cacheté déposé par M. Chatin au nom de M. Carles, agrégé de la Faculté de Bordeaux (Accepté) ;

3° Un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde*, par M. le docteur Lux, médecin-major de première classe ;

4° Un mémoire intitulé : *De la dilatation præfœtale de la vulve*, par M. le docteur Léon Dumas, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier ;

5° Une note sur le *traitement du choléra*, par M. le docteur Arsène Drouet.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie externe.

La commission présente :

En première ligne	M. Lannelongue.
En deuxième —	M. Le Dentu.
En troisième —	M. Terrier.
En quatrième —	M. Perrier.
En cinquième —	M. Saint-Germain.
En sixième —	M. Péan.

Le nombre des votants étant de 82, la majorité est de 42.

M. Lannelongue obtient	54 suffrages.
M. Péan	26 —
M. Perrier	1 —
Bulletin blanc	1 —

En conséquence, M. Lannelongue, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

LECTURE

La dégénérescence de la France. — M. DECROIX lit, sous ce titre, un travail qu'il résume ainsi : « Dans le plus grand nombre des cas, l'alcoolisme s'est greffé, pour ainsi dire, sur le nicotinisme, et il en est la conséquence presque naturelle.

Quoi qu'il en soit, ces deux vices ont sur notre pays une influence si désastreuse qu'il n'est pas trop pour les combattre de deux sociétés dévouées comme celles qui ont entrepris cette noble mission. Qu'elles persistent dans leur œuvre régénératrice, qu'elles apportent la lumière et la conviction à toute cette jeune génération d'étudiants de nos écoles polytechnique, de médecine, de droit, d'arts et métiers, de nos lycées militaires et de marine où germent et se fécondent toutes les forces vives de la nation. Et quand tous les jeunes gens qui doivent surtout donner l'exemple aux classes moins favorisées sous le rapport de l'instruction, comprendront que toutes les espérances que fonde sur eux la patrie, viennent le plus souvent s'évanouir devant deux séductions, deux erreurs qu'ils rencontrent à l'entrée de leur carrière et qui détruisent toutes leurs énergies, le tabac et l'alcool; quand ils seront assez éclairés pour éviter l'écueil, assez résignés pour triompher de l'habitude, de la passion et de l'erreur, alors le but de nos deux grandes sociétés philanthropiques devra être rempli... et l'on ne dira plus que la France dégénère. »

DISCUSSION SUR LE LATHYRISME.

M. LE ROY DE MÉRICOURT rappelle, que dans l'avant-dernière séance, il a rapproché, des symptômes attribués par M. Proust à l'usage du lathyrus, une maladie désignée sous le nom de *béribéri*, commune dans les colonies, et qui présente des symptômes analogues. La ressemblance est si frappante, qu'elle a déjà été signalée par plusieurs des orateurs qui se sont occupés de l'étude du béribéri, entre autres par le docteur Irwing. M. Le Roy de Méricourt montre que, d'ailleurs, les effets dangereux du lathyrus étaient déjà connus dès le XVIIe siècle, mais que la paralysie des extrémités inférieures chez ceux qui font usage des graines de cette plante, n'apparaît généralement, comme dans le béribéri, qu'à la suite d'un refroidissement.

Après une étude très approfondie, surtout au point de vue bibliographique, de l'histoire de ces affections, béribéri et lathyrisme, dans les divers pays où on les a observées, M. Le Roy de Méricour conclut en ces termes :

1° De nombreuses observations recueillies à diverses époques et dans des lieux très différents tendent à établir que l'usage alimentaire, dans une large proportion, pendant un temps assez long, des graines de plusieurs espèces de lathyrus amène chez l'homme et les quelques animaux supérieurs des accidents sérieux caractérisés par des troubles de la motilité, particulièrement du côté des membres inférieurs, et, chez les chevaux, le cornage, l'asphyxie.

2° Des circonstances accessoires, telles surtout que les variations de température, le refroidissement du corps par la pluie ou le froid humide des nuits, paraissent jouer un rôle important comme causes déterminantes dans la production de ces accidents chez l'homme. Il serait nécessaire de chercher à faire la part de ces circonstances.

3° Pour démontrer d'une manière irréfutable l'action dangereuse de ces graines de lathyrus dans l'alimentation, il faudrait : *a.* isoler l'élément toxique qu'elles paraissent contenir ; *b.* instituer des expériences à l'aide de ce principe isolé sur des animaux supérieurs, mais surtout soumettre des animaux à l'usage alimentaire des graines, de la farine et de la plante desséchée.

Les expériences par les injections d'un principe toxique placent les sujets expérimentés dans des conditions trop différentes de l'action de graines entières ingérées par la méthode alimentaire.

4° Rechercher dans les pays où sévit une maladie désignée sous le nom de *béribéri*, et qui offre, dans certains cas, une analogie très grande avec les accidents attribués à l'usage alimentaire des graines de lathyrus, si ces graines ne font pas partie de l'alimentation.

M. LUNIER s'associe aux conclusions de M. Le Roy de Méricourt ; il ne fera de réserves que sur la première.

Ce qui se dit à la tribune de l'Académie a trop de retentissement, surtout quand il s'agit de questions d'hygiène alimentaire, pour qu'on ne cherche pas à déterminer d'une façon précise à quelles variétés de légumineuses appartiennent les graines auxquelles il paraît rationnel d'attribuer les accidents si bien décrits chez l'homme par M. Proust, chez les animaux par M. Bouley. C'est le seul moyen d'obtenir des observations comparables.

La graine de *lathyrus sativus*, auquel Irwing a cru devoir attribuer l'épidémie observée par lui dans l'Inde, est, au contraire, considérée comme absolument indemne par la plupart des observateurs. Presque tous, au contraire, considèrent comme toxique la graine du *lathyrus cicer* ou jarosse, à laquelle M. Proust avait raison d'attribuer le *lathyrisme médullaire spasmodique*, mais il y aurait lieu d'incriminer également l'*ervum ervilia*, qui, d'après M. Vilmorin, serait cultivée en Algérie sur une plus grande échelle que le *lathyrus cicer*.

M. Lunier met sous les yeux de l'Académie des échantillons de ces diverses graines, qu'il doit à l'obligeance de M. Vilmorin. Malheureusement, si les botanistes ne sont pas d'accord sur la détermination de ces diverses variétés, les cultivateurs le sont moins encore, puisque à quelques kilomètres de distance les uns appellent *jarosse* ou *pois cornu* ce que d'autres désignent sous le nom de *jarot*, *garousse* ou *pois carré*.

Il résulte d'ailleurs de la double enquête faite par M. Lunier chez des meuniers et des cultivateurs des environs de Saint-Chéron : 1° que les blés qu'on apporte actuellement au moulin contiennent en général beaucoup plus rarement de la jarosse qu'il y a une quarantaine d'années ; 2° que la jarosse donnée au vert aux bestiaux est considérée généralement comme un excellent fourrage, tandis que la graine passe aux yeux de la plupart des culti-

vateurs comme dangereuse constamment pour les porcs et les canards, tandis que les perdreaux et les pigeons en mangent impunément.

M. PROUST répond à M. Lunier que, lui aussi, il a distingué quatre espèces de lathyrus. Dans son mémoire, il a eu soin d'indiquer que si chez les Kabyles les accidents observés par lui étaient dus à l'espèce nommée *lathyrus cicera*, en revanche, dans l'Inde, les mêmes accidents étaient causés par le *lathyrus sativus*.

Quant à la ressemblance d'une maladie produite simplement par le froid ou par d'autres causes banales avec le lathyrisme médullaire spasmodique, elle ne doit étonner en rien. N'existe-t-il pas également une très grande analogie entre certaines formes d'ergotisme, par exemple, et des maladies absolument indépendantes de l'ingestion de cette substance toxique.

M. Proust se dispose à poursuivre l'étude expérimentale des effets produits par les divers genres de lathyrus. Il va commencer, à cet effet, une série d'expériences sur des chevaux, à l'École d'Alfort.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1883.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	12	16	»	28
2e	14	14	»	28
3e	19	32	5	56
4e	34	45	9	88
5e	20	30	11	61
6e	19	27	6	52
7e	17	23	6	46
8e	3	13	1	17
9e	14	20	»	34
10e	36	47	5	88
11e	44	80	22	146
12e	25	29	10	64
13e	40	64	18	122
14e	31	55	26	112
15e	28	47	16	91
16e	18	17	4	39
17e	36	74	13	123
18e	33	64	21	118
19e	36	49	13	98
20e	61	94	32	187
	540	840	218	1,598

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites.	114
Croup	22
Coqueluche	10
Corps étrangers de l'œsophage	1
B. — Asthme	27
Affections du cœur	36
Bronchites aiguës et chroniques	60
Pleuro-pneumonie	59
Congestion pulmonaire	18
C. — Affections et troubles gastro-intestinaux	77
Cholérine	15
Dysenterie	3
Athrepsie	16
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	52
Hernie étranglée	22
Rétention d'urine	16
Orchite	1
Chute du rectum	1
D. — Métrite, métro-péritonite	39
Métrorragie	32
Fausse couche	43
Accouchement, délivrance	193
E. — Affections cérébrales,	

MALADIES OBSERVÉES (*suite*).

paralysies	88
Convulsions, éclampsie	59
Névralgie	45
Névroses	68
Épilepsie	24
Aliénation mentale	13
Alcoolisme, delirium tremens	24
Catalepsie	1
Hydrophobie	1
F. — Rhumatisme	18
Affections éruptives	43
Fièvre intermittente	3
Fièvre typhoïde	78
Hémorragies de causes internes et externes	73
G. — Plaies, contusions	88
Fractures, luxations, entorses	30
Brûlures	2
Empoisonnements	15
Asphyxie par le charbon	5
Suicide	7
H. — Mort à l'arrivée du médecin	59
Total	1,598

Les hommes entrent dans la proportion de 34 p. 100;
Les femmes — — 52 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 14 —

La moyenne des visites par nuit est de 17 55/100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 16 48/100.

Visites du deuxième trimestre de 1882	1,518
Visites du deuxième trimestre de 1883	1,598
Différence en plus	80

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Ainsi que le faisaient prévoir les dernières nouvelles, le Caire est également atteint par le fléau. Dans la journée du 16, les décès cholériques ont été de 12 dans cette ville. Le choléra sévit actuellement dans quatorze villes ou villages de l'Égypte et tend à gagner toute la basse Égypte.

Les chiffres connus sont, pour les journées du 15 et du 16 juillet:

Le 15 : Damiette, 47; Mansourah, 51; Menzaleh, 20; Samanoud, 10.

Le 16 : Damiette, 23; Mansourah, 56; Menzaleh, 42; Samanoud, 10; le Caire, 12.

— Par arrêté en date du 11 juillet, la décoration du Mérite agricole a été conférée à MM. de Faymoreau, ancien médecin de la marine; Cornevin, professeur à l'École vétérinaire de Lyon; Aumignon, vétérinaire, chef du service sanitaire du département de la Marne.

— Dans sa séance du 11 juillet, le Conseil municipal de Paris a, sur la proposition de M. Georges Martin, « invité M. le Préfet de la Seine à faire les démarches nécessaires auprès du gouvernement pour que la ville de Paris soit autorisée à construire, dans les trois grands cimetières de Paris, des appareils crématoires ne devant être utilisés qu'en temps d'épidémie ».

— Un concours est ouvert pour une place d'interne vacante à l'Asile national des convalescents de Vincennes, commune de Saint-Maurice (Seine).

Les candidats doivent justifier : 1° qu'ils ont pris au moins douze inscriptions à l'École de médecine ; 2° qu'ils ont subi au moins trois examens de fin d'année ; 3° qu'ils ont été nommés, par la voie du concours, externes dans les hôpitaux de Paris. Les aspirants aux fonctions d'interne devront, en outre, produire un certificat constatant que, pendant une année, ils ont fait avec assiduité le service d'externe en médecine ou en chirurgie.

Les demandes et les titres à l'appui seront adressés à la Direction de l'asile de Vincennes, bureau du secrétariat.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Caubet, professeur de pathologie interne, est nommé, pour trois ans, directeur de l'école, en remplacement de M. Filhol, décédé.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste de géologie au Muséum, fera sa prochaine excursion géologique publique, le dimanche 22 juillet 1883, à Margny, Cuise-la-Motte et Pierrefonds. Le rendez-vous est à la gare du Nord, où l'on prendra, à 6 heures moins 10 minutes du matin, le train pour Lamotte-Breuille. — On sera de retour à Paris, à 9 heures et demie du soir.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Contribution à l'étude de la pathogénie des ulcères idiopathiques de la jambe, par M. le docteur SCHREIDER. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14816.

Nº 83. — SAMEDI 21 JUILLET 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 21 JUILLET 1883. — Nº 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** ».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. Souscription pour élever une statue au professeur Bouillaud. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Traitement de la chute de l'utérus. — Métrorragies simples, sans fluxion. — Parotidite suppurée après péritonite. Suite d'avortement. — Nouveau thermomètre circulaire à index (minima et maxima), avec cartons thermographiques. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Thèses. — Nouvelles.

SOUSCRIPTION

POUR ÉLEVER UNE STATUE AU PROFESSEUR BOUILLAUD.

La ville d'Angoulême, voulant perpétuer le souvenir d'un de ses enfants les plus illustres, le professeur Bouillaud, avait ouvert une souscription pour placer son buste dans sa ville natale. Cette souscription a dépassé le but qu'on s'était proposé, et les admirateurs du célèbre auteur des *Maladies du cœur* ont résolu de lui élever une statue.

Nous, médecins, qui avons été les élèves ou qui profitons des enseignements de ce Maître, nous voudrons nous associer à cette manifestation. L'Académie de médecine a déjà ouvert sa liste de souscription, qu'elle nous a communiquée pour être placée sous les yeux de nos lecteurs. Nous en commencerons la publication dans notre prochain numéro.

Nous invitons nos confrères à s'inscrire sur nos listes ; et, suivant notre coutume en ces circonstances, nous les prions de nous envoyer leur offrande, si modeste qu'elle soit. Il ne s'agit pas ici de faire assaut de souscriptions plus ou moins élevées ; il s'agit, en nous inscrivant, d'exprimer notre admiration et notre reconnaissance pour celui qui fut une des gloires de la médecine française au XIXe siècle.

Nous déclarons la souscription ouverte et nous inscrivons :

La *Gazette des hôpitaux*. . . . . 100 fr.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Traitement de la chute de l'utérus.

L'opération que M. le professeur Le Fort a pratiquée le mercredi 27 juin sur une femme atteinte de chute de l'utérus, est bien l'une des plus ingénieuses et des plus simples qu'il soit possible d'imaginer pour remédier à cette affection.

M. Le Fort part de ce principe qu'avant que l'utérus lui-même franchisse l'orifice du vagin, il a toujours existé d'abord, durant un temps plus ou moins long, un certain degré de cystocèle, qui s'accroissait graduellement. La paroi antéro-supérieure du vagin a cédé d'avant en arrière, et c'est sa partie antérieure qui s'est présentée la première à l'orifice de la vulve ; pour continuer à se dégager, elle a glissé, pour ainsi dire, contre la paroi postérieure avec laquelle elle était en contact ; elle a entraîné, dans ce mouvement de glissement d'arrière en avant et de haut en bas, d'abord le bas-fond de la vessie, puis sa face postérieure et l'utérus lui-même, qui adhère avec cette face sur une certaine étendue. Lorsque la chute d'une partie de la vessie, de l'utérus et de ses annexes aurait fini par amener le retournement en doigt de gant du vagin presque entier, ce serait encore la paroi postérieure de cet organe qui resterait la dernière en place à son extrémité inférieure, sur laquelle le glissement progressif se serait opéré.

Tel est le point de départ de la méthode, et l'observation clinique démontre que ce point de départ est exact.

Chez la femme en question, par exemple, la chute complète de l'utérus remontait à peine à un an, tandis qu'il y avait déjà trois ans que s'était produit un cystocèle.

Ce fut dans le cours d'une quatrième couche, vers le troisième mois, que cette femme, alors âgée de vingt-six ans, remarqua une petite tumeur qui venait faire saillie à la vulve.

Cette tumeur disparaissait dans la position horizontale, mais pour reparaître aussitôt que cette femme se levait. Elle persista durant toute la grosseur et augmenta peu à peu depuis lors. Les médecins que cette femme consulta lui dirent qu'il s'agissait alors d'une hernie de la vessie. Mais il arriva un moment où l'utérus descendit lui-même, entraînant ses annexes, et où la malade présenta une tumeur énorme qui venait ballotter entre les cuisses. La tumeur était réductible, mais se reproduisait aisément.

Les conditions étaient favorables pour l'application de la méthode que M. Le Fort préconise et qu'il a souvent mise en œuvre avec succès.

Pour mettre un obstacle absolu au retournement du vagin en pareil cas, M. Le Fort s'est dit qu'il suffirait de fixer l'une contre l'autre les deux parois de cet organe, de manière à rendre impossible le glissement de l'une contre l'autre.

En établissant sur la ligne médiane entre ces deux parois une série d'adhérences qui rendraient le vagin cloisonné de haut en bas pour ainsi dire, on retiendrait en place la paroi

antérieure et on empêcherait tout mouvement de descente.

En conséquence, M. Le Fort pratiqua, sur la ligne médiane, l'avivement des deux parois, en procédant à ciel ouvert, alors que l'utérus était complètement hors de la vulve.

Cet avivement superficiel mesurait, sur chaque paroi, une longueur de 5 à 6 centimètres. Bien entendu, il faut avoir grand soin de ne pas entamer les tissus trop profondément, car sur la paroi antérieure on pourrait blesser la vessie, et sur la paroi postérieure le rectum.

Une fois qu'on se trouve avoir obtenu longitudinalement des surfaces saignantes longitudinales sur les deux parois, il ne reste plus qu'à mettre en contact ces surfaces et à les faire adhérer entre elles. A cet effet, M. Le Fort réduit d'abord en partie l'utérus, juste assez pour pouvoir rapprocher l'une de l'autre les extrémités supérieures des deux surfaces d'avivement, puis il les fixe l'une contre l'autre à ce niveau par des points de suture. Après cela, une réduction un peu plus complète de la tumeur lui permet de poser un nouveau point de suture en dessous des premiers, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la tumeur se trouve entièrement réduite, et tout le vagin divisé de haut en bas par une sorte de cloisonnement longitudinal et médian, résultant de l'application de ces points de suture.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Il n'y eut pas même de fièvre les jours suivants. La malade se porte aussi bien que possible, et c'est à peu de frais qu'elle aura obtenu la guérison d'une infirmité aussi pénible que dégoûtante, car bien que quelques points de suture aient lâché, il paraît probable que les adhérences produites pourront suffire pour mettre obstacle au renouvellement du prolapsus.

Cette méthode est la seule qui compte un certain nombre de succès complets et durables depuis l'époque, relativement récente, où M. Le Fort l'a décrite.

Elle offre le grand avantage de ne pas mettre obstacle à la copulation. D'après ce qu'on a observé dans les cas de cloisonnements congénitaux de l'utérus, quand il s'agit d'un vagin bifide avec cloisonnement longitudinal et médian, il faut supposer que l'accouchement, en cas de grossesse, n'en serait nullement gêné.

Le vagin prête tant sur les côtés que sa dilatation dans ce sens est pour ainsi dire indéfinie, et que chacune de ses moitiés latérales pourrait suffire au passage d'une tête d'enfant. D'ailleurs tout ce qu'on aurait à craindre serait une déchirure, sans inconvénient grave, sauf qu'elle motiverait peut-être une nouvelle opération du même genre, si les adhérences étaient détruites sur toute leur longueur.

Métrorragies simples, sans fluxion.

La classe des métrorragies comprend des espèces très différentes. (Il en est, et ce sont peut-être les plus nombreuses, qui trahissent la présence soit de corps fibreux dans l'épaisseur de l'utérus, soit de polypes muqueux ou de granulations, plus ou moins développées, plus ou moins analogues à des polypes, dans la cavité de cet organe.)

Il en est aussi, dont nous avons eu l'occasion de parler plusieurs fois déjà, qui, sans affection préexistante de l'utérus, s'accompagnent d'une véritable fluxion aiguë, capable de faire illusion en augmentant le poids, le volume de la matrice, et en en modifiant la forme par de petites tumeurs fluxionnaires surajoutées.

Celles-là coïncident souvent avec des névralgies lombo-abdominales, qu'on a voulu considérer comme leur cause. Elles se rencontrent fréquemment chez des personnes chloro-anémiques, sujettes à des névralgies et à des fluxions de tout genre.

Mais il en est d'autres beaucoup plus simples, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le suppose d'ordinaire, et qui ne sont l'expression d'aucun état morbide, soit de l'organe, soit de l'individu.

Chez des jeunes filles autrement bien portantes, il se fait des hémorragies par la muqueuse de l'utérus, comme il s'en fait chez d'autres par la muqueuse du nez. Cela n'a pas plus de conséquences.

Quand on pratique le toucher, on trouve l'utérus petit, mobile, sans aucun point sensible, soit à sa surface, soit dans les culs-de-sac ou dans les annexes. L'écoulement sanguin ne s'accompagne d'aucune congestion, d'aucune souffrance. Il se prolonge plus ou moins longtemps sans altérer en rien la santé, puis il cesse sans laisser de trace.

Sauf sa date, qui ne correspond à aucune époque menstruelle, il est aussi peu pathologique, aussi innocent que celui d'une menstruation normale.

Il peut se répéter souvent sans qu'il en résulte d'altération dans le tissu de l'utérus ou de troubles dans ses fonctions.

M. Rigal résistait vivement sur toutes ces particularités à propos d'une femme, âgée de 20 ans, qui était entrée dans son service à l'occasion de pertes utérines.

La petitesse, la mobilité, l'indolence de l'utérus, l'absence de toute tumeur au point où elles se développent d'ordinaire sous l'influence de la fluxion, c'est-à-dire contre la partie sus-vaginale du col (là où le tissu cellulaire forme une couche assez abondante sous le péritoine, tandis que plus haut, vers le fond, le péritoine adhère et se confond avec la surface de l'utérus sans aucune interposition du tissu cellulaire), tous ces signes négatifs montraient qu'il ne s'agissait pas d'une congestion active, d'une fluxion proprement dite.

Cette jeune femme présentait d'ailleurs toutes les apparences d'une santé satisfaisante. C'était une blanchisseuse, solide, bien musclée.

Elle racontait que, réglée à 11 ans et demi, elle n'avait jamais eu ni avance ni retard dans sa menstruation jusqu'à son entrée en ménage, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 17 ans. A cette époque, sous l'influence des premières approches sexuelles, il s'était produit un retard de plusieurs mois. Puis les règles avaient reparu et s'étaient dès lors reproduites régulièrement comme auparavant. La perte qui l'avait fait entrer à l'hôpital datait de trois semaines, lors de notre examen. La cause en était inconnue et les résultats de l'exploration de l'utérus ne permettaient pas, bien entendu, la supposition d'une fausse couche.

Mais il faut noter que cette jeune femme était très nerveuse, très impressionnable, sujette à des pleurs sans motifs, à des accès de colère ou de jalousie sans cause. Elle se trouvait donc dans des conditions tout à fait favorables pour une névrose des vaso-moteurs. Or il nous semble que c'est surtout par une action nerveuse portant sur les vaso-moteurs qu'on peut expliquer les hémorragies toutes spontanées, pour ainsi dire, peu rares dans l'adolescence et dans la première jeunesse.

Parotidite suppurée après péritonite. Suite d'avortement.

A propos des parotidites dans les suites de couches, M. le docteur Fournier (de Brest), médecin principal de la marine en retraite, nous adresse la lettre suivante :

« Dans le numéro du 30 juin dernier de la *Gazette des hôpitaux*, après avoir résumé une intéressante observation de parotidite suppurée, survenue au déclin d'une péritonite puerpérale, vous faites remarquer que ces parotidites pourraient bien avoir une marche spéciale qu'il serait possible de déterminer, et vous finissez par un appel à vos lecteurs, en priant ceux d'entre eux qui auraient rencontré des cas de ce genre, de vous en envoyer le récit.

Tout récemment, j'ai observé un cas qui a offert, dans sa marche et ses suites, la plus frappante ressemblance avec celui que vous publiez ; je vais vous le retracer de mémoire.

Il s'agit d'une jeune femme, forte et robuste, qui habite la campagne aux environs de Brest ; elle est âgée de vingt-trois ans. Mariée depuis peu et se trouvant enceinte, elle fit, au commencement de mars dernier, une perte à trois mois ; cet accident, provoqué par je ne sais quelle circonstance, se passa régulièrement, et n'aurait eu probablement aucune suite fâcheuse, si cette dame n'avait eu la malencontreuse idée de se rendre, à pied, et non encore entièrement rétablie, à la messe du dimanche à l'église de sa paroisse qui est éloignée de son habitation de plus de deux kilomètres. Le temps était froid et pluvieux. Elle rentra chez elle avec un gros frisson ; une fièvre violente se déclara ; puis se déroulèrent tous les symptômes d'une péritonite aiguë et grave ; elle fut soignée, et avec intelligence, je dois le dire, par la sage-femme qui l'avait assistée lors de sa fausse couche. Au bout d'une huitaine de jours, un mieux très sensible s'était produit, lorsque apparut, dans la région parotidienne gauche, une tuméfaction qui se développa avec une extrême rapidité, devint bientôt énorme, et jeta l'effroi dans l'esprit de la malade et des assistants. Je fus appelé en toute hâte ; c'était le 2 avril.

Je trouvai Mme X... souffrant beaucoup et dans un état d'extrême anxiété. La fièvre est très intense, la tumeur parotidienne a acquis un développement considérable ; le cou, le front, les paupières sont envahis ; l'œil gauche est complètement clos ; impossibilité même d'entr'ouvrir les mâchoires, déglutition difficile ; la malade croit qu'elle va étouffer ; du reste pas de fluctuation, mais rénitence mollasse sans douleur bien vive ni rougeur bien accusée ; j'annonce qu'il se formera du pus et que sans doute une opération deviendra nécessaire. Je rassure de mon mieux, mais sans beaucoup d'entrain, l'entourage qui est fort alarmé. Comme me le fait remarquer la sage-femme, le ventre est réellement bien mieux, plus de vomissements ni de nausées, le météorisme a disparu, tuméfaction assez notable de la région inférieure de l'abdomen, surtout dans la fosse iliaque gauche où persiste une certaine sensibilité, de la résistance à la main et de la matité.

Quelques jours plus tard, la fluctuation était devenue très manifeste, et, dans cette vaste partie, le pus était réuni en foyer ; une large incision fut pratiquée, par où s'écoula une grande quantité de matière purulente, épaisse, avec lambeaux sphacélés de la glande et du tissu cellulaire ; je fis un lavage antiseptique à l'eau phéniquée et plaçai à demeure un drain plongeant ; j'indiquai ensuite minutieusement comment pratiquer chaque jour, et deux fois par jour au moins, des lavages et des pansements phéniqués.

Les suites furent fort heureuses, et à la fin d'avril, en voyant la malade, je constatai avec plaisir que le recollement des parties avait eu lieu, que la suppuration était presque nulle et la plaie en bonne voie de cicatrisation. Pendant ce temps, la fièvre était tombée, l'appétit et les forces étaient revenus et surtout les symptômes abdominaux, reliquats de la péritonite, avaient totalement disparu. Comptant sur une guérison définitive et prochaine, je n'hésitai pas à permettre à Mme X..., qui en témoignait le vif désir, de se lever un peu, et puis, si tout allait bien, d'aller avec précaution au jardin respirer l'air du printemps.

Aucune imprudence, paraît-il, ne fut commise, et cependant, le 7 mai, j'étais rappelé de nouveau ; les accidents abdominaux avaient reparu, avec moins d'intensité toutefois que jadis ; fièvre, nausées, quelques vomissements, diarrhée, léger météorisme et, dans le flanc gauche, tuméfaction très notable, douleur assez vive, résistance à la palpation et matité. J'ordonnai un repos absolu et le traitement antérieur fut repris, traitement ordinaire par l'opium, le sulfate de quinine, les lavements et les cataplasmes laudanisés. L'amélioration ne se fit pas attendre, et cette fois, grâce à un séjour prolongé au lit, la guérison fut définitive et complète.

Dimanche dernier, 1er juillet, Mme X..., fort satisfaite de l'heureuse issue de cette longue, cruelle et périlleuse épreuve, est venue à Brest, — en voiture, s'entend, — pour me remercier de mes soins. L'état général est bon, la cicatrice est linéaire et déprimée ; cachée derrière le bord postérieur du maxillaire inférieur, et masquée par la boucle d'oreille, elle se voit à peine, résultat fort appréciable pour cette jeune femme qui, avant l'opération, s'en montrait très préoccupée. »

L'observation de M. Fournier est d'autant plus intéressante qu'elle vient confirmer de tout point l'opinion que nous avons émise sur l'innocuité habituelle des parotidites suppurées, survenues, dans l'état puerpéral, après des accidents qui pourraient faire craindre un certain degré de septicémie.

Ce serait déjà une raison pour ne pas confondre cette classe de parotidites avec celles que l'on observe soit vers la fin des fièvres typhoïdes, soit dans le cours de quelques maladies infectieuses, et qui sont, au contraire, d'un pronostic presque toujours fatal.

Mais ce n'est pas tout : ces parotidites de l'état puerpéral se distinguent aussi par une marche particulière, ainsi que nous aurons l'occasion de l'indiquer dans une autre Revue clinique.

NOUVEAU THERMOMÈTRE CIRCULAIRE

A INDEX (MAXIMA ET MINIMA), AVEC CARTONS THERMOGRAPHIQUES

Par M. le docteur Burq.

L'instrument a pour but : 1° la *thermométrie* plane sur toutes les régions du corps indistinctement ; 2° la *thermographie*, ou l'enregistrement des observations thermométriques avec le temps de leur durée ; 3° la *thermo-métalloscopie*, détermination des sensibilités métalliques individuelles par les variations thermiques.

Il a pour organes essentiels : A. un thermomètre circulaire à cadran O, pourvu de deux index *a*, *i* (voy. *fig.* 1), dont la tige et

la cuvette en contre-bas *x*, *x*, sont encastrées en vue de les sauvegarder contre leur fragilité, dans une sorte d'écrin *rigide* pourvu d'un réflecteur parabolique, fermé en haut par une plaque tournante P, qui ne laisse voir qu'une faible section de la tige S par une échancrure *e*, au milieu de laquelle est une flèche dont la pointe correspond à l'index *i* ;

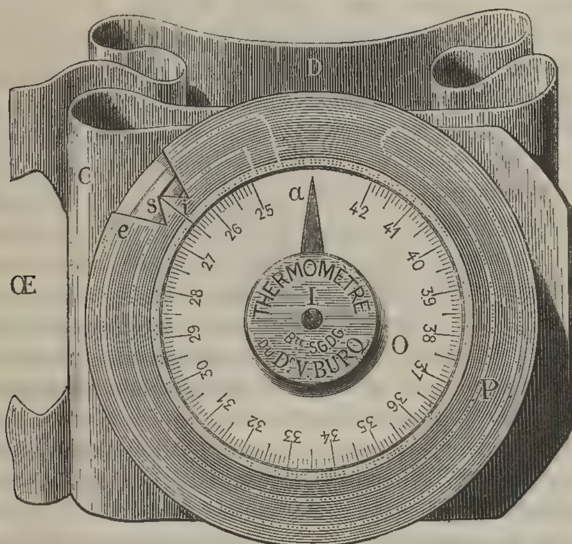


Fig. 1 (vue en projection).

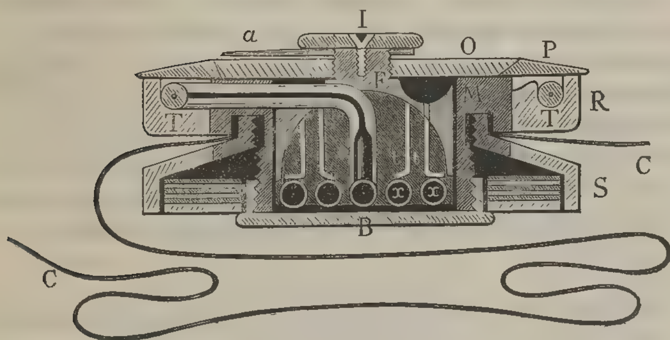


Fig. 2 (vue en coupe).

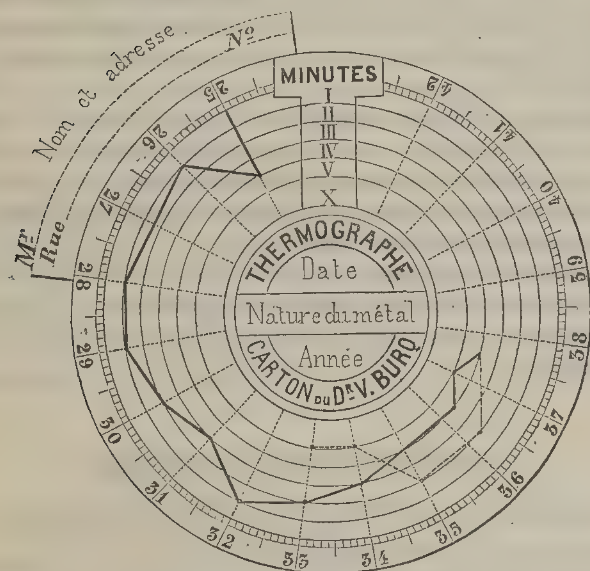


Fig. 3 (vue en plan, grandeur d'exécution).

B. Des rondelles des différents métaux malléables à l'usage de la métalloscopie, assez minces pour être contenues toutes dans le vide du socle S ;

C. Une longue bande en caoutchouc C, avec des œils *œ* ou une boucle pour fixer l'instrument sur n'importe quelle région, à la façon d'un bouton de manchette, dont il affecte la forme ;

D. Des cartons dits *thermographiques* (voy. *fig.* 3), sur lesquels sont reproduits tous les chiffres et divisions de O, et tracés des cercles I, II, III, IV, V et X, pour marquer en minutes la durée de chaque observation.

Mode d'emploi. — *Thermoscopie.* — On fixe l'instrument, avec ou sans ses rondelles métalliques, suivant qu'on veut faire de la thermo-métalloscopie ou seulement de la thermométrie plane, et pour avoir la température il n'y a qu'à faire tourner P de façon à que l'angle de *i* et le sommet de la colonne de mercure soient bien en regard, et la lecture en *o*, au point marqué par la fin de *i*, donnera la température à 1/10e de degré près.

Pour faire une double observation on marquera la première en plaçant la pointe de l'aiguille *a* vis-à-vis de *i*, après quoi *i* pourra être reporté ailleurs. En ce cas, *i* jouera le rôle d'index *maxima* ou *minima*, et *a* celui d'index *minima* ou *maxima* suivant que la température aura monté ou baissé.

Thermographie. — On inscrit les observations, minute par minute au moyen des cercles concentriques I, II, III, etc., ainsi que le fait voir le tracé de la figure 3. Ce tracé signifie que le thermomètre a marqué 25° après quatre minutes, 26° à la cinquième, 28° à la sixième, etc., et que la température a atteint son apogée ; 37°,5 à la trente-unième minute ; puis qu'elle s'est successivement abaissée à 36°,25 au bout de deux autres minutes, à 35° après deux autres, etc., et finalement, après quarante-cinq minutes à 33°, où elle est restée stationnaire. Total de la durée de l'observation : 31 minutes à la montée et 14 à la descente.

C'est dans la thermographie surtout que l'index *a* interviendra utilement pour comparer les observations successives et permettre de les inscrire.

Thermo-métalloscopie. — On commencera par faire la thermographie *en blanc*, c'est-à-dire sans métal, puis, sans désemparer, on renouvellera l'opération du côté frappé d'athermie relative, mais cette fois avec une rondelle de métal en commençant par l'acier. On passera ensuite au cuivre, à l'or, au zinc, à l'étain, à l'argent, au platine et à l'aluminium, tout en dernier. Si toutes les plaques des métaux sus-désignés viennent à être sans effet, cela signifiera ou que l'on se trouve en présence d'une *aptitude métallique dissimulée*, ou bien que le sujet est sensible à un autre métal que les métaux malléables, voire même à un métalloïde. En ce cas, il restera la ressource des injections sous-cutanées, qui sont comme l'*ultima ratio* de la métalloscopie. Procédant alors avec elles comme avec les plaques métalliques, on injectera du côté athermique quelques gouttes, 5 à 10 au plus, d'une solution convenable, depuis 1/200e jusqu'à 1/1000e ou même 1/2000e, suivant l'activité de la substance, et l'on appliquera la cuvette *x*, *x* du thermomètre au centre de la piqûre. On agira ici plus sûrement encore en injectant, aussitôt après, du côté opposé et dans un point symétrique une égale quantité d'eau claire. Mais alors deux thermomètres bien équilibrés et appliqués au même moment seront nécessaires.

La thermo-métalloscopie, dont le nouvel instrument, construit par M. Dupré, est surtout le but, repose sur cette double observation :

1° Qu'en métalloscopie les phénomènes thermiques ont le pas sur tous les autres et que, lorsque l'esthésiomètre et le dynamomètre sont absolument muets, le thermomètre peut, lui, parler encore ;

2° Que les injections des sels métalliques ont pour effet presque immédiat, lorsque le métal qui en fait la base est approprié à l'idiosyncrasie, de déterminer des plus-values thermiques suivies le plus souvent d'une action dans le même sens du côté de la circulation capillaire, de la sensibilité et de la motilité.

De là cette espérance très légitime d'arriver à découvrir d'autres agents esthésiogènes et dynamogènes, non seulement dans les métaux qui, comme le mercure, le manganèse, l'antimoine, etc., ne peuvent se prêter à des applications externes, mais aussi dans les métalloïdes eux-mêmes, et de pouvoir faire encore ici cette chose qu'on n'aurait même point osé rêver avant la découverte de la métallothérapie de la *thérapeutique à coup sûr*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juillet 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Kystes de l'ovaire. Ovariotomie. — **M. Terrillon** répond aux observations présentées dans la dernière séance par MM. Pozzi, Lucas-Championnière et Terrier. Il déclare, en réponse aux réflexions de MM. Pozzi et Lucas-Championnière, qu'il n'a jamais eu la prétention de faire connaître quelque chose de nouveau en publiant les observations qu'il a communiquées à la Société. Il rappelle avoir cité Péan, Kœberlé, Urdy, les auteurs étrangers et leur avoir rendu justice à tous; il n'accepte donc pas le reproche qui lui a été adressé à ce sujet par ses collègues.

Quant à M. Terrier, il lui fait observer qu'il n'a pas dit que l'ablation est toujours difficile quand il y a des adhérences, comme il le lui fait dire à tort; il a bien eu soin de distinguer les cas dans lesquels la décortication est facile, des cas où des adhérences avec les ligaments larges, l'utérus, la vessie, etc., la rendent extrêmement difficile. Il maintient cette distinction qui lui paraît, au point de vue de l'intervention chirurgicale, des plus importantes. Enfin M. Terrillon fait de même remarquer à M. Lucas-Championnière qu'il a fait une distinction, comme lui, entre les kystes développés dans l'épaisseur du ligament large, de ceux qui se développent à la surface.

M. Terrier maintient les assertions qu'il a émises dans la dernière séance; il insiste de nouveau sur la nécessité absolue qu'il y a, selon lui, à décortiquer, à enlever le plus qu'on peut; c'est là une question de pratique qui exige une assez longue expérience de l'ovariotomie. Quant aux diverses variétés de kystes du ligament large, il y en a dont n'a pas parlé M. Terrillon; il y a des kystes du ligament large pédiculés comme des kystes ordinaires.

M. Terrillon, à propos du reproche qui lui a été adressé par M. Pozzi, fait observer que MM. Péan et Urdy n'ont jamais parlé de l'enclavement des kystes du ligament large.

M. Trélat trouve ce mot enclavement absolument impropre et même dangereux, au point de vue des conséquences opératoires qu'il pourrait entraîner; il propose de le remplacer par le mot d'inclusion.

M. Pozzi dit qu'il est vrai que le mot enclavement ne se trouve pas dans le travail de MM. Péan et Urdy; mais les observations et les procédés opératoires sont absolument semblables aux observations et aux procédés dont a parlé M. Terrillon. Si le mot n'y est pas, la chose y est. Il faut le reconnaître, ne serait-ce que par esprit de justice et de patriotisme.

M. Terrillon répète que la distinction qu'il a établie entre les divers cas de kystes du ligament large ne se trouve pas nettement indiquée dans le travail dont il s'agit.

M. Verneuil fait ressortir toute l'importance de cette distinction et la différence capitale, au point de vue de l'opération, qui sépare les kystes avec adhérences périphériques des kystes à adhérences profondes et tout à fait rapprochées, par exemple, des gros troncs iliaques. En somme, la difficulté de l'opération varie avec le siège des adhérences.

M. Pozzi fait de nouveau remarquer qu'au point de vue opératoire, ces différences sont parfaitement établies dans le travail de MM. Péan et Urdy.

M. Terrier rappelle avoir fait un travail pour combattre précisément le traitement par le drainage proposé dans ces cas par M. Péan, et montrer que cette opération incomplète était le plus souvent suivie de récidive et ne guérissait que d'une façon exceptionnelle.

Résection du coude. — **M. Nepveu** présente plusieurs pièces anatomiques et plusieurs moules se rapportant à des cas de résection du coude, opérés par M. Verneuil. Ces pièces et ces moules montrent les bons résultats fournis par cette opération.

Tumeur du cou. — **M. Terrillon** communique l'observation d'une jeune fille qui portait depuis plusieurs mois, sous le sterno-mastoïdien, trois tumeurs dures, bosselées, mobiles à la surface, adhérentes aux parties profondes et qui paraissaient être des tumeurs ganglionnaires. Ce fut là, du moins, le diagnostic porté par M. Terrillon. Un traitement tonique par les douches et l'arsenic étant resté sans résultat, l'ablation fut pratiquée. M. Terrillon tomba sur des poches kystiques. L'opération fut assez facile; toutefois il y avait des adhérences avec la jugulaire interne qui rendirent la dissection un peu difficile. Réunion immédiate, tube à la partie inférieure, guérison en quinze jours.

L'examen anatomique montra les particularités suivantes : Le liquide contenu dans ces kystes était citrin et transparent; ces kystes étaient formés de cloisons incomplètes. L'examen histologique des parois a montré qu'elles étaient formées de tubes à parois tubiques, comme cela a lieu dans les épithéliomas tubulés; on y constatait en outre une dégénérescence colloïde des éléments. En résumé, il s'agissait donc là d'épithéliomas kystiques.

Ces tumeurs s'étaient développées lentement, sans réaction.

M. Terrillon n'a trouvé dans la science que deux cas semblables, l'un appartenant à Richard et publié dans les bulletins de la Société de chirurgie, l'autre à MM. Verneuil et Muron, communiqué à la Société de biologie. M. Muron avait pensé qu'il s'agissait de kystes développés dans un ganglion lymphatique. L'examen des kystes opérés par M. Terrillon a montré qu'ils présentaient une structure analogue à celle des parois de certains kystes de l'ovaire.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur les déterminations de la fièvre typhoïde sur le pharynx et l'isthme du gosier (1), par M. le docteur Paul Dérignac, ancien interne des hôpitaux.

Les déterminations de la fièvre typhoïde sur la gorge ont attiré depuis longtemps l'attention des médecins, mais elles ont été étudiées presque uniquement à la période d'ulcération, et l'on trouve peu de documents qui, montrant l'évolution du processus, permettent de le suivre pas à pas, depuis son origine jusqu'à la période d'élimination. Cependant la perte de substance ne se constitue point d'emblée, et il est intéressant de savoir reconnaître ses phases initiales, car elle se montre quelquefois comme première manifestation locale de la maladie simulant toute autre angine aiguë.

C'est à étudier l'évolution, la nature, la cause du processus que M. le docteur Dérignac a consacré ce travail, qu'il résume dans les propositions suivantes :

« La fréquence des déterminations de la fièvre typhoïde sur la gorge est plus grande que ne semblent l'admettre la plupart des auteurs; elles peuvent se montrer au début, ou plus tard, dans le cours de la maladie; elles peuvent, au point de vue clinique, revêtir deux formes : elles peuvent se manifester par de la douleur, etc., ou se développer insidieusement; leur diagnostic est quelquefois fort difficile, surtout si elles sont douloureuses et apparaissent comme première détermination locale de la dothiénentérie; elles peuvent simuler absolument d'autres affections de la gorge; ce n'est souvent que par l'examen des symptômes généraux, de la marche de la maladie, qu'on arrivera à les reconnaître sûrement; les lésions qui les caractérisent portent sur le système vasculaire sanguin et sur le système lymphoïde; ces lésions de l'appareil lymphoïde et du système vasculaire sanguin se montrent ici identiques à celles que l'on peut observer sur les autres organes au cours de la fièvre typhoïde, elles attestent donc avec ces dernières d'une pathogénie commune : l'adultération du sang par un principe étranger, sans doute infectieux et de nature organisée, s'il faut s'en rapporter aux recherches de Recklinghausen, Klebs, Letzerich, Brautlecht, etc., etc.

(1) In-8°. — Prix : 3 francs. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Mélanges de clinique chirurgicale (1), par M. le docteur Théodore Weiss, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Nancy.

Sous ce titre, M. le docteur Weiss nous donne une série d'observations et de mémoires qu'il suffit d'énumérer pour donner au lecteur une idée de l'intérêt de cette publication.

Tumeur pulsatile de l'orbite; note sur un cas de polype naso-pharyngien; de la chloroformisation la tête pendante; deux cas de tétanos; cancer de l'amygdale et du pharynx; résection anaplastique du coude; cancer du plancher buccal; ostéotomie par le procédé de Sédillot; résection des côtes dans l'empyème chronique; résection de la mâchoire inférieure; de l'incision antiseptique des abcès par congestion; blessure du genou.

Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte (2), par M. le docteur Léopold Ramonède, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

Le feuillet séreux qui entoure le testicule n'est autre chose, à l'origine, qu'un cul-de-sac prolongé dans les bourses de la grande séreuse abdominale. La cavité, formée par ce cul-de-sac, communique d'abord librement avec la cavité abdominale, dont elle n'est qu'un diverticule. Chassaignac a donné au canal séreux interposé à ces deux cavités le nom de canal péritonéo-vaginal. D'ordinaire, ce canal séreux, organe désormais inutile dans l'espèce humaine, s'oblitère et disparaît dès les premiers temps de la vie. Mais il peut arriver qu'il persiste en totalité ou en partie jusque dans l'âge le plus avancé, voie toute préparée à la migration de quelque viscère.

Ces courtes considérations contiennent le sujet du travail de M. le docteur Ramonède :

1° Étude anatomique du canal péritonéo-vaginal, envisagé chez l'adulte;

2° Exposé des caractères particuliers à l'étranglement des hernies qui s'y produisent.

Deux excellentes planches, dues à l'habile crayon de M. Ménager, externe des hôpitaux, illustrent cet excellent travail.

De la fièvre typhoïde à forme rénale (3), par M. le docteur Paul Didion, ancien interne des hôpitaux.

La fièvre typhoïde produit une détermination rénale qui joue dans l'évolution de la maladie un rôle important. L'albuminurie est presque constante chez les typhoïques; ordinairement légère et passagère, elle indique par son abondance la production d'une néphrite multiple : parenchymateuse et interstitielle. Le processus inflammatoire porte sur tous les éléments, tubes, glomérules, etc.

L'étude des symptômes permet de distinguer une forme rénale caractérisée par des phénomènes marqués d'adynamie, de stupeur, la sécheresse de la langue, l'œdème des jambes et de la face, les douleurs lombaires, les accidents cutanés : pemphigus, ecthyma, furoncles, et un syndrome urologique; coloration sanguinolente, odeur de pain bouilli, sédiments formés de globules rouges et blancs, de cylindres et une albumine abondante, grisâtre, rétractile.

Le diagnostic est facile par l'examen des urines et des symptômes mentionnés. La terminaison est souvent funeste, soit par les progrès de l'adynamie, soit par les accidents urémiques qui éclatent ordinairement à une période avancée de la maladie et peuvent produire la mort au premier accès.

L'étude des observations a permis à M. le docteur Didion de diviser la forme rénale de la fièvre typhoïde en deux groupes : 1° une forme précoce : *a.* forme rénale commune; *b.* forme rénale hémorragique de Robin; 2° une forme tardive : forme urémique.

Le traitement, suivant l'auteur, consistera dans des applications révulsives sur la région lombaire (ventouses, sangsues, etc.). Les vésicatoires et les bains froids doivent être, sinon proscrits, au moins employés avec une réserve extrême. Le régime lacté est formellement indiqué, pour soutenir les forces des malades et favoriser la diurèse.

(1) In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

(2) Un volume in-8°, avec planches. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

(3) In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude de la pathogénie des ulcères idiopathiques de la jambe (1), par M. le docteur Michel Schreider.

Les ulcères dits simples, idiopathiques de la jambe, ne sont qu'un phénomène ultime secondaire de toute une série de troubles successifs survenant dans les tissus de la jambe, qui sont généralement longtemps malades avant que l'ulcère apparaisse. Ils semblent survenir de préférence chez les sujets dont l'état général constitutionnel présente certaines particularités, ce qui permet de ranger les individus atteints parmi les arthritiques et les herpétiques (Lancereaux). Ces accidents surviennent avec beaucoup plus de fréquence entre quarante et cinquante ans, et atteignent des jambes déjà malades depuis un certain temps.

Les professions ne paraissent jouer qu'un rôle très secondaire. La pathogénie de l'ulcère est très complexe. Il y a trois causes efficientes principales du travail ulcératif. Ces trois facteurs, par leur ordre d'apparition et de succession, peuvent être groupés de la manière suivante :

a. Phlébectasie veineuse apparaissant bien avant les autres troubles et généralement entre vingt et trente ans, et même avant vingt ans.

b. Dégénérescence athéromateuse des artères, cause adjuvante qui survient de quarante à cinquante ans.

c. Altération des troncs nerveux survenant sous l'influence de la sclérose générale, qui envahit tous les tissus. Cette sclérose est provoquée elle-même par les troubles vasculaires préexistants.

Telles sont les conclusions par lesquelles l'auteur résume lui-même son étude de la pathogénie des ulcères idiopathiques de la jambe.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

260. M. Desmoulins. Contribution à l'étude des pansements antiseptiques et à leur application en chirurgie d'armée de terre et de mer. — 261. M. Le Clerc. Contusion et néoplasmes (De la prédisposition aux tumeurs). — 262. M. Honsz. De quelques points cliniques de paludisme en Algérie. — Rapports du paludisme avec quelques maladies médicales. — 263. M. Escalais. Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés par l'acide phénique. — 264. M. Clos. De l'invagination intestinale provoquée par les tumeurs de l'intestin et en particulier par le lipôme de l'intestin. — 265. M. Barrère. Valeur séméiologique de la tache urétrale. — 266. M. Blechmann. Contribution à l'étude de la néphrite infectieuse dans l'érysipèle de la face. — 267. M. Simonneaux. Des signes et du traitement au début de la coxalgie tuberculeuse chez les enfants. — 268. M. Rattel. De la médecine chez les encyclopédistes. — 269. M. Milliot. Recherches cliniques sur les rapports de la glycosurie et du paludisme. — 270. M. Geneix. Des éruptions cutanées dans l'infection puerpérale et en particulier de l'érythème polymorphe. — 271. M. Bouvard. Des accidents cutanés consécutifs à l'usage interne des préparations quiniques. — 272. M. Triboul. De l'ignipuncture dans le traitement des tumeurs blanches. — 273. M. d'Andria. De la dacryocystite chronique et de son traitement par la dilatation forcée du sac lacrymal. — 274. M. Demesse. Du

(1) In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

traitement de la pustule maligne par les injections interstitielles de teinture d'iode. — 275. M. Jules Simon. Les succédanés en thérapeutique. Étude comparative de l'action physiologique des quatre principaux alcaloïdes du quinquina : quinine, cinchonine, cinchonidine, quinidine. — 276. M. Jouannaud. De la gale non prurigineuse. — 277. M. Duchateau. La constriction permanente des mâchoires de cause dentaire ; son traitement. — 278. M. Ladmiral. Sur un cas d'amputation congénitale. — 279. M. Clisson. Contribution à l'étude des tumeurs à myéloplaxes. — 280. M. Frey. Étude sur les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et leur traitement. — 281. M. Dautel. De la pérityphlite primitive. — 282. M. Auriol. Contribution à l'étude des thromboses cachectiques de la veine porte. — 283. M. Burel. Étude sur l'étiologie et la pathogénie du béribéri. — 284. M. Sauvage. De la valeur diagnostique de la présence du bacille de Koch dans les crachats. — 285. M. Petitbien. Des ulcérations intestinales dans l'érysipèle. — 286. M. Apostolos Georgiadès. De l'arthrite génitale survenue pendant la grossesse et dans le cours de la lactation. — 287. M. Lassègue. Des cardiopathies réflexes d'origine brachiale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — L'épidémie s'étend de plus en plus en Égypte; son explosion soudaine au Caire se signale par une mortalité relativement considérable, les décès cholériques s'étant élevés en quarante-huit heures du chiffre de 12 à celui de 61 pour la journée du 17 juillet et de 68 pour celle du 18.

Voici, du reste, les chiffres des décès de ces deux dernières journées pour les villes où le choléra sévit le plus violemment :

Le 17 juillet. — Damiette, 17 ; Mansourah, 38 ; Menzaleh, 20 ; Samanoud, 27 ; le Caire, 61 ; Chirbine, 15 ; Alexandre, 1 ; localités diverses, 27.

Le 18. — Damiette, 21 ; Mansourah, 32 ; Samanoud, 24 ; le Caire, 68 ; Chirbine, 30 ; Ghizeh, 22.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours pour la nomination à deux places de chef de clinique médicale vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Derignac et Mathieu comme titulaires, et M. Siredey comme chef de clinique adjoint.

— Le concours du clinicat des maladies nerveuses est également terminé. M. le docteur Marie a été nommé chef de clinique.

— Le concours pour la nomination à deux places de chef de clinique chirurgicale s'est terminé hier soir, jeudi par la nomination de MM. les docteurs Prengrueber et Routier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chaillery, médecin du bureau de bienfaisance du 19e arrondissement de Paris, décédé le 17 juillet 1883, dans sa soixante-neuvième année.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14825.

Nº 84. — MARDI 24 JUILLET 1883. 56e ANNÉE. MARDI 24 JUILLET 1883. — Nº 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. La congestion cérébrale et la folie congestive. — Hôpital de la Pitié. Épithélioma de la mâchoire inférieure. — Appareils à irrigation de la vessie et des autres cavités normales ou pathologiques. Instruments pour la recherche des rétrécissements dits infranchissables de l'utérus. — Société de Biologie. — Ministère de la Guerre. — Souscription pour élever une statue au professeur Bouillaud. — Nouvelles. — Bibliographie.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

La congestion cérébrale et la folie congestive (1).

IV

Étiologie. — Tels sont les symptômes de la congestion cérébrale accidentelle ou chronique. Nous devons maintenant passer en revue les conditions qui y prédisposent, qui en favorisent ou en déterminent le développement.

Vous trouverez, dans tous les ouvrages classiques, une longue énumération des causes les plus diverses. Quelques-unes de ces causes interviennent rarement, d'autres ont une action discutable et encore problématique; aussi bien pensé-je faire œuvre plus utile en vous entretenant seulement de celles qui tiennent en clinique une place de quelque importance, qu'en vous donnant ici, de toutes les causes qu'on a invoquées, une froide nomenclature.

Il est nécessaire de diviser nettement, dès le début, ces causes en deux ordres, suivant qu'elles provoquent l'hyperémie active ou l'hyperémie passive.

Les causes de l'hyperémie active sont nombreuses et variables. On a cherché à les classer en s'en référant à la physiologie pathologique. En la matière, la physiologie pathologique est trop souvent hypothétique et arbitraire. Aussi ne saurai-je en faire le point d'appui de l'énumération que je dois vous présenter.

Parmi ces causes, les unes sont simplement *prédisposantes*, les autres *déterminantes*. Mais les premières, vous l'allez voir, n'ont pas moins d'importance que les secondes.

On décrivait autrefois avec un certain luxe de détails un *habitus apoplectique*. Je ne crois guère à ce prétendu habitus en tant du moins qu'annonçant une prédisposition à l'hémorragie cérébrale. En revanche, il me paraît déceler chez l'individu qui le présente une tendance marquée aux congestions du cerveau. Vous savez comment il se caractérise : cou court, pommettes colorées, yeux saillants, respiration anhélante, propension au sommeil, embonpoint développé. Sans nul doute, chez les individus dont je viens d'esquisser la physionomie, les causes occasionnelles de l'hyperémie cérébrale ont plus de prise que chez d'autres.

Il en est de même des gens affectés de certaines dispositions organiques qui troublent le mouvement nutritif, de certains bradytrophiques comme on les appelle communément aujourd'hui. C'est ainsi que les goutteux sont prédisposés au premier chef à la congestion. Qu'on interprète comme on voudra le mécanisme en vertu duquel l'hyperémie se produit en pareil cas, qu'on invoque la doctrine un peu vieillie de la *métastase*, qu'on suppose une congestion *irritative* (Jaccoud), peu importe ! Le gros fait clinique brutal reste bien établi, la congestion cérébrale est commune chez les goutteux. C'est là avant tout ce que vous devez retenir.

Enfin les individus appartenant à la catégorie de ceux que le regretté professeur Lasègue appelait des cérébraux sont aussi tout particulièrement prédisposés à l'hyperémie. Je sais bien que chez eux le moindre trouble de la circulation encéphalique, qui chez d'autres passerait inaperçu, se révèle avec des allures plus ou moins dramatiques et frappe spécialement l'attention. Je considère néanmoins que chez ces individus les congestions cérébrales sont non seulement plus bruyantes, mais plus communes que chez d'autres. Je pourrais à ce propos vous citer plus d'un fait qui me semble démonstratif. En voici un que je choisis entre bien d'autres : Je connais un jeune homme, âgé aujourd'hui de vingt-six ans, qui appartient par ses antécédents héréditaires sinon à la famille des aliénés, du moins à celle des « cérébraux » dont je parlais tout à l'heure, qui s'exalte et s'irrite facilement, entre fréquemment pour d'insignifiants motifs dans de violentes colères, qui est peu capable d'un effort intellectuel prolongé et d'une application cérébrale soutenue. A plusieurs reprises, ce jeune homme a eu, sans cause déterminante appréciable, des poussées congestives vers l'encéphale. L'une de ces poussées a été si prononcée qu'elle a abouti à un coma presque absolu d'une durée de plus de vingt-quatre heures. On crut à une méningite. Une application de sangsues fit disparaître tous les accidents.

Il n'est pas invraisemblable d'admettre que, chez les malades de cet ordre, les conditions très particulières du fonctionnement des cellules nerveuses entretiennent une sorte d'irritation congestive habituelle, qui, à certaines heures peut s'accuser assez pour se révéler par un appareil symptomatique éclatant. N'est-ce pas ce qui se réalise en petit chez les individus qui sont frappés de congestion, légère d'ordi-

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 juillet 1883.

naire, à la suite de veilles prolongées, de travaux intellectuels de longue durée, bref d'une fatigue cérébrale quelle qu'elle soit? En somme, n'a pas qui veut une congestion cérébrale; et si certaines causes sont assez puissantes pour amener, dans quelques cas, l'hyperémie et ses suites, quel que soit le terrain sur lequel elles agissent, du moins il est des individus, des constitutions, des tempéraments, pour me servir d'un vieux mot, sur lesquels ces causes ont plus de prise que sur d'autres.

Parmi les causes *déterminantes* habituelles de la congestion cérébrale, les unes sont d'ordre *pathologique*, les autres d'ordre *physiologique*.

Au premier rang des premières, je dois vous signaler l'hypertrophie cardiaque. Lorsque l'hypertrophie est la conséquence d'une lésion de l'orifice aortique, son influence hyperémiante est largement contre-balancée par la tendance anémiante de la lésion. Mais il n'en est plus de même dans certaines autres variétés d'hypertrophie, dans celle, par exemple, qui accompagne d'habitude la néphrite interstitielle. Alors, en effet, la congestion cérébrale n'est pas rare et dans plus d'un cas, si les vaisseaux ont une fragilité anomale, elle amène à sa suite, vous le savez, l'hémorragie.

Toutes les conditions physiologiques ou pathologiques qui rétrécissent le champ de la circulation artérielle sont également susceptibles d'amener l'hyperémie cérébrale, par le mécanisme de la fluxion collatérale, surtout lorsqu'elles agissent sur un territoire vasculaire étendu. C'est à ce titre qu'intervient si communément l'influence du froid, en déterminant la contraction réflexe des artérioles de la peau. Waston a bien décrit les accidents congestifs qui, dans les rues de Londres, déterminent souvent la mort des malheureux surpris par le froid, durant les rigoureuses nuits de l'hiver. Dans cet hospice, c'est surtout aux époques où la colonne thermométrique s'abaisse, que les vieilles pensionnaires succombent à l'hémorragie cérébrale, l'hyperémie cérébrale accidentelle provoquant chez elles la rupture des anévrysmes miliaires.

C'est toujours en vertu du mécanisme de la fluxion collatérale que se produit la congestion, à la suite de la suppression du flux menstruel ou hémorroïdal.

Le travail digestif prédispose aux mêmes accidents. Par quel procédé instrumental? il est assez difficile de le dire d'une façon précise.

Il semble en être de même de l'ingestion de certaines substances toxiques. L'action hyperémiante de l'alcool ne paraît pas douteuse, celle de l'opium est plus contestable. Du reste, lorsqu'on a affaire aux accidents déterminés par ces agents, les phénomènes dépendant directement des troubles circulatoires s'effacent en quelque sorte devant ceux qui résultent de l'action directe du poison sur les éléments nerveux.

Je n'ai pas besoin de m'appesantir sur les causes de la congestion cérébrale passive. Ce sont toutes celles qui amènent à leur suite la stase veineuse : dans l'ordre physiologique, les efforts répétés (chez les vieillards, l'hyperémie provoquée par les efforts du coït est souvent une cause d'hémorragie du cerveau), dans l'ordre pathologique, les crises d'asthme, les lésions chroniques de l'orifice mitral et celles des poumons.

Considérations diagnostiques. — Si je voulais étudier par le détail tous les problèmes diagnostiques que soulève l'étude clinique de la congestion cérébrale, je devrais passer en revue la pathologie du cerveau tout entière. La congestion se traduisant en effet, suivant son degré, tantôt par de la céphalalgie, tantôt par du vertige, du délire, des accidents apoplectiformes, je devrais m'attacher à la différencier de toutes les affections qui sont susceptibles de s'accuser par l'un ou l'autre de ces symptômes. Je dépasserais, en ce faisant, les limites d'une leçon clinique. Vous trouverez d'ailleurs, dans la plupart des ouvrages classiques, traitées avec grand soin toutes ces questions de diagnostic différentiel, souvent plus théoriques que pratiques. Vous me permettrez de vous signaler ici simplement les difficultés les plus habituelles et les plus importantes pratiquement de la diagnose.

Le problème le plus délicat et celui qu'il importe à la fois le plus de résoudre au point de vue de la thérapeutique, est celui du diagnostic entre l'anémie et la congestion. Ne vous étonnez pas trop de ce fait. Qu'il y ait surcharge sanguine ou insuffisance de l'apport nutritif, le cerveau réagit à sa manière, et à peu près de la même façon, dans les deux cas. Vous risqueriez donc de vous tromper si vous vous obstiniez à chercher dans les variétés de la symptomatologie cérébrale, de quoi vous guider dans votre ligne de conduite : céphalalgie ou délire, vertige ou accidents épileptiformes, troubles intellectuels et autres, vous trouvez tout cela, et à peu près avec la même physionomie, que vous ayez affaire à l'anémie ou à l'hyperémie cérébrale. C'est donc dans l'examen des conditions génératrices des symptômes, de l'habitus extérieur du malade, que vous devrez chercher surtout les éléments du diagnostic différentiel. Problème souvent délicat! mais de la solution duquel dépendra, vous le concevez, le succès de la thérapeutique, qui devra être toute différente, suivant que vous aurez affaire à la congestion ou à l'anémie.

Si vous êtes en présence de la forme délirante, il vous faudra différencier le délire congestif du délire de l'inanition et de la convalescence, de celui des maladies aiguës, des délires toxiques, alcoolique ou saturnin. Chez les vieillards, on est souvent exposé à confondre les phénomènes délirants dus à la congestion du cerveau avec ceux qui sont le fait de l'urémie. La forme délirante est en effet celle que revêt le plus habituellement l'urémie, chez les vieillards. C'est encore dans l'étude des antécédents ou des circonstances qui auront précédé et accompagné l'apparition des accidents que vous trouverez la solution poursuivie du problème.

La congestion cérébrale revêt-elle la forme apoplectique? Les difficultés de la diagnose sont encore très grandes. Le *coup de sang* peut en effet simuler la syncope, être confondu avec le coma épileptique, avec celui qui succède à une hémorragie ou à un ramollissement cérébral. Reconnaître la syncope est toujours chose facile : la pâleur de la face, l'absence ou la petitesse du pouls sont des éléments de diagnostic suffisamment significatifs. Plus délicat est le diagnostic avec l'épilepsie; et vous n'avez pas oublié les remarques de Trousseau que je vous rappelais au début de cette leçon. Renseignez-vous, dans l'occurrence, sur les phases initiales de l'accès; recherchez s'il existe des morsures de la langue; interrogez l'entourage du malade sur les antécédents pathologiques de celui-ci et, d'ordinaire, vous arriverez assez aisément à préciser l'affection dont il est atteint.

Enfin, si vous voulez éviter de confondre l'apoplexie congestive avec celle qui est consécutive à une hémorragie, vous vous souviendrez que, dans cette dernière, il y a tou-

jours des paralysies localisées, à forme hémiplégique le plus souvent; et si, au moment même du choc, le diagnostic restait douteux, l'évolution ultérieure des accidents ne tardera pas à vous tirer d'embarras. L'hémorragie cérébrale laisse après elle des troubles du mouvement, plus ou moins durables; la congestion une fois dissipée, le malade revient au contraire à la santé.

Pronostic et traitement. — Rien n'est variable comme le pronostic d'une congestion du cerveau. Sans gravité et sans portée sérieuse, dans bien des cas, elle peut être suivie de mort si elle revêt la forme apoplectique ou délirante (Durand-Fardel, Andral, Niemeyer), enfin elle prépare parfois l'hémorragie, dont elle n'est alors que l'avant-coureur. Mais, lorsque vous aurez affaire à cette forme chronique de la congestion qui se traduit par de l'aliénation, vous devrez porter un pronostic relativement favorable et compter sur l'intervention de la thérapeutique qui, lorsqu'elle est judicieusement appliquée, est fréquemment suivie de succès.

Je ne veux point entrer dans le détail relativement à la nature de cette thérapeutique. Ce n'est pas ici le lieu de le faire. Je vous rappellerai seulement que l'*indication* fondamentale est ici de déterminer, par les différents procédés de révulsion, la décongestion du cerveau. Les saignées générales ou locales, les sangsues et les ventouses, les révulsifs cutanés, sinapismes aux membres inférieurs, vésicatoires ou sétons à la nuque, les dérivatifs intestinaux, purgatifs drastiques et autres, trouveront ici leur utile application.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Épithélioma de la mâchoire inférieure.

Aujourd'hui encore nous sommes appelés à faire une opération sur la mâchoire, non plus cependant pour un cancer de la langue, comme la semaine dernière, mais pour un épithélioma de la mâchoire inférieure, épithélioma dans la branche horizontale droite de la mâchoire inférieure et compliqué de noyaux secondaires dans les ganglions sous-maxillaires du même côté.

Depuis un grand nombre d'années, lorsqu'il s'agit d'opérations analogues à celles que nous avons à faire ici, j'ai toujours eu trois grandes préoccupations : la première, de faire bénéficier de l'anesthésie chloroformique les malades auxquels on a à faire subir une opération sur la cavité buccale, sur les voies aériennes, sur la face ou sur la tête, afin de leur éviter des souffrances absolument inutiles; la seconde, de prévenir, pendant le cours de l'opération, l'introduction du sang soit dans les voies aériennes où elle peut être des plus dangereuses, soit dans les voies digestives, où elle déterminerait des malaises plus ou moins prolongés, nausées, vomissements, etc.; la troisième, enfin, de réaliser une économie de sang afin de conserver au malade toutes les forces qu'il lui reste et le préserver de toute cause d'épuisement.

Un professeur de l'Université de Zurich, M. Théodore Rozé, avait imaginé, dans les cas analogues à ceux qui nous occupent, d'opérer ses malades la tête en bas, afin d'empêcher la pénétration du sang dans les voies aériennes ou digestives; mais le grave défaut de ce procédé était de faire perdre au malade une grande quantité de sang.

Quant à moi, le manuel opératoire auquel j'ai recours en pareilles circonstances, me permet d'endormir mes malades, d'éviter toute perte de sang, d'éviter aussi la pénétration du peu de liquide sanguin qui s'écoule, — une cuillerée à peine, — et de pénétrer dans les voies en question.

Voici, du reste, en quoi ce procédé consiste : Il faut, avant d'ouvrir la cavité buccale, faire à l'extérieur toutes les incisions préparatoires, chemin faisant lier les vaisseaux importants au fur et à mesure qu'on les rencontre, de telle sorte que l'on arrive à la mâchoire alors qu'elle ne tient plus pour ainsi dire qu'à la muqueuse. Lorsqu'on est ainsi parvenu sur le maxillaire, la cavité buccale n'a pas encore été ouverte; on pratique alors avec la sonde cannelée une petite ouverture à la muqueuse, d'une part, une seconde petite ouverture à la lèvre, d'autre part, ouvertures à travers lesquelles on passe d'abord un fil, puis la chaîne dont on doit se servir pour scier le maxillaire inférieur. Si l'on ne peut réussir à faire la section de l'os avec la chaîne, on remplace celle-ci par la scie de Larrey, dite aussi scie de Langenbeck, puis on coupe la mâchoire. La section opérée, on saisit l'os, on le tire par en bas. Le maxillaire descend avec la muqueuse, on place dans les sinus un fragment d'éponge et on détache enfin la muqueuse. L'opération est ainsi terminée sans qu'une goutte de sang, pour ainsi dire, ait pénétré dans la bouche; quand je dis une goutte, je veux dire que c'est à peine si une cuillerée de sang est entrée dans la cavité buccale.

Malheureusement, dans le cas présent, ce procédé n'est pas complètement applicable; à cause de l'épithélioma secondaire que nous trouvons dans les ganglions sous-maxillaires, il y aura quelques petites modifications à lui faire subir. Je vais cercler le tout avec le thermo-cautère, je lierai l'artère faciale après avoir enlevé les ganglions malades, et, si cela est nécessaire, j'agrandirai les incisions avec le bistouri. Je ne pense pas qu'il soit utile d'enlever toute la portion droite du maxillaire inférieur, je crois qu'il va nous suffire d'enlever seulement, par deux traits de scie, la branche horizontale de cet os en allant un peu au delà de la dernière dent molaire, c'est-à-dire en empiétant un peu sur les insertions du masséter.

La tumeur à laquelle nous avons affaire ici est une variété assez curieuse d'épithélioma, qui a été très bien étudiée, dans cet hôpital, par M. Reclus, et décrite par lui sous le nom d'épithélioma térébrant. Ces sortes de tumeurs se creusent leur voie dans l'épaisseur des os et ne s'y étendent généralement pas au loin; elles paraissent très peu à l'extérieur, et l'on a souvent quelque peine à les découvrir.

Je vais donc procéder à l'extirpation d'un quart seulement de la mâchoire, ce qui, au point de vue des résultats définitifs, est toujours moins grave que s'il fallait enlever le tout.

Ces extirpations sont soumises à des règles précises, déterminées à l'avance par le plan d'opération que voici : anesthésie du malade, limitation de la tumeur sus-hyoïdienne avec le thermo-cautère par un ovale; quand j'arriverai sur l'artère faciale, je ferai, avant toute section, une double ligature dans le voisinage de la carotide, puis je terminerai mon ovale en allant à la rencontre de la branche maxillaire de cette même artère faciale, sur laquelle j'appliquerai également une double ligature. Ainsi donc, une section cutanée et deux ligatures d'artère, après quoi je procède à la dissection du maxillaire en avant et en arrière, puis je sectionne l'os, d'abord sur la ligature médiane, je le

luxe en bas et je le sectionne de nouveau en arrière. Enfin l'opération est terminée par le pansement.

Ce procédé nous met à l'abri de tous dangers et, grâce aux doubles ligatures, j'évite toute hémorragie et j'économise le sang de mon malade. En résumé, je procède pour l'extirpation de ces tumeurs comme Malgaigne le faisait, avec juste raison, pour ses ligatures d'artère, c'est-à-dire par des temps successifs parfaitement déterminés à l'avance, de telle sorte que l'opération, si longue qu'elle soit, devient d'une simplicité extrême.

C'est là mon but dans le procédé auquel j'ai recours ; je m'applique surtout, en chirurgie, à faire que tout le monde puisse aborder les trois quarts des opérations sans être obligé d'avoir recours à un chirurgien spécial, et cela en employant les procédés les plus simples et les plus pratiques.

APPAREILS A IRRIGATION DE LA VESSIE

ET DES AUTRES CAVITÉS NORMALES OU PATHOLOGIQUES. — INSTRUMENTS POUR LA RECHERCHE DES RÉTRÉCISSEMENTS DITS INFRANCHISSABLES DE L'UTÉRUS.

Par M. le docteur BARTHÉLEMY,

Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine navale de Toulon.

I

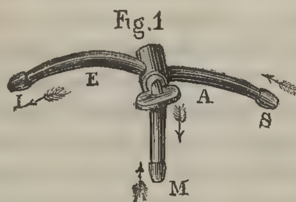
La *Gazette des hôpitaux*, dans ses numéros 21 et 24 du mois de février 1883, a donné la description et les figures de l'appareil à irrigation de la vessie et des autres cavités naturelles, du docteur Maréchal.

Depuis le commencement de l'année 1881, j'avais moi-même, et dans le même but, adapté les tubes de Potain pour l'irrigation de la plèvre à un robinet à double effet, monté sur une sonde molle ou sur un tube à drainage perforé de quelques trous à son extrémité. L'appareil ainsi construit, très simple, bon marché, facile à faire partout, servait couramment dans mon service aux lavages de la vessie et fut aussi, dans un cas d'empyème, chez un officier hollandais, employé avec succès. Il m'a paru qu'il pourrait être utile de le faire connaître aujourd'hui, ainsi que quelques appareils ou modifications d'appareils, auxquels la variété des cas dans les maladies de la vessie ou de l'urètre m'a obligé d'avoir recours.

Dès le milieu de l'année 1882, j'avais confié le soin de donner leur description et de publier quelques observations à l'appui de leur utilité pratique, à un de mes élèves, le docteur Bertrand, médecin de deuxième classe de la marine, qui devait en faire le sujet de sa thèse inaugurale. Une cruelle maladie l'en ayant longtemps empêché, j'ai voulu néanmoins attendre la publication de ce travail (1) pour en compléter quelques détails.

Irrigation de la vessie : 1° procédé nécessitant l'emploi d'une sonde. — Le robinet dont il vient d'être question est représenté

Fig.1



dans la figure 1 ; il peut prendre trois positions : une horizontale, dans laquelle l'écoulement se fait dans le sens des flèches du côté A et va de S en M ; l'autre, verticale, dans laquelle il se fait de M en I et dans le sens des flèches du côté E ; enfin une troisième, intermédiaire aux deux autres, qui ferme le passage des liquides dans toutes les directions. Pour les deux premières positions, le mouvement du robinet est arrêté par un buttoir dont le contact indique la bonne exécution et la limite de la manœuvre.

Trois tuyaux du même métal que le robinet en partent, longs d'environ 5 centimètres et du calibre d'une sonde en argent du n° 18 de la filière ; tous sont terminés par un bout en olive destiné à retenir plus facilement les tubes en caoutchouc qui doivent s'y adapter. Celui du milieu M pénétrera dans la sonde ou dans le drain perforé qui plonge dans la vessie ou la cavité à laver ; il est droit ; les deux autres sont légèrement courbes ; ils reçoivent chacun un long tube en caoutchouc. Pour l'inférieur I, ce tube qui sert à l'*éjection* mesure $1^m,50$ à 2 mètres et se rend dans un récipient placé sous le lit ; à gauche, une balle en plomb perforée le termine et l'y fixe suffisamment ; le tuyau supérieur S reçoit le tube d'*apport*, il est constitué par deux tubes en caoutchouc d'une longueur d'environ $1^m,20$ chacun, réunis par un tube en verre qui sert en même temps d'*index* pour surveiller le mouvement du liquide et de moyen d'aspiration pour amorcer le siphon ; ce tube vient plonger dans un boccal en verre, plus ou moins élevé (1), gradué par divisions de 10 grammes, avec une bande de papier collée à l'extérieur. Il est d'une capacité de 4 à 5 litres, placé à la droite du lit et dans une position telle que le malade puisse surveiller le mouvement et la diminution du liquide qu'il contient.

Tout étant disposé, le malade couché, une sonde molle, aussi grosse que possible, est introduite dans la vessie ; le liquide de l'injection versé dans le réservoir, un thermomètre à bain surnage et donne sa température ; le siphon est amorcé par aspiration ou de toute autre manière, et le tube d'apport étant complété par la réunion de ses deux parties, on s'assure que le liquide passe bien dans l'appareil ; le tuyau moyen étant alors placé dans la sonde, on confie au malade le soin de saisir la verge, la sonde et le robinet à la fois, de la main gauche, et de les maintenir solidement dans la position verticale ; sa main droite reste libre pour ouvrir, fermer le robinet, et à volonté remplir ainsi la vessie, la laisser se vider ou arrêter le lavage ; les sensations qu'il éprouve servent de guide à la manœuvre de l'instrument.

Ainsi, tout en restant couché, couvert, sans fatigues et pendant un temps dont la durée peut être aussi longue qu'il voudra, le malade peut faire un nettoyage complet de sa vessie.

Cet appareil, que le docteur Maréchal avait pu voir dans mon service de l'hôpital de la marine de Toulon en septembre 1881, a été modifié et perfectionné par lui. Je rends volontiers justice à l'ingéniosité et à l'utilité, dans quelques circonstances, des dispositions qu'il a adoptées ; il me semble pourtant que par sa simplicité, la sécurité de son fonctionnement, sa facilité de construction en tout lieu, avec quelques bouts de tubes en verre, des tubes en caoutchouc et le concours d'un tourneur en métaux pour le robinet, c'est encore à celui que je viens de décrire qu'il faudrait donner la préférence.

Malheureusement il est absolument nécessaire d'introduire une sonde ; or le canal peut être rétréci et ne pas lui donner passage ; la vessie, l'urètre, peuvent être intolérants et ne pas la supporter, le cathétérisme a parfois ses dangers ; il faudrait donc renoncer, dans ces cas, aux avantages thérapeutiques de ces lavages si le docteur Vandenabelle ne nous avait enseigné un autre procédé.

Voici dans quelles circonstances je fus amené à l'expérimenter :

Un malade, atteint depuis longues années de rétrécissement du canal, compliqué de cystite chronique et de pyélite du côté gauche, fut admis dans mon service. Les premiers cathétérismes pratiqués, soit dans un but d'exploration, soit pour commencer le traitement par la dilatation progressive et temporaire du rétrécissement, donnèrent lieu à des accès violents de fièvre urinaire, qui

(1) Des injections en général et des procédés qui peuvent être usités dans les affections des voies urinaires. — Thèse du doctorat, Paris, 24 mai 1883, docteur Bertrand.

(1) Voir la figure 1 du travail du docteur Maréchal, numéro 21 de la *Gazette des hôpitaux*, 1883, page 165.

m'obligèrent à suspendre toute nouvelle tentative. Il fallait pourtant aviser, faciliter la sortie d'urine chargée de muco-pus par un canal qui n'avait admis que des bougies du n° 6, laver la vessie et la vider de tous les résidus qui y séjournaient ; or, pour remplir les indications, j'aurais été bientôt amené à pratiquer l'urétrotomie, qui dans ce cas n'est pas sans danger, si je n'avais songé à avoir recours à l'appareil décrit par le docteur Vandenabelle dans le *Journal de thérapeutique*, n° 6, 1882.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 juillet 1883. — Présidence de M. LABORDE.

COMMUNICATIONS

De la présence des microbes à l'état normal dans le sang. — M. **OLLIVIER** a fait, avec M. Ch. Richet, une série de recherches qui l'autorisent à croire, contrairement à l'opinion généralement admise, qu'il peut exister des microbes à l'état normal dans le sang et dans les autres liquides de l'économie. Si on laisse exposés à l'air les liquides lymphatiques de certains poissons de mer, ces liquides se troublent, prennent une mauvaise odeur, et le microscope y révèle la présence des bactéries de la putréfaction. Conservés à l'abri de l'air, ces liquides ne perdent pas leur transparence et cependant on y trouve un certain nombre de bactéries. Le sang de ces mêmes poissons, recueilli dans le cœur avec toutes les précautions désirables, contient des bactéries. MM. Ollivier et Ch. Richet ont voulu cultiver ces micro-organismes, mais ils n'ont pas trouvé jusqu'ici un liquide de culture convenable. En résumé, il ressort de ces recherches que le sang et les autres liquides de l'économie peuvent contenir, à l'état normal, un petit nombre de microbes.

Influence de l'hyperthermie sur la gestation et la vitalité du fœtus. — M. **DOLÉRIS** rappelle les expériences faites par un auteur allemand et qui consistent à placer des lapines pleines dans des étuves fermées dont la température s'élève à 41°, 42°, 43°, etc.; les lapines et leur fœtus, placés dans ces conditions, mouraient tous, si bien que, d'après cet auteur, lorsque dans une maladie générale la température atteint 41°, il faut pratiquer l'opération césarienne pour sauvegarder la vie du fœtus. MM. Doléris et Doret, trouvant ces expériences défectueuses, les ont modifiées de la façon suivante : les lapines sont placées dans des étuves bien aérées et dont la température est plus basse que celle des animaux (35 à 36°). La température des animaux placés dans ces conditions augmente de 1 ou 2 degrés. Cette hyperthermie se maintient pendant quelques heures après que les animaux sont sortis de l'étuve. Dans ces conditions, il semble que la gestation n'ait subi aucune modification ni que la vitalité du fœtus ait été compromise. Les lapines qui ont servi pour ces expériences ont été prises toujours à un moment très rapproché de l'accouchement.

M. **FRANCK** demande à M. Doléris comment il explique l'élévation thermique obtenue, dans ces cas, chez ces animaux dont la température est normalement supérieure à celle du milieu dans lequel ils sont placés.

M. **DOLÉRIS** ne saurait fournir d'explications; il se contente de constater le fait qui s'est produit toujours de la même façon.

Injections d'urines albuminuriques. — M. **DOLÉRIS** a constaté que l'urine albuminurique des femmes enceintes contenait des micro-organismes. Il a injecté une petite quantité de cette urine dans la veine jugulaire de quelques animaux. Ces injections ont déterminé de l'albuminurie chez ces animaux et l'on a retrouvé dans leur sang les micro-organismes contenus dans l'urine injectée. En présence de ce fait, M. Doléris serait disposé à admettre avec M. Ollivier qu'il existe, à l'état normal, des microbes dans le sang et que l'urine soit, avec l'albumine, une voie d'élimination de ces microbes.

Moulage de cerveaux. — M. **LUYS** présente des moulages de coupes de cerveaux sur lesquels on voit très nettement que de toute la périphérie de l'écorce cérébrale partent des systèmes de fibres qui convergent en rayonnant vers la couche optique ; un certain nombre de ces fibres pénètrent dans l'intérieur de la couche optique, d'autres se rendent aux régions sous-optiques.

A cette occasion, M. Luys fait observer qu'au lieu de chercher à déterminer le trajet intra-cérébral des fibres nerveuses en allant de la moelle au cerveau, c'est à la méthode inverse qu'il faut avoir recours, c'est-à-dire qu'il faut partir du cerveau pour gagner la moelle.

Des tremblements toxiques. — M. **DUBOIS** fait une communication sur ce sujet.

De l'emploi de la poudre de sang. — M. **LABORDE**, après avoir rappelé les communications de M. Regnard sur l'emploi de la poudre de sang pour l'élevage de certains animaux, fait connaître les applications qu'il vient d'en faire à la thérapeutique. Il l'a employée avec un réel succès chez des anémiques, chez une jeune femme dyspeptique, chez un homme atteint d'une affection de la moelle et dépérissant avec une extrême rapidité.

En outre, cette poudre est formellement indiquée dans tous les cas de convalescence de maladies graves. M. Laborde l'a également employée avec succès pour l'alimentation des enfants soit à l'état pathologique, soit à l'état physiologique. Il la donne à la dose de deux cuillerées à café par jour.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Instructions relatives à la convocation, en 1883, des médecins et des pharmaciens de réserve.

LE MINISTRE DE LA GUERRE

A MM. les gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, les généraux commandant les corps d'armée.

Paris, le 11 juillet 1883.

Mon cher Général,

Aux termes de l'article 43 de la loi du 27 juillet 1872 sur le recrutement de l'armée, les hommes de la réserve de l'armée active sont assujettis, pendant leur temps de service dans cette réserve, à deux manœuvres, et la durée de chacune d'elles ne peut dépasser quatre semaines.

Jusqu'à ce jour, et par exception à la règle générale, les médecins et les pharmaciens de réserve n'ont point pris part aux convocations annuelles.

Au point de vue purement privé, il n'y a pas de raison pour excepter des appels imposés par la loi les médecins et les pharmaciens, plutôt que les autres personnes exerçant une profession quelconque.

Au point de vue de l'armée, il y a un intérêt majeur à ce que ce personnel, qui est resté jusqu'à présent dans l'ignorance du rôle qu'il peut être appelé à remplir en cas de mobilisation, soit initié, dès le temps de paix, à la pratique du service de santé militaire.

Cette double considération m'a amené à décider, le 11 juillet courant, que l'exception dont ont bénéficié les médecins et les pharmaciens depuis la mise en vigueur de la loi du 27 juillet 1872, prendra fin dès cette année.

Toutefois, tenant compte, d'une part, des dépenses qu'entraînerait forcément un appel de médecins et de pharmaciens qui s'opérerait dans les mêmes conditions numériques que celui des officiers de réserve, et, d'autre part, de l'inconvénient qu'il y aurait à priver les populations d'un trop grand nombre de praticiens, j'ai arrêté, en principe, que dans chaque corps d'armée dix médecins de réserve seulement seront convoqués d'ici au 31 décembre 1883.

Ces dix médecins seront pris parmi les plus anciens de ceux dont la classe est appelée à passer légalement dans l'armée territoriale le 1er juillet 1884, et ils devront accomplir leur stage de 28 jours dans un établissement ou dans un corps de troupe du corps d'armée sur le territoire duquel ils ont leur domicile d'après les désignations du directeur du service de santé de ce corps d'armée.

Comme ces médecins sont inégalement répartis sur tout le territoire, et que, le plus souvent, leurs affectations, en cas de mobilisation, ne coïncident pas avec la région de leur domicile, il pourrait se faire que, pour le premier appel, leur convocation rencontrât quelques difficultés, surtout en ce qui concerne l'appréciation précise de leur classe et de leur rang d'ancienneté. Afin de prévenir tout retard ou toute confusion, je vous ferai parvenir très prochainement une liste des médecins de réserve réunissant les conditions voulues d'ancienneté et de domicile, et qui pourront être convoqués, par vos soins, après entente avec les directeurs du service de santé.

Dès qu'ils auront été mis en possession de cette liste, les directeurs du service de santé préviendront immédiatement les dix plus anciens médecins qui y auront été inscrits qu'ils aient à leur faire connaître approximativement, dans le plus bref délai, à quel moment ils seront prêts à répondre à la convocation. Les directeurs du service de santé régleront, d'après ces données, les ordres d'appel qui pourront être échelonnés jusqu'au 31 décembre 1883. Ces ordres d'appel seront ensuite transmis, par vos soins, aux intéressés.

Les directeurs du service de santé ne perdront pas de vue que les appels devront être calculés de manière que, au moment de l'arrivée des soldats réservistes venant accomplir leur période d'instruction dans les régiments d'artillerie, chaque corps d'armée possède un minimum de deux médecins de réserve présents. Ces deux médecins de réserve auront principalement pour mission de seconder les médecins du cadre actif qui devront, à la même époque, former les brancardiers provenant des hommes à la disposition (brancardiers d'artillerie).

Les médecins de réserve domiciliés dans le ressort du gouvernement militaire de Paris ne seront point convoqués cette année. Toutefois, ceux d'entre eux qui ont été affectés, en cas de mobilisation, à des corps ou services relevant des 3e et 5e corps d'armée pourront recevoir des ordres d'appel dans des conditions qui seront fixées ultérieurement.

Les médecins de réserve domiciliés sur le territoire du 19e corps d'armée ne seront pas convoqués.

Quant aux pharmaciens, dont la convocation est de beaucoup moins nécessaire que celle des médecins, ils ne seront appelés que si les directeurs du service de santé le jugent opportun, et sous la condition que le maximum de dix unités (médecins et pharmaciens réunis) ne sera pas dépassé dans chaque corps d'armée.

Il ne sera accordé de dispenses d'appel aux médecins et aux pharmaciens de réserve que dans les cas de force majeure, qui auront été signalés par MM. les préfets des départements et dans l'intérêt du service médical des populations.

A l'expiration de la période de vingt-huit jours, le médecin de réserve sera l'objet d'un rapport individuel, rédigé par le médecin militaire sous les ordres duquel il aura été placé pendant la durée de son stage. Ce rapport, annoté par le directeur du service de santé du corps d'armée, me sera ensuite transmis, par la voie hiérarchique. Des rapports analogues pourront être établis en ce qui concerne les pharmaciens.

Vos observations relatives au fonctionnement des médecins et des pharmaciens de réserve pendant la durée de leur stage me seront adressées, s'il y a lieu, dans un rapport d'ensemble.

Tout médecin ou pharmacien de réserve qui n'aura pas répondu à la convocation qui lui aura été adressée, me sera immédiatement signalé.

Le Ministre de la guerre,

THIBAUDIN.

SOUSCRIPTION

POUR ÉLEVER UNE STATUE AU PROFESSEUR BOUILLAUD.

Deuxième liste.

MM. les membres de l'Académie de médecine :

Baillarger	50
Baudrimont	10
Bergeron	20
Besnier	10
Blanche	20
Blot	20
Bouchardat	20
Bouchardat (G.)	20
Bourdon	20
Bucquoy	20
Caventou	20
Chatin	10
Chéreau	5
Colin (Gabriel)	20
Colin (Léon)	20
Dechambre	20
Depaul	20
Dujardin-Beaumetz	20
Empis	10
Fauvel	10
Fournier	20
Gosselin	50
Goubaux	10
Guéniot	10
Guérin (Alphonse)	20
Hérard	20
Hervieux	20
A reporter	515
Report	515
Laboulbène	50
Lagneau	5
Lancereaux	5
Larrey	30
Leblanc	20
Le Roy de Méricourt	10
Marrotte	10
Moutard-Martin	10
Méhu	10
Oulmont	20
Peter	20
Perrin	20
Polaillon	20
Potain	20
Proust	20
Richet	40
Ricord	40
Boger	100
Roussel	10
Sée (Marc)	20
Tarnier	20
Villemin	20
Bonnafont	50
Total de la 2e liste	1.085
Première liste	100
Total	1.185

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers de l'instruction publique :

MM. Planchon, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris ; Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon ; Bleicher, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Nancy ; Meleux, directeur de l'École de médecine d'Angers ; Ripoll, professeur à l'École de médecine de Toulouse ; Henninger, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Raoult-Deslongchamps, médecin principal de première classe ; Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Sont nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Jules Ardouin, président du comité d'administration des Écoles françaises d'Alexandrie ; Armaignac, à Bordeaux ; Boymier, délégué cantonal à Sainte-Foy-la-Grande ; Bütterlin, adjoint au maire de Beaume-les-Dames ; Henri Devillez, délégué cantonal du XIIIe arrondissement de Paris ; Lefèvre (de Bonnières) ; Amédée Leriche (de Cussy-les-Forges) ; Level, membre du Conseil municipal de Paris ; Lorne, délégué cantonal du IIe arrondissement de Paris ; Jules-Adolphe Picard (de Paris) ; Ramonet, médecin-major ; Sicard, délégué cantonal à Marseille ; Jules Trémolet, président de la délégation cantonale au Russey ; Hilarion Vigouroux (de Paris) ; Abel Jeandet (de Mâcon) ; Massart, délégué cantonal à Honfleur ; Villeneuve, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille ; Guillaud, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Gidon, professeur suppléant à l'École de médecine de Caen ; Cuignet, chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille ; Pierret, professeur à la Faculté de médecine de

Lyon; Bondet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Bleynie, professeur à l'École de médecine de Limoges; Lefeuvre, professeur à l'École de médecine de Rennes; Louis Brémond, chirurgien du lycée Henri IV.

— *Choléra.* — L'épidémie cholérique augmente en extension et en intensité en Égypte. Le nombre des localités contaminées s'est étendu de telle sorte que les cordons sanitaires ont été supprimés comme inutiles, dans tout le pays, sauf à Alexandrie et dans la province de Fayoum. La ville du Caire est particulièrement frappée, ainsi que Chirbine-El-Kom, comme on le voit par les chiffres suivants, tandis qu'à Damiette, Mansourah et Samanoud, le nombre des décès continue à décroître.

Jeudi 19 : le Caire, 146; Mansourah, 29; Chirbine-El-Kom, 28; localités diverses, 79.

Vendredi 20 : le Caire, 242; Chirbine-El-Kom, 51; Chobar, 18, et Zifta, 10.

Samedi 21 : Le Caire, 381; Chirbine-El-Kom, 93; Mansourah, 33; Ghizeh, 95; Samanoud, 17; Zifta, 11; autres localités, 41; soit pour cette seule journée le chiffre de 641 décès.

— Trois bourses de doctorat ès sciences naturelles sont vacantes au Muséum pour l'année scolaire 1883-1884.

Les candidats peuvent, dès à présent et jusqu'au 30 septembre inclusivement, se faire inscrire tous les jours, de une heure à quatre heures, au Muséum d'histoire naturelle. Ils devront produire les pièces exigées par le règlement du 25 avril 1882.

— La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours la question suivante :

De l'utilité de créer de petits établissements destinés à recevoir les enfants depuis leur sortie des crèches jusqu'à leur admission dans les salles d'asile. (Crèches de sevrage. Salles d'asile du premier âge.)

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de 1884, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco* avant le 31 janvier 1884, à M. le docteur V. Chappet, secrétaire général, cours Morand, 20, à Lyon.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera, du 2 au 11 août 1883, une excursion géologique publique aux environs d'Angers, d'Ancenis, de Nantes, de Pornic, et dans l'île de Noirmoutier.

Le rendez-vous est à Paris, à la gare d'Orléans, le jeudi 2 août à huit heures trente du matin.

Une réduction de 50 p. 100 sur le prix des places au chemin de fer est accordée aux personnes qui s'inscriront au laboratoire de géologie, avant le 31 juillet, à quatre heures.

On trouvera au laboratoire tous les renseignements relatifs à l'excursion, et le programme détaillé de l'itinéraire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité complet d'ophtalmologie, par les docteurs L. de WECKER et E. LANDOLT. Anatomie microscopique, par les professeurs J. ARNOLD, A. IWANOFF, I. SCHWALBE et W. WALDER. Tome II. 1er fascicule : Maladies de la cornée, par L. de WECKER. 1 vol. in-8° avec 50 figures intercalées dans le texte.

Ce volume sera publié en trois fascicules. — Prix du tome II complet : 17 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des méthodes antiseptiques en obstétrique (concours d'agrégation), par M. le docteur BAR. In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Coccoz.

Mélanges de clinique chirurgicale, par M. le docteur Th. WEISS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Coccoz.

De l'application du phygmographe à l'étude de la bronchite chronique, par le docteur LAHILLONNE. In-8° de 38 pages. avec 14 tracés intercalés dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Du développement spontané de gaz dans la vessie (pneumaturie diabétique), par le docteur F.-P. GUIARD, ancien interne des hôpitaux. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Coccoz.

De la prothèse palatine, par le docteur G. FOURRIER. In-8° de 75 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Ollier (Henry).

De l'eczéma et de son traitement, par le docteur PUY-LE-BLANC. In-8°. — Prix : 1 franc. Paris, Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14833.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. La fièvre typhoïde dans mon service pendant l'année scolaire 1882-1883. — Note sur le traitement du choléra. — Appareils à irrigation de la vessie et des autres cavités normales ou pathologiques. Instruments pour la recherche des rétrécissements dits infranchissables de l'urètre. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le choléra est à Alexandrie, c'est-à-dire aux portes de l'Europe. M. Fauvel, en le proclamant hier, a fulminé, du haut de la tribune académique, un véritable réquisitoire contre l'Angleterre qui, par excès de mercantilisme, a usé de sa toute-puissance en Égypte pour rendre vaines toutes les mesures de protection.

Depuis l'organisation des conseils sanitaires internationaux, c'est-à-dire depuis 1866, ces conseils avaient su arrêter le fléau par des quarantaines sérieuses avant qu'il n'entrât en Égypte. Cette année la voie s'est trouvée ouverte par le fait des agents anglais. Pour entraver l'action du conseil sanitaire d'Alexandrie, le délégué de l'Angleterre a eu recours non seulement à une tactique odieuse, mais même à des menaces formelles. C'est pourquoi cette année, selon toutes les probabilités, nous allons avoir le choléra.

La chose n'est pas absolument certaine. M. Fauvel a fait connaître les précautions prises dans les diverses contrées de l'Europe contre l'invasion de l'épidémie. Les prescriptions sont excellentes ; mais seront-elles bien appliquées ? L'intensité du fléau en Égypte, le nombre journalier des morts, font espérer que la maladie n'y séjournera pas longtemps ; mais plus une maladie contagieuse est violente, plus elle a de force d'expansion. Il n'est donc pas très rassurant pour nous de savoir que cette année, comme en 1865, l'Égypte va être ravagée tout entière dans un temps court.

Il est vrai que jusqu'à présent il n'existe pas à Paris ces flux de ventre particuliers, diarrhées riziformes, cholérines proprement dites, qui, en 1865, précédèrent de plusieurs semaines l'épidémie de choléra.

M. Jules Guérin attache une importance considérable à ces phénomènes prémonitoires, et il est certain qu'ils ont existé dans la dernière épidémie, comme, paraît-il, dans les précédentes.

Pour notre part, nous pouvons attester qu'en 1865, au moment de notre départ pour l'Égypte, où nous étions envoyés en mission par le gouvernement français et où le choléra régnait depuis plusieurs semaines, tandis qu'on ne le signalait pas encore à Paris, nous avions observé déjà depuis quelques jours dans cette ville un très grand nombre de cholérines sans gravité.

A cette époque on n'était pas encore généralement contagioniste ; et dans une ville aussi étendue, aussi commerçante que Paris, où peuvent aboutir de diverses parts, venant de foyers de contagion très éloignés, des effluves épidémiques affaiblis, comme le sont les vagues quand elles viennent mourir sur le sable au bout de leur course, il est difficile de bien suivre la marche de la contagion, d'en bien préciser l'origine.

Mais en Égypte les conditions étaient tout autres. Là le choléra, accompagnant à leur retour les pèlerins de la Mecque qui voyageaient en bandes, avait pénétré avec eux de ville en ville, de village en village. Les germes apportés en masse et dans toute leur activité par des groupes d'êtres vivants avaient produit d'emblée la maladie dans son développement complet. Aussi sommes-nous revenus tous et à jamais contagionistes, sans pour cela perdre la notion des cholérines prémonitoires dans les épidémies d'Europe.

Nous reviendrons, du reste, bientôt sur cette question qui demande à être développée ; car il est vraiment douloureux de voir les anciennes observations être oubliées en médecine, parce qu'une vérité nouvelle s'y est fait jour.

Les enseignements tirés des faits cliniques sont multiples : la dominante y semble varier suivant les époques ; mais parallèlement ils subsistent et ne sont jamais inconciliables.

Seulement l'oubli du passé par les derniers venus engage trop souvent ceux qui représentent encore les anciennes générations à faire, par une sorte de représailles, trop bon marché des idées modernes, fondées aussi pourtant sur des observations sérieuses et incontestables.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

La fièvre typhoïde dans mon service pendant l'année scolaire 1882-1883.

Dans la leçon qui doit terminer aujourd'hui l'enseignement de cette année scolaire, je désire faire une revue rétrospective des cas de fièvre typhoïde que nous avons observés dans notre service, du 1er novembre 1882 à ce jourd'hui 30 juin 1883.

Le nombre des cas de fièvre typhoïde entrés dans nos salles a été de 48 : 27 hommes et 21 femmes, sur lesquels nous avons eu 6 décès. L'an dernier, sur 37 cas, nous

n'avions eu que 2 décès ! Or la moyenne générale prise sur un très grand nombre de cas est de 1 décès sur 6 cas environ, nous sommes donc, par notre chiffre de 1 sur 8, un peu au-dessous de la moyenne.

Voilà nos résultats.

Ces 6 morts se décomposent en 3 hommes et 3 femmes. L'un d'eux, un homme, a succombé, l'on pourrait dire, à l'ensemble des symptômes adynamiques. Cependant nous devons ajouter que l'appareil urinaire était un peu en cause, en ce sens que les urines contenaient une quantité d'albumine relativement considérable. Trois autres malades, — 1 homme et 2 femmes, — sont morts de broncho-pneumonie. Enfin les deux derniers, — ils sont morts tous deux ces jours-ci et ont par suite tristement modifié notre statistique, — ont succombé à des accidents méningitiques. En résumé, 2 sont morts par le cerveau, 3 par les poumons, et 1 par les reins.

Quant aux malades qui ont survécu, ils ont présenté à peu près toutes les formes possibles de la fièvre typhoïde : adynamique, thoracique, abdominale et cérébrale. Chez tous, nous avons constaté les symptômes ordinaires de la fièvre typhoïde. Chez l'un d'eux seulement, les taches rosées ont fait défaut, ce qui justifie cette opinion que j'ai émise depuis longtemps : « que la tache rosée lenticulaire était la signature de la fièvre typhoïde. »

Chez presque tous, vivants ou morts, nous avons observé de la diarrhée ainsi qu'une augmentation du volume de la rate ; ce dernier phénomène est l'un de ceux qui apparaissent ordinairement dans les trois premiers jours.

Nous avons eu assez souvent à combattre des complications graves, même chez quelques-uns des malades qui ont guéri, et notamment de la broncho-pneumonie. Une femme surtout nous a donné à ce sujet de grandes inquiétudes, et pendant quelques jours, nous avons même hésité, comme diagnostic, entre une granulie aiguë et une fièvre typhoïde.

Quatre malades ont eu du laryngo-typhus caractérisé par une extinction de voix prononcée. Tous quatre ont guéri : ce sont 2 hommes et 2 femmes.

Trois ont eu des hémorragies intestinales ; l'un d'eux en a eu trois fois : le 20e, le 21e et le 40e jour, cette dernière fois, alors qu'il était en convalescence.

Quatre sujets ont été atteints de phlegmatia alba dolens, résultant de la lenteur de la circulation et d'une grande facilité de coagulation du sang pendant le cours de la convalescence et non d'une phlébite véritable.

Une femme, atteinte déjà de broncho-pneumonie, a présenté, pendant la convalescence, des accidents de rhumatisme articulaire avec endo-péricardite.

Un malade a eu de la cystite purulente à la fin de sa maladie.

Enfin un individu chez lequel la fièvre typhoïde a été particulièrement grave, a été frappé d'aliénation mentale, par suite d'un certain degré d'anémie cérébrale, alors qu'il était en pleine convalescence.

J'ai dit souvent que, dans la fièvre typhoïde, la fièvre était souvent mieux caractérisée par la température que par l'état du pouls. Cette proposition a été de nouveau confirmée cette année. En effet, une température de 40° correspondant à 100 ou 110 pulsations est non seulement un élément de diagnostic de la fièvre typhoïde, mais encore un signe pronostique favorable ; ce pronostic reste encore rassurant si, lorsque la température s'élève à 41°, les pulsations n'augmentent pas proportionnellement en nombre. Par contre, si le pouls est très fréquent et la température peu élevée, la situation est dangereuse.

Trois malades ont éprouvé des rechutes avec tous les phénomènes d'une première fièvre typhoïde. Ces rechutes n'ont été graves que dans un cas, celui d'un malade encore en traitement, qui a eu aussi des hémorragies intestinales et n'est pas hors de danger en ce moment.

Quant à l'âge, voici comment se décomposent les 48 malades atteints de fièvre typhoïde.

10 malades de 16 à 20 ans.
15 — de 20 à 25 —
14 — de 25 à 30 —
6 — de 30 à 40 —
3 — au-dessus de 40 ans.

Le plus jeune avait à peine 16 ans, le plus âgé 43.

Au point de vue de l'acclimatement à Paris, nous trouvons que plus de la moitié des malades habitait Paris depuis moins de deux ans.

J'arrive maintenant au traitement. Après les discussions qui ont eu lieu à l'Académie de médecine, je traiterai brièvement cette question.

D'après tout ce que l'on a dit et tout ce que l'on a fait dans les hôpitaux, les divergences sont bien plus apparentes que réelles, car tous les médecins regardent cette affection comme une maladie adynamique, même ceux qui la traitent par les bains froids. Aussi une médication tonique par l'alcool et le quinquina fait-elle la base de tout traitement. C'est ainsi que personnellement je prescris une potion avec 30 ou 40 grammes de bon cognac et 3 à 4 grammes d'extrait mou de quinquina. De plus, au début, on administre souvent quelques purgatifs pour débarrasser l'intestin, ainsi que quelque éméto-cathartique.

Mais où règne le désaccord, c'est sur l'emploi de quelques médicaments spéciaux : ainsi l'acide phénique contre lequel je m'élève à cause des dangers qu'il présente à doses élevées et de son inutilité à faible dose. De même le sulfate de quinine employé à doses élevées (3 à 4 grammes) est des plus dangereux et peut déterminer la mort subite. Heureusement que son absorption se fait mal chez les individus malades, et de plus, que celui dont on s'est servi depuis un certain nombre de mois était sérieusement altéré. Du reste, dans la fièvre typhoïde, je ne crois pas beaucoup à son efficacité dans les cas ordinaires, et dans les cas graves il n'a aucun effet, à moins que l'on ne constate des oscillations considérables du matin au soir dans le mouvement fébrile.

J'arrive aux bains froids si préconisés en Allemagne et même en France, à Lyon, et si vantés pour leurs résultats ; mais les statistiques données sont entachées d'une grave erreur, grâce à ce qu'on a englobé sous la même rubrique les cas de simple embarras gastrique et ceux de fièvre typhoïde. Les médecins qui en ont tenté l'emploi à Paris n'ont pas eu à s'en louer. Je pourrais vous citer dans cet hôpital même : 1° M. Féréol qui, sur 4 malades traités par les bains froids, a eu deux morts ; 2° le remplaçant de M. Bernutz qui les a essayés chez deux de ses malades, lesquels sont morts tous deux de pneumonie. Ces résultats sont des moins encourageants. Du reste, n'avons-nous pas les lotions froides et les lavements froids qui produisent de bons effets ?

Néanmoins je reconnais que, dans quelques cas spéciaux, ces bains peuvent être utiles, notamment lorsqu'on est en présence d'un état nerveux très prononcé avec température très élevée. Je les ai employés dans ces conditions chez une de nos malades ; je lui ai prescrit, pendant quatre jours,

trois bains par jour, à la température de 22°, et j'en ai obtenu de bons effets.

En résumé, dans le traitement de la fièvre typhoïde, il faut surtout se guider sur les indications, soutenir les malades par des toniques, par l'eau rougie en boisson, par les potions à l'alcool et au quinquina, par les bouillons et les potages légers dès que la fièvre tombe, et combattre toutes les complications qui se présentent. Survient-il des accidents cérébraux? on aura recours aux lotions froides, aux vésicatoires, aux purgatifs, au musc. S'agit-il de broncho-pneumonie? on prescrira des ventouses sèches, des vésicatoires, etc. Dans le cas d'hémorragies intestinales, vous emploierez les applications de glace sur le ventre, et le perchlorure de fer à l'intérieur, les potions avec l'extrait de ratanhia 2 grammes ou l'ergotine 1 gramme. Êtes-vous en face d'une diarrhée incoercible, vous ordonnerez le bismuth et les lavements laudanisés avec prudence.

En résumé, il faut combattre les symptômes sans idée préconçue et sans recourir à une médication spécifique.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Par M. le docteur Boyaux (de Bricon).

Au moment où le choléra sévit en Égypte et fait chaque jour de nombreuses victimes, je crois de mon devoir de soumettre à l'Académie le traitement que j'ai appliqué avec succès en 1854, lors de l'épidémie meurtrière qui a régné dans le département de la Haute-Marne pendant les mois de juin, juillet, août et septembre de cette année.

Reçu docteur en médecine de la Faculté de Paris le 31 août 1853, j'avais fixé ma résidence à Andelot, chef-lieu de canton de l'arrondissement de Chaumont, où j'ai exercé à partir de janvier 1854 jusqu'en mai 1861, et depuis cette époque, c'est-à-dire depuis vingt-deux ans passés, j'exerce à Bricon, commune du canton de Château-Villain.

Ceci posé, je passe immédiatement à l'objet de ma communication.

Au début, dans la période dite prémonitoire où la diarrhée se déclare, je donnais une dose de sulfate de magnésie en solution proportionnée selon l'âge, la force des malades et le nombre de selles produites.

Chose remarquable, celles-ci, loin d'augmenter, diminuaient sensiblement.

L'effet purgatif obtenu, je faisais administrer quelques lavements laudanisés, des quarts seulement, et si la diarrhée reprenait, je repurgeais et je laudanisais ensuite.

En même temps et avant la purgation, je faisais prendre une tasse d'infusion d'herbe aux vers ou la graine même de *semen contra*, pour débarrasser le plus vite possible le tube digestif des nombreux helminthes qui l'infestaient; ainsi, rien que dans deux localités voisines, Roches-sur-Rognon et Bettaincourt, du canton de Doulaincourt, j'en avais fait recueillir par la sage-femme du pays de quoi emplir deux grands bocaux que je comptais adresser à l'Académie; malheureusement, l'alcool dans lequel baignaient ces lombrics s'est trouvé trop faible relativement au nombre pour empêcher leur décomposition, de sorte que j'ai dû renoncer, bien malgré moi, à leur présentation officielle.

Digression à part, tel était le traitement de la première période.

Maintenant, quand j'étais appelé au moment de la seconde période, dite cyanique, que l'individu épuisé par les selles et les vomissements était pris par les crampes et un refroidissement général, enfin que le pouls ne battait plus à la radiale, je faisais rappeler la chaleur à la périphérie par tous les moyens possibles, ce qui exigeait souvent plusieurs heures d'un travail soutenu de plusieurs personnes pour en venir à bout.

En même temps et pendant que les vomissements continuaient, je donnais quelques doses de poudre d'ipéca, mais je faisais surtout boire de l'eau fraîche en quantité considérable. Il est vrai que le cholérique en rejetait presque autant qu'il en prenait, tant l'absorption était difficile; toutefois, cette ingestion incessante d'eau bien fraîche ne tardait pas à lui faire beaucoup de bien, et quand je pouvais avoir de la glace, il en suçait les morceaux avec un plaisir étonnant.

Une fois que la chaleur revenait à la peau, je faisais appliquer des sinapismes sur le corps. Il faut bien se rappeler que sans chaleur préalable à la peau on n'obtient pas d'action révulsive, — ce que j'ai pu constater en 1849, dans le service de M. le professeur Andral, à l'hôpital de la Charité, étant élève stagiaire.

Dans les cas graves, je faisais appliquer deux vésicatoires aux mollets, deux aux cuisses, un à l'épigastre et deux aux bras.

Si la réaction, qu'on peut appeler la troisième période, était trop violente et se portait à la tête ou à la poitrine, une application de sangsues à l'épigastre ou une saignée du bras rendaient alors les plus grands services; malheureusement, le trop grand nombre de malades ne permettait pas, le plus souvent, de se trouver là, au moment voulu, pour les sauver.

Si j'ajoute à cet exposé, que je leur faisais donner de l'air pur en abondance, que je faisais enfouir toutes leurs déjections, et qu'aussitôt l'appétit revenu, le bon bouillon de bœuf et le bon vin leur étaient administrés, j'aurai donné les indications principales du traitement qui m'a si bien réussi dans l'épidémie cholérique de 1854 et dans les cas sporadiques que j'ai eu à traiter depuis cette époque.

Je prie donc l'Académie de vouloir bien le prendre en sérieuse considération, afin de le mettre à l'épreuve partout où le fléau sévit.

Je n'hésite pas, en conséquence, à déclarer que, si le choléra de 1883 ressemble à celui de 1854, les médecins appelés à le combattre suivant ma méthode, obtiendront les résultats les plus encourageants, surtout s'ils sont assez nombreux et assez actifs pour suivre leurs malades plusieurs fois par jour et au besoin pendant la nuit.

Je dois dire aussi, pour terminer, que je n'hésitais pas non plus à proclamer bien haut la non-contagion de la maladie, de sorte que j'avais pour auxiliaires toutes les personnes valides de la maison, ce qui est bien à considérer en temps d'épidémie, car si la peur fait le vide autour de ceux qui sont atteints, le médecin le plus habile et le plus dévoué n'obtiendra pas tous les résultats désirables.

APPAREILS A IRRIGATION DE LA VESSIE

ET DES AUTRES CAVITÉS NORMALES OU PATHOLOGIQUES. — INSTRUMENTS POUR LA RECHERCHE DES RÉTRÉCISSEMENTS DITS INFRANCHISSABLES DE L'URÈTRE (1).

Par M. le docteur Barthélemy,

Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine navale de Toulon.

II

2° *Procédé par pression hydrostatique et sans sonde.* — Voici quelle fut la disposition de celui que je fis construire, et qui depuis cette époque (1882) m'a rendu de très grands et presque continuels services.

Sur le montant du lit, du côté de la tête et à droite, est fortement attachée une longue tige de bois du volume d'un fort manche à balai et mesurant un peu plus de 2 mètres de haut. Cette tige est graduée par $0^m,25$, de telle sorte que le zéro corresponde au plan du lit avec ses matelas et les 2 mètres un peu au-dessous de l'extrémité supérieure.

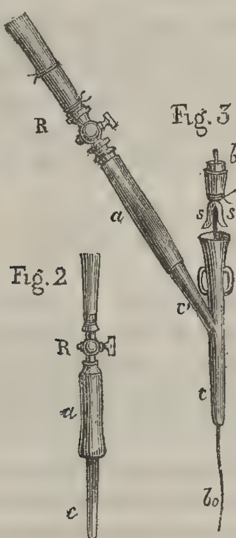
Un support solide, qu'une vis de pression peut fixer à toutes les hauteurs, se meut le long de la tige.

Sur le plateau de ce support est placée une grosse carafe, dont

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 juillet 1883.

la capacité peut être de 2 à 4 litres; un anneau en bois comme ceux qui servent à fixer les rideaux, tenant d'une part à un collier qui entoure le goulot de la carafe, et de l'autre glissant sur la tige, la maintient en place. Le bouchon, en liège ou en caoutchouc, est traversé par deux tubes en verre coudés à la lampe; l'un d'eux porte d'un côté un tube en caoutchouc qui descend jusqu'au fond de la carafe, de l'autre un long tube également en caoutchouc en deux ou trois morceaux, réunis par des ajustages en tubes de verre, mesurant en tout 3 mètres de long, et terminé par le robinet R (fig. 2 et 3). Le second tube coudé n'arrive par un de ses bouts que dans le haut de la carafe, et se continue par l'autre avec un tube en caoutchouc de $0^m,30$ à $0^m,40$. La carafe étant remplie, si on souffle par ce dernier tube, le liquide monte et remplit le premier système : le siphon est ainsi amorcé et le robinet fermé aussitôt.

Ce robinet, suivant le but qu'on se propose, s'adapte au petit appareil de la figure 2, qui est destiné à l'irrigation de la vessie ou à celui de la figure 3, qui sert à conduire une bougie dans les rétrécissements qu'on n'a pu réussir à franchir.



Dans le premier cas, lavage de la vessie, un petit bout de tube en caoutchouc *a* (fig. 2) réunit le robinet R à une de ces canules en gutta-percha vernie C, assez longues, qu'on trouve chez tous les bandagistes et qui sont souvent employées pour l'administration des lavements ou des injections vaginales; il suffit de couper la partie la plus évasée de leur extrémité en entonnoir pour les faire pénétrer dans le tube *a*. Dès que tout est préparé, la canule est introduite dans le canal, la main gauche serre la verge contre elle, le robinet est ouvert et la carafe montée à $1^m,70$ en moyenne. Cette pression suffit en général pour que le liquide franchisse tous les obstacles physiologiques ou accidentels et arrive jusque dans la vessie; si, après quelques minutes, nulle sensation ne prévient le malade que sa vessie se remplit, et si le niveau du liquide, d'après l'indication de la graduation, n'a pas changé, le récipient sera élevé à $1^m,80$ et même, si c'est nécessaire, jusqu'à 2 mètres. Dès que le liquide a pénétré et que la sensation du besoin d'uriner a été ressentie, le robinet est fermé, l'instrument retiré du canal et le malade, aussitôt après avoir exécuté lui-même toutes ces manœuvres, urine soit dans un bassin placé entre ses jambes, s'il est debout ou assis, sur le bord d'un fauteuil, ou entre ses cuisses, s'il a préféré rester couché dans son lit.

J'ai pu, grâce à ce procédé, amener chez le malade dont je parlais tantôt une amélioration d'autant plus remarquable que peu à peu, par l'usage de cette douche et le fait de la dilatation hydrostatique qui en résultait, non seulement les urines furent modifiées, mais encore la miction devint facile à ce point que le malade ne voulut plus entendre parler d'opération ou de cathétérisme, quoique son canal n'admît guère qu'une bougie n° 13 ou 14. Après bien des péripéties pourtant, et un traitement de près de cinq mois, ce malade finit par guérir. J'ai pensé que les irrigations répétées, abondantes, pratiquées avec persévérance, en usant de liquides variés (solution boratée, eau de goudron, eau coaltarée, eau phéniquée), n'ont pas été étrangères à cette guérison et ont au moins puissamment secondé l'action des médications multiples que j'ai dû employer. Parmi celles-ci, le tanin associé à l'ergot de seigle, les révulsifs énergiques et fixes m'ont paru être particulièrement utiles contre la pyélite.

Plus récemment, j'ai dû avoir encore recours au même procédé, dans un cas analogue au précédent. Le malade, homme de cinquante-six ans, retraité, atteint d'un rétrécissement dont il n'avait jamais été traité, bien qu'il fût compliqué de cystite chronique, fut pris de rétention d'urine; je le vis près de trente heures après le début de ce pénible accident et ne pus franchir la coarctation urétrale qu'avec une bougie du n° 5; j'arrivai après quelques jours au n° 9. Des accidents fébriles de quelque intensité, une sensibilité exagérée du canal, m'obligèrent à suspendre l'usage des bougies, et comme les accidents vésicaux continuaient, avec sécrétion très abondante de muco-pus, j'enseignais au malade le procédé d'irrigation par pression hydrostatique. Le système qu'il eut l'art de s'installer, sur mes indications, était encore plus simple que celui que j'ai décrit, car il consistait en une corde passant dans une petite poulie suspendue à un clou planté dans une poutre du plafond et attachée au col de la carafe; le siphon amorcé, le robinet fermé, la carafe était hissée, la corde fixée à un crochet et le malade prenait sa douche debout, appuyé sur le bord du lit. Comme le précédent, celui-ci trouva un bénéfice réel à ces irrigations; plus d'une fois, dans le courant de la nuit, ne pouvant uriner, soupçonnant peut-être avec raison que son rétrécissement était oblitéré par les glaires épaisses qu'il rendait avec les urines, il put éviter les angoisses d'une nouvelle rétention en ayant recours à sa douche. Il eut malheureusement le grand tort de placer dans ce moyen de traitement une confiance trop exagérée, car, trouvant sa vie supportable, sa miction aussi facile qu'avant l'accident qui avait nécessité mon intervention, et constatant dans son catarrhe vésical une véritable amélioration, il refusa toute opération plus efficace, et ce ne fut que bien des mois après qu'il consentit à se soumettre à une urétrotomie interne qui a rétabli complètement le calibre du canal, et permettra peut-être d'arriver à une guérison bien compromise par la chronicité de sa maladie de vessie.

Je pourrais encore citer, comme preuve des services que peut rendre le procédé de Vandenabelle, qui unit à l'avantage des lavages de la vessie celui de pouvoir la dilater, le fait suivant. Il se rapporte à un cas de catarrhe vésical *à frigore*, avec intolérance de la vessie et diminution telle de sa capacité qu'elle ne pouvait guère accepter que 25 à 30 grammes d'eau en injection. Après deux mois de soins et de douches que le malade s'administrait lui-même, les urines étaient devenues limpides, la sécrétion presque nulle et la vessie conservait facilement de 300 à 400 grammes de liquide.

Dilatation hydrostatique des rétrécissements et passage d'une bougie. — Ce sont ces résultats mécaniques de la pression hydrostatique qui m'ont amené à chercher le moyen de l'utiliser dans la recherche des rétrécissements étroits, difficiles à trouver et à franchir.

Voici l'instrument que j'imaginais dans ce but et qui m'a déjà été utile dans deux cas où plusieurs collègues et moi n'avions pu réussir à introduire même la plus fine des bougies.

Une sonde en argent (C, fig. 3), droite, du n° 18 ou 20, longue de $0^m,09$, à bout inférieur arrondi, percé suivant son axe, ne différant en rien par son bout supérieur des sondes ordinaires, reçoit au-dessous d'un de ses anneaux un autre bout de sonde de même calibre C', d'environ 4 centimètres de long, qui se soude obliquement sur elle et communique librement avec son canal. Ce second tube reçoit l'ajutage *a* portant le robinet R, sur lequel s'emboîte le tube en caoutchouc de l'appareil à irrigation. L'ouverture supérieure du premier tube ou sonde droite C, disposée un peu en entonnoir comme celle de toutes les sondes en argent, est fermée par un bouchon en liège *b*, foré d'un trou que traverse une bou-

gie *b o* d'un fin calibre nº 5 ou 4; un petit manchon en caoutchouc est attaché sur le bouchon et le dépasse largement par en bas; cette partie libre est découpée en deux petites languettes *s s* qui feront soupape.

Voici comment ces différentes parties vont être utilisées :

Le siphon de l'appareil est amorcé, la carafe remplie d'eau tiède, montée à la hauteur de 1m,80 ou 2 mètres, le robinet R fermé et mis en rapport avec l'ajutage *a* de la partie oblique de l'instrument, la partie droite introduite complètement dans l'urètre et bien maintenue par la main gauche du patient qui serre à pleine main verge et instrument; la bougie *b o* bien graissée est descendue jusqu'auprès du rétrécissement; le robinet est ouvert et la pression hydrostatique s'exerce dès lors sur la partie rétrécie en bas et directement, mais tend aussi à chasser l'eau par l'ouverture supérieure de la sonde; là le bouchon résiste, les deux valves s'appliquent sur la bougie et concourent, ainsi d'ailleurs que la petitesse du trou par lequel passe la bougie, à empêcher la sortie de l'eau presque complètement.

Bientôt le malade annonce qu'il a la sensation de la pénétration du liquide dans la vessie, indice que l'angustie a été franchie et un peu dilatée; c'est le moment propice pour essayer d'y introduire la bougie par de petits mouvements de va-et-vient ou de rotation qu'on lui imprime ou encore en changeant la position de la sonde par de légères inclinaisons. On réussira ainsi, je l'espère, toujours en prolongeant plus ou moins longtemps la dilatation hydrostatique du rétrécissement, à faire suivre à la bougie la voie que l'eau a agrandie.

Lorsque la bougie a enfilé le rétrécissement, il s'agit de retirer l'appareil en la laissant en place. Pour y arriver, on ferme le robinet, on coupe la tête de la bougie ou bout supérieur recouvert de son petit bourrelet de cire : le bouchon est alors tiré de quelques centimètres au dehors, et la bougie étant saisie avec une pince ou avec les doigts au-dessous de lui, le bouchon est retiré complètement, il devient dès lors parfaitement aisé, en raison de la grandeur du canal de la sonde comparée au volume de la bougie, de retirer la première en laissant la seconde.

La bougie en place, la grande difficulté est levée et le traitement commencé, soit qu'on la laisse à demeure, soit que l'on veuille entreprendre la dilatation ou préparer la voie pour une opération d'urétrotomie ou de dilatation forcée ou instantanée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1º Un mémoire intitulé : « De l'influence du casernement des troupes sur le développement de la fièvre typhoïde », par M. Follet.

2º Une note sur le traitement du choléra, par M. le docteur Boyaux, de Bricon. (Voir plus haut.)

3º Une note adressée par Mme Octaviani, sage-femme à l'Hôtel-Dieu d'Auxerre, sur trois cas de monstruosités.

ÉLECTIONS

Prix. — Sont nommés membres des commissions de prix pour l'année 1883 :

Prix de l'Académie : MM. Guérin, A. Verneuil, Gosselin.

Prix Portal : MM. Hérard, Laboulbène et Peter.

Prix Civrieux : MM. Charcot, Proust et Mesnet.

Prix Capuron : MM. Bergeron, Roger et Barthez.

Prix Barbier : MM. Jaccoud, Lancereaux et Noël Gueneau de Mussy.

Prix Godard : MM. Le Fort (Léon), Polaillon et Perrin.

Prix Desportes : MM. Moutard-Martin, Bourdon et C. Paul.

Prix Buignet : MM. Gariel, Berthelot, et G. Bouchardat.

Prix Vernois : MM. Roussel, H. Gueneau de Mussy et Colin (Léon).

Prix Amussat : MM. Guyon, Lannelongue et Richet.

Prix Huguier : MM. Bernutz, Depaul, et Labbé.

Prix Saint-Paul : MM. Dujardin-Beaumetz, Marrotte et Féréol.

COMMUNICATION

Le choléra en Égypte, son origine, ses dangers pour l'Europe. — M. **Fauvel** annonce qu'il se propose de faire un exposé succinct de la situation en Égypte, de l'origine de l'épidémie, et d'exposer les chances que l'Europe a d'en être préservée. Il raconte d'abord comment, deux fois de suite, l'année dernière, en juillet, puis en août, l'Égypte se trouva, par le fait des Anglais, exposée à être envahie par le choléra. A cette époque, des mesures furent prises, grâce auxquelles on put arrêter cette maladie dans sa marche. Mais, depuis lors, l'Angleterre, étant devenue toute-puissante en Égypte, usa de cette toute-puissance pour entraver tous les effets des autorités sanitaires.

Ses dispositions à ce sujet se manifestèrent dès le mois d'avril. A l'occasion d'une recrudescence cholérique survenue à Bombay, en avril et en mai, le conseil sanitaire de Constantinople et celui d'Alexandrie avaient décidé qu'il y avait lieu de soumettre à la quarantaine les provenances de Bombay. Mais l'autorité anglaise intervint à propos de pèlerins indo-javanais que le conseil voulait maintenir en quarantaine.

Par l'entremise de son délégué, l'autorité anglaise prétendit que la question n'étant pas prévue par les règlements, le conseil n'avait pas le droit de la trancher d'urgence, et qu'il fallait la renvoyer à l'étude d'une commission spéciale, c'est-à-dire l'ajourner indéfiniment. C'est, ajoute M. Fauvel, comme si, quand une maison est en feu, on renvoyait à une commission le point de savoir s'il serait bon d'appeler les pompiers pour l'éteindre. Comme un certain nombre de membres protestaient contre cette prétention, le délégué anglais et ses adhérents (on en a toujours quand on possède le pouvoir et quand on dispose des places) quittèrent la salle des séances de manière que le conseil ne se trouvât plus en nombre pour voter. Cette tactique fut renouvelée plusieurs fois, la dernière avec menaces de la part du délégué anglais, si bien que grâce à la suspension de toute action du conseil sanitaire, l'omission de toute précaution contre les provenances de l'Inde eut lieu dès la fin du mois dernier.

La Porte, instruite de ce qui se passait, fit des menaces de représailles contre l'Égypte, et l'administration égyptienne se décida à rétablir, du moins en apparence, les mesures supprimées; mais il était trop tard : le choléra éclata à Damiette, et il fut permis de remonter à la source du mal. On reconnut qu'il avait été importé par des marchandises de Bombay venues pour une foire. On constata en outre qu'un chauffeur débarqué d'un navire anglais suspect, s'était rendu à Damiette. Ainsi le choléra avait été en Égypte le résultat d'une importation par l'Angleterre. En vain le gouvernement anglais, intéressé à ne voir dans l'épidémie qui s'était produite à Damiette, que le résultat de causes d'insalubrités locales, fit intervenir l'autorité d'un des plus éminents praticiens de l'Angleterre. En vain celui-ci affirma-t-il que l'épidémie en question resterait localisée et n'aurait pas de suite. La marche de la maladie est venue bientôt démentir ces affirmations un peu hasardées.

L'épidémie a pris les développements les plus étendus, malgré les cordons sanitaires qu'on a voulu lui opposer. Le choléra a fait invasion au Caire vers le 14 juillet; on sait déjà avec quelle rapidité il s'y propage, mais on ignore encore dans quelles proportions, attendu que l'autorité anglaise, qui s'est emparée du service sanitaire, ne publie que ce qu'il lui convient de faire connaître. Le nombre des morts, dit M. Fauvel, ne doit pas être moindre de 500 par jour dans cette ville. De ce foyer la maladie va s'étendre à toute l'Égypte. Le premier soin de l'autorité anglaise a été de mettre autant que possible les troupes britanniques à l'abri de l'épidémie en les envoyant camper dans l'isolement, à quelque distance de la ville.

Il n'est pas douteux qu'Alexandrie, où le choléra a décidément fait son apparition, ne soit bientôt envahie, et alors commencera pour l'Europe une période de grand danger. M. Fauvel passe en revue les mesures qui ont été prises dans les divers pays pour écarter ce danger.

Les prescriptions quarantenaires sont plutôt exagérées qu'insuffisantes partout en Europe, et si l'on en jugeait par la sévérité de ces prescriptions, on pourrait se croire parfaitement garanti de l'invasion du fléau. Malheureusement autre chose est la prescription, autre chose est l'exécution, et il est à craindre que celle-ci ne fasse défaut sur quelques points.

En Syrie, il existe un grand lazaret à Beyrouth, et une croisière vigilante est établie pour empêcher toute importation égyptienne, mais les fuyards pourront toujours y aborder en barque. Constantinople est aussi menacée et, si le choléra y pénètre, il sera impossible de l'empêcher de se répandre en Roumanie, en Bulgarie, en Russie. La Grèce, moins commerçante, échappera peut-être.

L'Italie a édicté dernièrement les précautions les plus sévères contre les provenances contaminées, mais il est à craindre que les bonnes intentions du gouvernement restent inutiles avec des moyens d'action insuffisants et les habitudes invétérées des agents chargés de l'exécution. L'Espagne est fort peu en danger. Quant au littoral français, les mesures qu'on y pratique depuis le début de l'épidémie permettent d'affirmer qu'il y a bien peu de chance pour que le choléra pénètre en France de ce côté. Mais il viendra vite par les frontières de terre une fois qu'il aura envahi un pays voisin.

L'Angleterre se trouve protégée par la longueur de la traversée, qui est au moins de quatorze jours à partir de Suez. C'est cette longueur de la traversée qui la protège incessamment contre les importations de l'Inde. Pour que le choléra l'atteigne, il faut qu'il lui vienne des côtes de la Manche ou de la mer du Nord.

L'intensité même de l'épidémie en Égypte est une raison de croire qu'elle s'y éteindra vite. Si l'Europe peut se protéger durant un mois encore, elle a bien des chances pour échapper à cette épidémie.

En résumé, conclut M. Fauvel, l'épidémie de choléra asiatique qui sévit en Égypte aujourd'hui y a été importée de l'Inde.

Cette importation est la conséquence de la suppression des mesures préventives qui défendaient ce pays.

La responsabilité en revient tout entière à l'autorité anglaise, venant à l'appui de la théorie mercantile imaginée dans l'Inde.

L'Europe aujourd'hui est grandement menacée de l'invasion du fléau ; mais, grâce aux mesures défensives instituées de toutes parts et à la probabilité que l'épidémie aura une courte durée en Égypte, il y a espoir fondé que l'Europe ne sera pas envahie.

DISCUSSION

M. JULES GUÉRIN objecte d'abord à M. Fauvel l'impossibilité complète pour tout autre membre de l'Académie de contrôler les faits qu'il invoque.

Ces faits semblent prouver que le choléra est bien le résultat d'une importation, et qu'il est possible de l'arrêter par des quarantaines. M. Guérin, sans entrer dans la discussion et en s'en référant à ses discours passés, à ses anciens travaux, tient à faire ses réserves contre cette théorie qui l'emporte aujourd'hui. Il rappelle qu'il fut un temps où l'Académie de médecine était tout entière, ou à peu près, anticontagioniste. A cette époque, parler de contagion, c'était se faire montrer au doigt. A présent les choses ont changé ; mais on oublie peut-être trop vite les études antérieures. Le mémoire de M. Fauvel est fort ingénieux comme tous ses travaux ; mais il ne convaint pas M. Guérin qui reste fidèle aux convictions de toute sa vie.

M. FAUVEL déclare qu'aujourd'hui il n'est plus possible de croire à un choléra naissant sur place dans les contrées européennes. On n'a jamais vu qu'il en fut ainsi. Il est impossible de citer une seule épidémie qui ne soit le résultat d'une importation en Europe.

M. BOULEY. Autrefois on ne croyait pas à la contagion du choléra. Mais ce qui se passe actuellement en Égypte est une expérience faite en grand, une expérience magnifique au point de vue de la démonstration. Comment, depuis près de 20 ans une commission sanitaire avait pu protéger l'Europe par sa vigilance et l'emploi de mesures quarantenaires en temps opportun. Survient l'Angleterre, qui se rend maîtresse de l'Égypte. Dans un but de lucre, elle supprime toutes les mesures de protection ; aussitôt le choléra déborde. Et l'on voudrait nier qu'il soit contagieux !

M. JULES GUÉRIN objecte l'existence de phénomènes prémonitoires qui sont déjà le choléra, bien que paraissant le précéder. Souvent, quand on croit trouver l'origine d'une épidémie, son point de départ, l'individu qui l'a transportée, on oublie que, depuis un certain temps déjà, il y avait des cas ébauchés dans le pays où elle éclate. Le terrain se prépare graduellement avant que le germe n'y prospère ; aussi, sans nier absolument l'action du germe en pareil cas, M. Jules Guérin voudrait qu'on ne perdît pas de vue les questions de terrain.

Souvent, sans qu'on prenne aucune précaution, on voit les germes d'importation échouer tous, et la maladie n'éclate pas. C'est ce qui est arrivé par exemple lors d'une des dernières expositions universelles.

M. FAUVEL. Il n'y avait de choléra nulle part lors de la dernière exposition.

M. JULES GUÉRIN. Ce n'est pas celle-là ; mais une autre.

M. PROUST. Laquelle ?

M. JULES GUÉRIN. Je suis absolument certain du fait et j'en apporterai la preuve. Lors d'une de nos grandes expositions, le choléra existait dans plusieurs parties de l'Europe et il ne nous a pas atteints.

La discussion est remise à la semaine prochaine.

M. ROCHARD aurait demandé que l'Académie se prononçât à l'instant même, afin qu'on vît bien que M. Guérin était seul de son opinion, si la continuation annoncée de la discussion n'avait pas dû fournir aux membres de l'Académie l'occasion de manifester plus clairement leur opinion. Il n'insiste donc pas sur l'urgence d'un vote.

COMMUNICATION

De la consolidation des fractures chez les diabétiques. — M. VERNEUIL lit un travail portant sur cinq faits de fractures survenues chez des diabétiques, dans trois desquels la consolidation a manqué ou s'est fait attendre sans autre cause bien nette que le diabète.

Il conclut en ces termes :

1° Le retard et l'absence de consolidation constatés dans trois cas de fracture semblent devoir être rapportés à la dyscrasie simultanément reconnue, c'est-à-dire au diabète ;

2° Ce retard et cette absence de consolidation impliquent nécessairement un ralentissement ou une suppression du travail réparateur, forme particulière de la nutrition ;

3° D'où il est permis de conclure que le diabète, lorsqu'il entrave ou empêche la formation du cal, traduit au moins, si même il n'occasionne pas directement, la diminution ou la suppression de la nutrition.

INCIDENT

M. BERGERON regrette de ne plus voir M. Jules Guérin dans la salle. Il regrette de ne pas avoir eu la présence d'esprit de parler quand il était encore là. Il ne voudrait cependant pas qu'on pût se tromper sur les impressions de l'Académie, et que l'Angleterre pût supposer des divergences d'opinion dans cette assemblée prise en masse. Il faut que les applaudissements qui ont accueilli le discours de M. Fauvel et les marques d'improbation qui se sont fait entendre quand M. Jules Guérin paraissait vouloir diminuer la responsabilité morale de l'Angleterre, soient consignés au procès-verbal.

M. BÉCLARD. Ils y seront consignés.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 24 juillet, il peut être fait, dans les Facultés, des cours libres, par des professeurs qui n'appartiennent pas au personnel des Facultés.

Les cours libres à la Faculté de médecine de Paris restent soumis aux prescriptions de l'arrêté du 9 février 1881 (voyez la *Gazette des hôpitaux* du 19 février 1881).

Chaque Faculté de médecine et chaque École supérieure de pharmacie soumettra à l'approbation du ministre un règlement relatif aux cours libres.

— Par décrets en date du 24 juillet 1883, M. Paquet, professeur de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale vacante à ladite Faculté, par suite du décès de M. Houzé de l'Aulnoit.

M. Folet, professeur en pathologie externe à la même Faculté, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale, précédemment occupée par M. Parise, nommé professeur honoraire.

— Les modifications proposées par l'Administration pour les jurys des concours des hôpitaux, et qui avaient été l'objet des réclamations des médecins et chirurgiens des hôpitaux, n'auront pas lieu. Un arrêté préfectoral récent a maintenu les anciens règlements.

— *Choléra.* — Voici les chiffres des décès pour les deux journées du 22 et du 23 juillet :

22 juillet : le Caire, 427; Chirbine-el-Kom, 70; Ghizeh, 68; Mehallet-el-Kébir, 46 ; autres localités, 33.

23 juillet : le Caire, 463; Chirbine-el-Kom, 117; Ghizeh, 95 ; Mehallet-el-Kébir, 43; Suez, 1; autres localités, 43.

Soit pour le 22 juillet 644 et pour le 23 juillet 762 décès annoncés officiellement.

— *Clinicat chirurgical.* — MM. Picqué et Redard sont nommés chefs de clinique adjoints à la Faculté de médecine de Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14842.

N° 86. — SAMEDI 28 JUILLET 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 28 JUILLET 1883 — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. La contagion du choléra. — Du déterminisme en médecine. — Diagnostic de la congestion pulmonaire en cas d'épanchement pleurétique. — Des troubles de la sensibilité dans l'alcoolisme chronique. — Société de Chirurgie. — Revue bibliographique. — Congrès international de médecins des colonies à Amsterdam, en septembre 1883. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La contagion du choléra.

La contagion du choléra nous paraît maintenant une vérité tellement bien établie qu'elle n'est plus discutable. C'est en Égypte, pendant l'épidémie de 1865, que nous avons été à même de nous faire une conviction sur cette question, alors controversée.

L'administration sanitaire était assez bien organisée au point de vue des renseignements à recueillir. Dans les chefs-lieux de province et même dans les chefs-lieux inférieurs de simple gouvernement se trouvaient des médecins chargés de la salubrité, de la statistique, de l'état civil, en ce sens qu'ils prenaient note des naissances, des décès, de leur date exacte, et autant que possible, en cas d'épidémie, de leur cause.

Ces médecins, payés par l'État, occupaient un poste officiel ; un très grand nombre étaient européens, particulièrement italiens, car un Italien, Collucci Bey, placé à la tête de toute cette organisation médicale, jouait le rôle d'un vrai ministre, et par lui-même ou par ses bureaux, entretenait continuellement la correspondance la plus active avec tous ses subordonnés.

D'ailleurs ces médecins fonctionnaires étaient hiérarchisés à l'égal de l'armée. Celui qui nous fut attaché comme guide et comme interprète portait le grade de *bim bachy*, c'est-à-dire chef de bataillon.

Nous pûmes donc, dans les petites localités comme dans les grandes villes, à Damanhour, à Tantah, à Galioub, comme à Alexandrie, au Caire, à Suez, etc., avoir officiellement, avec pleine certitude, la date précise de l'apparition du choléra, et en même temps la date précise de l'arrivée des pèlerins de la Mecque. Ces deux dates coïncidaient partout.

Or on sait que cette année-là le nombre des pèlerins de la Mecque avait été très élevé. Parmi ces pèlerins, un grand nombre était venu de l'Inde, où le choléra régnait. Chaque pèlerin doit sacrifier autant que possible au moins une tête de bétail sur la montagne sacrée pendant les saintes cérémonies, et on évaluait à plusieurs centaines de mille le nombre des animaux qui furent égorgés en quelques heures. C'est à ce moment que le choléra se répandit avec une extrême violence parmi les Arabes rassemblés. Il accompagna les caravanes, il s'embarqua sur les bateaux qui amenaient les fuyards en Égypte. Il se répandit sur toute la contrée en y faisant d'autant plus de victimes qu'il s'agissait de populations plus mal nourries et plus chétives.

Il ne mourut pas un très grand nombre d'Européens, ni d'Arméniens, ni de fonctionnaires, ni d'Égyptiens riches. Ceux qui buvaient du vin et mangeaient de la viande échappèrent presque tous.

La colonie française se distingua particulièrement. Au lieu de faire comme le khédive lui-même, les Français, sous la direction de leur consul, établirent au Caire une sorte de club du choléra. On y recevait les journaux ; on y fumait ; on y jouait aux cartes ; on y passait la journée en causant, en buvant du café, etc. ; mais on s'y faisait apporter les cholériques ramassés dans les rues, qu'on y massait, frottait à tour de rôle, qu'on y réchauffait de son mieux par des boissons réconfortantes, ne les transportant dans les hôpitaux qu'à la dernière extrémité.

Eh bien, de tous ces infirmiers volontaires, si pleins de zèle, grâce à la bonne humeur et au bon régime, malgré les germes de contagion, pas un ne succomba. Tandis que dans une grande maison située en face du musée de Boulaq, et que nous prendrons pour exemple, maison occupée de haut en bas par des Maltais, serrés au nombre de 40 ménages environ dans cette espèce de caserne, peu fortunés et vivant mal, tous les habitants, sans exception, furent emportés en deux jours par l'épidémie. Quand nous arrivâmes à Boulaq, cette maison était là béante, toutes les portes ouvertes, les meubles au pillage ; les morts venaient d'être emportés par les soins de l'administration sanitaire ; mais ils ne laissaient derrière eux personne qui les représentât.

Du reste, les Maltais, population très travailleuse mais d'une excessive sobriété, furent généralement très éprouvés dans cette épidémie. Dans le navire même qui nous emportait et qui avait fait escale à Malte, plusieurs Maltais furent pris de choléra durant la traversée et, à l'arrivée, transportés à l'hôpital d'Alexandrie, ils y moururent presque tous durant les premiers jours.

De même les pauvres fellahs qui ne boivent jamais que de l'eau et se nourrissent à peine d'un peu de farine délayée cuite dans l'huile, de quelques légumes et de quelques fruits, fournirent à la mortalité un contingent considérable ; alors que les hommes de même race qui avaient su trouver

l'aisance dans la culture du coton et se nourrissaient à l'européenne, étaient au contraire fort peu éprouvés.

Ainsi on peut dire qu'en Égypte la question de terrain fut aussi importante que la question de germe. La misère, les habitudes de nourriture insuffisante, les traditions mahométanes interdisant l'usage même modéré du vin, traditions que méprisaient seules les classes supérieures, furent pour moitié dans la propagation si rapide et si meurtrière de cette épidémie de 1865.

L'excès de sobriété s'est montré, dans ce cas, aussi funeste que les excès contraires. Le choléra, ayant bien moins de prise sur des corps solides et bien nourris, se réduisait le plus souvent pour eux à l'état de simple cholérine, de diarrhée sans colique, très liquide, riziforme, qui se passait au bout de quelques heures.

C'était ce que M. Guérin nomme des maladies ébauchées, ce qui peut traduire le développement incomplet d'un germe qui avorte.

Nous étudierons dans un autre article les conditions, importantes à connaître, de l'avortement de ce germe.

Le déterminisme en médecine.

Le déterminisme en médecine, telle est la devise adoptée par un certain nombre de cliniciens, qui espèrent voir, dans un temps donné, la connaissance des relations entre les effets et leurs causes si bien établie qu'en présence d'une maladie, d'après les symptômes, on puisse à la fois, avec complète certitude, remonter à son origine, en indiquer le pronostic et prédire toutes les lésions à constater à l'autopsie.

Pour cela faire, bien entendu, il faut ne pas se contenter des grossières classifications en groupes trop compréhensifs; il faut en arriver à ce que chaque syndrome se trouve individualisé pour ainsi dire.

Souvent il suffit du moindre trait pour faire distinguer l'un de l'autre deux syndromes très rapprochés qui ont beaucoup d'autres traits communs, mais qui se rapportent en réalité à des maladies différant entre elles par leur marche, leur pronostic et les lésions anatomiques susceptibles d'y exister.

Chaque symptôme pris isolément est multivoque de sa nature, comme dans un dessin chaque trait, si on fait abstraction des autres. Ce qui détermine sa valeur, c'est la manière dont il s'associe avec les autres, dont il fait avec eux un tout, un syndrome, un dessin, un schème.

Ce n'est pas d'ailleurs d'aujourd'hui qu'on se propose le même but, bien que le mot déterminisme soit relativement très moderne.

Les auteurs d'aphorismes ont toujours espéré être arrivés sur certains points à une détermination précise. Ils se sont proposés d'indiquer nettement des relations ayant une grande portée, des groupements de signes qui doivent leur valeur à l'association des phénomènes. Et, il faut bien le dire, certains aphorismes d'Hippocrate ou de Boerhaave, certaines descriptions du commentateur de Boerhaave, Van Swéiten, étaient et sont restés malgré tous les progrès réalisés depuis, extrêmement remarquables à ce point de vue.

Puis, quand s'est établie la mode des nosographies systématiques où chaque maladie était classée d'après des systèmes préconçus et considérée en quelque sorte comme une entité, il s'est trouvé que quelques-uns de ces théoriciens étaient, malgré tout, de remarquables observateurs, qui savaient fort bien mettre en relief des traits jusqu'alors inaperçus. Mais à ceux-là il faut reprocher un abus de déterminisme, en ce sens que, croyant avoir tout précisé, ils ne cherchaient plus. Mouneret fut un type de ces hommes qui font leur siège et n'en sortent pas. Dans son traité de pathologie, il avait même établi en règle cette recherche d'un cadre qui ne varierait plus et déterminerait à jamais, aux yeux du clinicien qui l'aurait établi et pour le reste de sa vie, chaque résultat obtenu par l'observation des malades.

Ainsi compris, le déterminisme serait une faute et un danger. Il éterniserait les erreurs, il paralyserait les recherches.

Mais ce n'est pas ainsi que l'entendent des hommes qui, comme M. Lancereaux, comme M. Granger, etc., travaillent sans cesse et cherchent toujours.

Ils l'entendent à la façon de Claude Bernard; c'est-à-dire qu'ils admettent le rapport nécessaire entre les effets et les causes, aussi bien en médecine que dans les autres sciences, physique, chimie, etc. Ils sont convaincus que le vague, dans la description des maladies, les doutes dans le diagnostic doivent disparaître du moment où l'on aura mieux étudié non seulement chaque signe en lui-même, mais chaque association de signes.

Ils ne doutent pas qu'il n'y ait dans cette voie beaucoup à faire, tellement même que ce qu'on connaît est fort peu de chose par rapport à ce qu'on doit trouver.

On en est encore à l'époque de la confusion générale, des causes banales substituées aux vraies causes, des descriptions contradictoires et simultanées, des démentis donnés journellement par les faits à ce qu'on admet universellement comme un enseignement classique.

Pour pouvoir sortir de ce chaos, il faut distinguer, distinguer encore, et sans s'inquiéter des réponses que l'on serait tenu de faire si l'on prenait part à un concours, car elles représentent les idées courantes et la moyenne d'à peu près dont se contenteraient les juges, briser sans cesse les anciens cadres afin de les remplacer par d'autres mieux adaptés aux faits dans leur réalité.

C'est ainsi que M. Granger a montré comment les symptômes décrits partout comme caractérisant absolument la pleurésie et ne pouvant appartenir qu'à elle, peuvent se rencontrer, au contraire, en dehors de tout épanchement, de toute fausse membrane pleurétique, dans certaines congestions, d'une forme spéciale, qui occupent la base du poumon. Le diagnostic différentiel devient possible, grâce à certains signes dont on ne s'était pas occupé dans les traités aujourd'hui classiques. Nous aurons bientôt à parler de tout ceci à propos d'un malade qui se trouve actuellement dans son service.

C'est ainsi que, dans les pleurésies véritables, dans les épanchements pleuraux non inflammatoires, etc., il s'est attaché à reconnaître des congestions concomitantes d'un pronostic quelquefois fâcheux. Nous en parlerons ci-dessous.

C'est ainsi que M. Lancereaux, cherchant l'origine de tout cancer dans quelque organe pourvu d'un revêtement épithélial, parvient à en trouver le point de départ souvent très loin de la principale tumeur et où personne ne l'aurait soupçonné. Nous raconterons prochainement un très remarquable diagnostic de ce genre résultat de cette recherche constante du déterminisme.

C'est ainsi que, dans la quantité des phénomènes qu'on décrit comme résultant de l'alcoolisme chronique, il est

déjà, jusqu'à un certain point, parvenu à déterminer et à isoler certains syndromes qui se rattachent à des espèces particulières d'intoxication par telle et telle boisson de natures diverses.

Ce ne sont là que des exemples, que nous citons, parce que nous allons avoir à parler de tout cela à l'occasion de faits cliniques.

Diagnostic de la congestion pulmonaire en cas d'épanchement pleurétique.

Au n° 2 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital Necker, se trouve un malade âgé de 41 ans, albuminurique, atteint d'épanchement pleural et de congestion pulmonaire et qui fournit un exemple très net de cette discordance des signes physiques que M. Granger a fait connaître sous le nom de schème n° 2.

Expliquons ce dont il s'agit.

Lorsqu'un poumon est refoulé par un épanchement, inflammatoire ou non, qui occupe une partie de la hauteur de la plèvre, ce refoulement se traduit, vers le sommet, sous la clavicule, par une résonnance presque tympanique. La sonorité à la percussion est augmentée, le son est plus plein, bien que son timbre soit généralement un peu moins grave.

C'est ce qu'on nomme le bruit skodique, parce que Skoda l'a décrit le premier.

Avec ces modifications perceptibles à la percussion, en coïncident d'autres que revèlent l'auscultation et la palpation.

De ces dernières, M. Granger a montré toute l'importance.

Il a fait voir d'abord que quand il n'existait aucune espèce de complication pulmonaire en pareil cas, la respiration était plus forte, plus retentissante, mieux entendue à l'auscultation et qu'en même temps le retentissement de la voix et les vibrations thoraciques qu'elles provoquaient à ce niveau étaient également plus fortes. Il fallait s'y attendre, du reste, puisque la partie du poumon sur laquelle porte cette recherche, doit suppléer par un excès de fonctionnement ou défaut de fonctionnement des parties comprimées.

Ainsi tout se trouve également accru dans ce premier schème, qui représente l'état de santé du poumon en présence du liquide épanché dans la plèvre; si l'on représente figuralement par des signes mathématiques les résultats obtenus alors, le même signe *plus* affecte à la fois la sonorité, la respiration, les vibrations vocales. Les données fournies par la percussion, la palpation et l'auscultation sont absolument concordantes.

Maintenant qu'on suppose, au contraire, un certain degré de congestion dans ce sommet d'un poumon : aussitôt une discordance s'établit. Les signes physiques se désassocient. Le tympanisme dû au refoulement persiste toujours, la percussion donne un bruit skodique, d'un timbre un peu plus élevé ; les vibrations vocales se trouvent augmentées par une double cause, le refoulement et la congestion même. Mais, loin d'augmenter, la respiration diminue et l'auscultation en fait percevoir les bruits plus faibles. En effet, la présence plus abondante du sang, la congestion nuit nécessairement au fonctionnement de l'organe, où ne peut plus alors se développer l'exagération respiratoire de suppléance. Tel est le schème n° 2, schème de discordance, de dissocciation, ou la sonorité et les vibrations étant affectées du signe *plus*, la respiration, au contraire, est affectée du signe *moins*.

Dans la maladie des reins ou du cœur, on peut rencontrer l'un ou l'autre de ces deux schèmes. En effet il peut arriver : ou bien qu'un épanchement pleural se produise mécaniquement sans que le poumon soit affecté, c'est là le cas le plus fréquent ; ou bien que le poumon lui-même soit congestionné secondairement, comme chez le malade en question.

Mais ces circonstances ne sont pas celles qui donnent le plus d'intérêt au diagnostic absolument précis de la congestion pulmonaire.

C'est en cas de pleurésie simple qu'il importe de bien savoir si le poumon est, ou non, affecté. En effet, depuis très longtemps on a noté les relations qui peuvent exister entre la pleurésie et la tuberculose. Souvent une pleurésie éclate, elle ne prend pas de grandes proportions, elle guérit bien; puis quelques semaines, quelques mois, parfois quelques années plus tard, une phtisie se manifeste. On peut se demander alors s'il n'existait pas de tubercules lors de la pleurésie, et on regrette de ne l'avoir pas vu, car c'est à sa première période que la phtisie pulmonaire est curable.

Or, à cette période, c'est la congestion qui peut permettre de soupçonner la présence des tubercules. Si donc le schème n° 2 revèle, lors de la pleurésie, une congestion concomitante, il faut se mettre sur ses gardes. Mais, c'est surtout quand la pleurésie sera complètement guérie qu'il sera possible de mesurer la portée de la congestion que la diminution de la respiration dans l'espace sous-claviculaire aura permis de reconnaître.

En effet, une pleurésie simple, en l'absence de tout tubercule, peut se compliquer d'un état congestif du poumon de ce même côté. Nous aurons à parler bientôt des congestions qui simulent et compliquent la pleurésie. Mais, sans entrer dans la question de savoir si cette congestion simple, théoriquement possible, aurait souvent pour siège le sommet des poumons, il peut suffire de noter qu'elle tendrait à disparaître en même temps que la pleurésie s'il n'existait pas de lésion locale pour l'entretenir.

Si elle disparaît, le poumon, qui a cessé d'être comprimé, ne présente plus d'augmentation ni de diminution d'aucun bruit. La sonorité, les vibrations, la respiration, reviennent à la fois à l'état normal.

Si la congestion persiste, au contraire, le tympanisme disparaît, il n'y a plus de bruit skodique ; mais les vibrations vocales restent augmentées et l'ampleur de la respiration reste diminuée, sans compter, d'ailleurs, bien entendu, les autres modifications que peuvent subir les bruits respiratoires sous l'influence de la congestion et dont nous avons parlé souvent.

En résumé, toutes les fois qu'on est en présence d'une pleurésie, il faut commencer par rechercher, au moyen des signes indiqués plus haut, si le poumon lui-même est à son sommet dans un état d'intégrité parfaite.

Si on le trouve congestionné, il faut suivre l'évolution de cette congestion, voir si elle persiste, une fois la pleurésie guérie, et dans ce cas, soupçonnant la présence de tubercules, commencer aussitôt un traitement approprié.

Des troubles de la sensibilité dans l'alcoolisme chronique.

Au point de vue des troubles de la sensibilité, les alcooliques peuvent présenter trois états différents : 1° ou bien de l'hyperesthésie ; 2° ou bien de l'anesthésie ; 3° ou bien l'état normal.

Quand on se borne à ces constatations, cela paraît tout simplement une vérité de La Palisse.

Aussi M. Lancereaux, qui a toujours en vue le déterminisme, s'est-il attaché à savoir pourquoi la sensibilité se trouve diminuée chez les uns, augmentée chez d'autres, à peu près normale chez d'autres encore; en d'autres termes, si ces différences ne trahiraient pas, relativement à l'agent toxique, des groupes différents d'intoxiqués.

Or il en est venu à cette conviction que l'hyperesthésie répond à l'absinthisme ; l'anesthésie pure, à l'usage d'autres liqueurs fortes; la sensibilité normale, généralement aux excès de vin.

Chacune de ces classes est représentée en ce moment dans son service à la Pitié.

Des buveurs d'absinthe, qui ont tous deux présenté à une certaine époque une hyperesthésie générale et sont encore hyperesthésiés sur certains points, se trouvent au n° 26 et au n° 29 de la salle Piorry.

Un buveur de vin, atteint de cirrhose sans aucun trouble de la sensibilité, occupe le n° 5.

Des buveurs d'eau-de-vie, de rhum, de liqueurs fortes, qui présentent aux quatre membres des zones d'anesthésie complètement symétriques, se trouvent au n° 2 et au n° 6 de cette même salle.

Nous nous bornerons, aujourd'hui, à signaler ces cinq malades, dont nous parlerons plus en détail dans une prochaine Revue clinique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juillet 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS.

Influence des traumatismes sur les propathies. — M. Verneuil, en répondant à M. Trélat, se propose de circonscrire la discussion à la tuberculose.

J'ai, dit M. Verneuil, dans mon premier discours, soutenu que le traumatisme pouvait réveiller, aggraver la tuberculose comme tout autre état constitutionnel. M. Trélat s'inscrit en faux contre cette opinion et prétend que si l'on veut prouver l'influence du trauma sur une diathèse, il faut chercher un autre exemple que la tuberculose. Pour soutenir cette opinion, M. Trélat s'appuie sur ce fait que la tuberculose procède par poussées, et que l'aggravation constatée chez des tuberculeux blessés aurait pu se produire sans l'influence du traumatisme. Toutefois il accorde que ce traumatisme peut avoir compromis quelque peu ces malades et ajouter un nouveau fardeau à celui que leurs épaules ne pouvaient déjà plus porter.

C'est là une concession dangereuse que me fait M. Trélat; en effet, on a toujours accordé une grande importance à la dernière goutte qui fait déborder le vase. Or, si le traumatisme représente cette dernière goutte, il ne faut pas le traiter à la légère.

Cela veut-il dire qu'on ne doive plus toucher aux tuberculeux, comme me le fait dire M. Trélat? C'est là une exagération contre laquelle je proteste. L'une des principales objections de M. Trélat porte sur le petit nombre de faits que j'ai indiqués. En voici d'autres :

M. Verneuil communique ici, à l'appui de l'opinion qu'il soutient, un assez grand nombre d'observations dont voici le résumé :

Résection de l'épaule chez un paysan alcoolique, atteint de bronchite ancienne, provoquant en peu de jours une pleurésie purulente partie du sommet d'un poumon tuberculeux; — pneumonie caséeuse enlevant rapidement, après une hémorragie secondaire, un phtisique amputé de la jambe par une ostéo-arthrite tibio-tarsienne ; — opération d'une fistule anale par la ligature élastique chez une femme légèrement tuberculeuse, fièvre, pneumonie caséeuse, mort; — fistule anale opérée par le thermo-cautère, chez un garçon de 20 ans très légèrement tuberculeux, granulie aiguë, mort.

Outre ces observations personnelles, M. Verneuil cite des cas analogues de Bouisson, Demarquay, Tuffier, etc.

Dans un mémoire de Wolckers sont relatées 119 opérations avec 30 décès, sur lesquels 7, soit 23 p. 100, sont dus à la tuberculose. Neumeister cherche à démontrer que les opérations pratiquées pour les lésions fongueuses des articulations sont très souvent suivies de mort par tuberculose; ainsi, sur 46 morts, 31 sont à la charge de la tuberculose. Leroux, dans sa thèse, déclare que dans la moitié des cas d'amputations ou de résections pratiquées chez des tuberculeux, la maladie générale est aggravée. MM. Berger, Périer, Maunoury, ont publié récemment des observations très concluantes. Que M. Trélat interroge les accoucheurs, il verra ce que l'on doit penser de l'influence de l'accouchement sur la marche de la tuberculose.

M. Verneuil arrive ensuite à la méningite tuberculeuse; il fait observer qu'il n'a jamais accusé le traumatisme de produire la méningite, mais bien de provoquer l'éclosion de cette affection chez des individus prédisposés. Il laisse de côté les faits de méningite tuberculeuse produite par un traumatisme sur le crâne, ainsi que les tubercules situés au centre du cerveau et aggravés par une opération.

Pour ce qui est de la vraie méningite, il rappelle en avoir cité des cas dans son premier discours. En 1875, il soignait un enfant coxalgique; à la suite d'un simple redressement de son membre, cet enfant fut emporté en quelques jours par une méningite. Roux, Krackowiser, Sayre, Jacob W..., Esmarch, Neumeister, etc., citent des faits analogues.

Il résulte des renseignements fournis à M. Verneuil par des médecins, en particulier par M. Dumontpallier, par M. Cadet de Gassicourt, que la plus petite intervention chirurgicale, une simple ponction, peut favoriser singulièrement le développement d'une méningite tuberculeuse.

En présence de ces faits, M. Trélat acceptera la succession des phénomènes, mais il n'y verra qu'une coïncidence, une terminaison fortuite. A cela M. Verneuil répond qu'il admet la possibilité d'une simple coïncidence, qu'il reconnaît l'indépendance lorsqu'un temps assez long, trois mois par exemple, séparent le trauma du début de la méningite. Mais quand l'intervalle qui les sépare est très court, la corrélation s'impose. Or c'est précisément ce qui eut lieu dans un grand nombre de faits cités par MM. Lannelongue, J. Bœckel, Mac Ewen, Turier, Anger, Cadet de Gassicourt, Esmarch, etc. Il est impossible de ne voir qu'une coïncidence dans tous ces faits. Pour M. Verneuil, la dépendance étiologique, la relation intime de cause à effet n'est pas douteuse. L'explication n'en est pas facile. M. Verneuil admet deux processus pathogéniques : 1° en cas de lésions viscérales préexistantes mais latentes, l'excitation provoquée par le traumatisme porte spécialement son action sur le point taré, sur le lieu de moindre résistance; 2° en cas de foyer tuberculeux unique, mais irrité directement par le trauma, M. Verneuil croit à une auto-inoculation, à une pénétration directe de l'agent tuberculeux, soit dans les lymphatiques, soit dans les urines. Ce ne sont là d'ailleurs que des hypothèses.

En résumé, dit M. Verneuil, je veux qu'on se défie des opérations chez les tuberculeux, parce qu'elles ont des inconvénients, parce qu'elles sont rarement curatives, parce qu'elles peuvent entraîner des accidents redoutables. En faut-il conclure que j'interdis toute opération chez les tuberculeux? Au temps où nous étions toujours menacés de la pyohémie, je ne proscrivais pas pour cela les opérations y prédisposant. L'érysipèle règne toujours : cela m'empêche-t-il d'opérer sur le visage, son lieu d'élection? La crainte du tétanos me fait-elle interdire les opérations sur les extrémités? Je continuerai donc à opérer les tuberculeux qui en auront réellement besoin. Mais je n'oublierai pas la tuberculose miliaire généralisée ni la méningite tuberculeuse.

M. TRÉLAT, en répondant à M. Verneuil, tient à rappeler exactement ce qu'il a dit relativement aux tuberculeux. Il a dit qu'il fallait les tenir en grande défiance, les examiner avec grand soin, dresser exactement le bilan de leur état pathologique; il a dit enfin qu'il ne fallait intervenir chez eux que si les lésions externes étaient seules causes de leurs souffrances, tandis qu'il valait mieux s'abstenir en présence de la tuberculose viscérale. M. Verneuil donne-t-il d'autres conseils, ajoute M. Trélat; notre conduite n'est-elle pas la même? Nous ne différons que par des apparences de doctrine, M. Verneuil disant : Défiez-vous du tuberculeux, parce que le traumatisme aggrave la propathie et cause ainsi la mort; moi disant : Défiez-vous du tuberculeux, parce qu'il peut être menacé d'accidents mortels et que, dès lors, votre opération peut être vaine ou au moins inutile.

Pour M. Verneuil, le traumatisme est une entité morbifique, une puissance étrange dont l'action devient au moins aussi difficile à comprendre que celle du choc. Petit ou grand, il exerce la même action et la ponction d'un abcès prend place à côté de la résection de la hanche. Voilà ce que M. Trélat ne saurait admettre; selon lui, le traumatisme comporte des actes divers : l'émotion morale, la perte de sang, la réparation; chacun de ces actes entraîne un affaiblissement de l'économie dont il y a lieu de tenir compte, qui sera d'autant mieux supporté que l'organisme est plus indemne, plus normal.

En résumé, les nombreux faits apportés par M. Verneuil sont d'un grand intérêt pratique et, quelque dissidence qui nous sépare au point de vue doctrinal ou mieux au point de vue de la formule, il n'y en a aucune au point de vue de la pratique ni de l'enseignement. Nous pratiquons et nous enseignons les mêmes principes; l'un et l'autre nous tenons le plus grand compte de l'état général du futur opéré.

M. DESPRÉS. M. Trélat a dit qu'il était difficile d'apprécie l'état d'un tuberculeux : je proteste contre cette proposition. On voit, dans les observations dont il vient d'être question, que beaucoup d'opérateurs ont procédé à la légère. Un chirurgien expérimenté ne se trompe pas dans cette appréciation. Il y a des guides sûrs, ce sont les antécédents personnels et héréditaires du malade; il faut donc l'interroger avec soin, le soumettre à une observation prolongée et attentive, voir s'il maigrit, s'informer de la façon dont se font ses digestions. Après quinze jours, je suis fixé et opère à coup sûr. J'opère tous les fistuleux qui ne sont pas arrivés à la dernière période de la tuberculose, cas dans lequel on peut voir la plaie opératoire elle-même devenir tuberculeuse. L'opération n'aggrave pas une tuberculose commençante, elle n'est à redouter que chez les tuberculeux arrivés à leur déclin.

Rupture de l'intestin. — M. BOUILLY donne lecture d'une observation : Coup de pied de cheval, rupture de l'intestin, péritonite suraiguë, laparotomie, résection et suture de l'intestin, mort au dixième jour.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel des maladies mentales (1), par M. le docteur Marie BRA, ancien interne de Sainte-Anne.

En écrivant ce manuel des maladies mentales, l'auteur n'a pas voulu faire une simple compilation. Il s'est surtout proposé de mettre entre les mains des étudiants et des médecins un livre concis et complet, dans lequel les formes principales de l'aliénation mentale soient mises en relief, dégagées des généralités qui les obscurcissent et tiennent peu de place dans la pratique. Pendant trois années d'internat passées à étudier les aliénés sous la direction de maîtres éclairés, M. Bra a pu se convaincre des desiderata et des exigences de l'enseignement. Malgré le grand nombre de publications magistrales sur les maladies mentales, nous n'avons pas, en France, d'ouvrage donnant, sous une forme suffisamment brève, un exposé complet des recherches modernes.

Dans le groupement des maladies mentales, M. Bra adopte la classification basée sur l'étiologie. Malgré ses imperfections, cette classification est encore celle qui se prête le mieux à une exposition claire et méthodique; c'est un pis-aller qu'il faut subir, tant que l'aliénation mentale ne repose pas sur sa base vraiment scientifique, l'anatomie pathologique.

Après avoir consacré quelques pages à des sujets de pathologie générale, aux hallucinations, aux illusions, à l'automatisme, l'auteur divise les folies en sept groupes distincts :

I. Vésaniques (sans lésions actuellement bien déterminées). — A. Délires généralisés (manie, mélancolie, folie circulaire). — B. Délires partiels (délire des persécutions, folie religieuse, folie du doute, dipsomanie). — II. Névropathiques (hystérique, épileptique, choréique, cataleptique, etc.). — III. Diathésiques (rhumatismale, goutteuse, tuberculeuse, syphilitique). — IV. Sympathiques (génitale, puerpérale). — V. Toxiques (alcoolique, saturnine). — VI. Organiques (délire aigu, paralysie générale, démence). — VII. Congénitales ou morphologiques (idiotie, imbécillité, crétinisme).

Après avoir passé en revue ces diverses affections, M. Bra réserve un dernier chapitre à l'interrogation des aliénés, à la folie simulée et à quelques considérations pratiques sur la loi du 30 juin 1838 qui régit les aliénés.

Les médecins et la loi du 19 ventôse an XI (1), par M. RENÉ ROLAND, avocat, professeur à la Faculté libre de droit de Lille.

Cette étude historique et juridique sur l'organisation de la profession médicale et sur ses conditions d'exercice est dédié par l'auteur aux médecins et aux élèves en médecine.

M. Roland a eu surtout en vue de vulgariser, sous une forme accessible à tous, les principes de notre droit sur les conditions d'exercice de l'art médical. Interprétant la loi de ventôse an XI et les textes postérieurs qui l'ont corrigée ou complétée, l'auteur s'efforce de mitiger les sévérités du droit par les curiosités de l'histoire et de jeter ainsi quelque intérêt sur une matière souvent fort aride dans ses détails.

Suivant pas à pas le texte de la loi, M. Roland a eu souvent à indiquer les vices et à signaler les lacunes de cette législation surannée. Depuis longtemps le monde médical sollicite des réformes, l'auteur résume ses doléances et ses critiques et se fait l'écho de ses justes réclamations.

Ce travail, qui précise le débat, sera donc lu avec utilité par ceux qui, par leur profession même, doivent concourir à la solution de ces difficiles problèmes.

Carte du relief de la France (2), par EUGÈNE GUILLEMIN, d'après la carte de l'État-major (échelle de 1/3,000,000e).

Ce travail est une réduction par la photogravure d'une carte au 1/800,000e qui a figuré à l'Exposition universelle de 1878. L'auteur s'est servi uniquement des courbes du nivellement général de la France relevées par le Dépôt de la guerre.

La carte de M. Guillemin est le dessin du plan relief idéal qui serait construit au moyen de gradins horizontaux, correspondant à ces courbes de nivellement, dont l'équidistance est de 100 mètres et dans la supposition d'un éclairage par la lumière oblique. Du niveau de la mer au sommet du mont Blanc, on ne compte pas moins de quarante-huit courbes de nivellement. Ce nombre indique suffisamment quel soin a dû présider à un pareil travail, qui n'a pas encore, que nous sachions, été tenté pour une contrée d'une telle étendue.

La méthode suivie permettait mieux que toute autre, on le

---

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

(1) In-8. Prix : 3 francs. — Paris, Arthur Rousseau, 14, rue Soufflot.
(2) Une feuille demi-colombier, papier fort. — Prix : 3 francs. — Paris, E. Bertaux, 25, rue Serpente.

comprendra sans peine, d'arriver à une représentation du terrain pour ainsi dire mathématique et de sortir absolument des formes conventionnelles si fausses, admises jusqu'à ces derniers temps dans la confection des cartes. Elle se prêtait également bien à la production d'un effet saisissant de relief.

Sur ce dessin, les courbes peuvent se suivre facilement à la vue simple, sauf pour les parties abruptes des hauts sommets, où leur rapprochement rendait leur confusion inévitable, quoique sans dommage pour le coup d'œil.

L'exactitude non plus n'est pas altérée nulle part, car l'éclairage ou l'ombre portée des courbes ont seuls servi à produire l'effet de relief dans la carte primitive dont celle-ci est la réduction par la photogravure.

A cette carte il est joint, sans augmentation de prix, une brochure explicative avec cartes dans le texte, par J.-B. Pasquier, professeur d'histoire et de géographie au lycée Saint-Louis et à l'École normale de Saint-Cloud.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINS DES COLONIES

A AMSTERDAM, EN SEPTEMBRE 1883.

Le comité d'organisation a l'honneur de rappeler que le Congrès s'ouvrira le 6 septembre prochain à midi, et durera au moins jusqu'au 8 septembre inclusivement.

Le comité est en mesure d'annoncer les rapports et les communications suivants :

1° Les quarantaines. — Rapports : Dr F. de Chaumont, professeur d'hygiène à Netley (près Southampton). Dr F.-J. Van Leent, médecin en chef de première classe de la marine néerlandaise, à Amsterdam. — Communication : M. L.-A. Kruyt, consul des Pays-Bas, à Djeddah.

2° Éducation spéciale des médecins des colonies. — Rapport : colonel B.-E.-J.-H. Becking, ancien chef du service médical aux Indes-Orientales néerlandaises, à Utrecht. — Communication : Dr Dyce Duckworth, à Londres.

3° Hygiène des professions, cultures et métiers insalubres dans les colonies. — Rapports : Dr J. da Silva Amado, professeur d'hygiène à l'École médicale de Lisbonne. Sur la colonisation européenne dans les pays chauds. — Dr G. van Owerbeek de Meyer, professeur d'hygiène à l'Université d'Utrecht.

4° Des modifications que subissent certaines maladies, et en particulier les maladies infectieuses, sous l'influence des climats tropicaux. — Rapports : Dr Walther, inspecteur du service médical de la marine française, à Paris. Dr Norman Chevers, ancien professeur de médecine à Calcutta, Londres.

5° De la phtisie dans les colonies et les climats tropicaux. — Rapport : Dr B. Carsten, inspecteur adjoint du service médical, à La Haye.

6° Du traitement des maladies exotiques et tropicales dans les climats modérés. — Rapports : Sir Joseph Fayrer M. D. Surgeon-general, médecin du ministère d'État pour les Indes, etc., à Londres. — Dr A. Le Roy de Méricourt, médecin en chef de la marine française, etc., à Paris. — Dr Joseph Edwart, Deputy Surgeon-general, etc., à Londres. — Dr A. Corre, médecin de première classe de la marine française, professeur à l'École de médecine navale à Brest. — Communication : Dr Jac. Baart de La Faille, à Leeuwarden.

Communications en dehors du programme. — Dr F.-A. Eklund, médecin de première classe de la marine royale suédoise, à Stockholm. Du diabète sucré.

Dr Bonnafont, ancien médecin principal de l'armée française, à Paris. Sur le mode de drainage du sol par l'Eucalyptus, etc. — Pourquoi les fièvres dites pernicieuses offrent plus de danger dans un climat tropical que dans un climat modéré.

Dr E. Waring (late of the « *Madras medical service* »), à Londres. Sur quelques médicaments indigènes des pays tropicaux.

Dr B. Scheube, professeur agrégé à l'Université de Leipzig. Sur le béribéri.

Dr J.-B. Scriven, brigade-surgeon, à Londres. Du traitement des fièvres de malaria par les injections sous-cutanées de quinine.

Dr Schuster, à Aix-la-Chapelle. Sur l'élimination du mercure, introduit dans le corps par la peau.

Dr M.-W.-C. Gori, professeur agrégé à l'Université d'Amsterdam. Sur le transport des malades et blessés par les voies ferrées dans les pays tropicaux.

M. le professeur Dr Van den Corput, de l'Université de Bruxelles, désire fixer l'attention du Congrès sur les points suivants : — 1° La géographie médicale dans ses rapports avec l'étiologie pathologique. Recherche et détermination des facteurs qui produisent l'absence ou la fréquence des maladies telles que le cancer et la tuberculose dans certaines contrées ou sous certains climats. — 2° Fondation d'une ligue médicale internationale, ayant pour but de s'instruire mutuellement du développement épidémique des maladies infectieuses et d'instituer les mesures les plus propres à en prévenir ou à en limiter l'extension. Création de bulletins nosologiques internationaux. — 3° Enquête internationale sur les causes de l'ivrognerie et sur les affections qui en dérivent. Recherche des moyens les plus propres à réprimer l'abus des alcooliques. — 4° Déterminer les influences que les progrès de la civilisation moderne ont exercées sur la nature et le traitement des maladies.

Pour les détails concernant l'organisation du Congrès, le comité renvoie au règlement précédemment publié (voyez *Gazette des hôpitaux* du 20 mars 1883). Il prie instamment les personnes qui se proposent de prendre part au Congrès de lui en donner avis avant le 15 août prochain, en indiquant s'ils désirent que le comité leur procure un logement.

Amsterdam, juillet 1883.

Pour le comité d'organisation :

Prof. Dr Stokvis, *président*.

Dr Van Leent, *secrétaire général*.

N.-B. Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées au secrétaire général, Dr Van Leent, place Rembrandt, — rue d'Utrecht, Y 2, à Amsterdam.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans sa séance de jeudi 26 juillet, la Chambre des députés a voté, à l'unanimité, l'ouverture, au ministère du commerce, d'un crédit extraordinaire de 50,000 francs, destiné à couvrir les dépenses d'une mission sanitaire en Égypte.

— Le Conseil supérieur de l'instruction publique, réuni en session ordinaire, a adopté dans sa séance du 25 juillet les trois projets de décrets suivants, qui lui avaient été soumis relativement à l'enseignement de la médecine :

Le premier fixe le régime d'études des aspirants au titre d'officier de santé : tout candidat, en prenant sa première inscription, doit justifier, à défaut d'un diplôme de bachelier, du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle.

Le second projet de décret concerne les Écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie ; il accorde aux aspirants au doctorat en médecine, élèves de ces Écoles, le privilège nouveau d'y prendre seize inscriptions.

Un troisième projet de décret réorganise les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, fixe à 2,500 francs le traitement des professeurs titulaires, ajoute la physique aux matières de l'enseignement, établit six professeurs suppléants au lieu de quatre, et impose aux villes l'obligation de mettre à la disposition des Écoles une ou plusieurs salles consacrées aux maladies des enfants.

— *Choléra.* — La situation reste mauvaise ; le chiffre des victimes s'est élevé, depuis le jour où le choléra est apparu en Égypte, jusqu'au 24 juillet, à 6,741.

Les décès ont été pour les deux journées du 24 et du 25 juillet :

24 juillet : le Caire, 367 ; Chirbine-el-Kom, 71 ; Ghizeh, 58 ; Tantah, 28 ; Mehallet-el-Kébir, 31 ; Ziftah, 21, et Belcasse, 21 ; soit 597.

25 juillet : le Caire, 365 ; Tantah, 30 ; Menouf, 15 ; Alexandrie, 2 ; province de Calioubieh, 167.

— *Concours de l'agrégation.* — La soutenance des thèses du concours de la section d'histoire naturelle commencera demain samedi 28 juillet 1883, à 4 heures. Elle aura lieu dans l'ordre suivant :

28 juillet. M. Granel, argumenté par MM. Blanchard et Mangenot. — M. Macé, argumenté par MM. Beauvisage et Henneguy.

30 juillet. M. Beauvisage, argumenté par MM. Macé et Granel. — M. Henneguy, argumenté par MM. Mangenot et Beauvisage.

31 juillet. M. Blanchard, argumenté par MM. Henneguy et Macé. — M. Mangenot, argumenté par MM. Granel et Blanchard.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Paul Dubois, membre du Conseil municipal de Paris, médecin du Dispensaire de salubrité, décédé le 25 juillet, à l'âge de 42 ans.

— Par décret, en date du 24 juillet, MM. les docteurs Jamin, Levaillant, Hervéon, Dupeyrat, Dutertre, Porte, Ausset, Ollivier, Repéré, Boursot, Bornèque, Merz, Bernard et Catois sont nommés médecins aides-majors de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve. (Emplois vacants par organisation.)

— Par arrêté du préfet de la Seine en date du 18 juillet, MM. les docteurs Guerlin, Roussel, Delthil, Caillette, Mazars, Baudet, Laman, Reulos, Vosy, Verrollot, Durand, Pachot, Foucher, Garavel, Putel, Bezançon, Tariote, Hellet, Salis, Augier et Pouillet sont nommés, pour trois ans, médecins inspecteurs des écoles primaires et maternelles communales des cantons de Charenton, de Sceaux, de Villejuif, de Vincennes, de Neuilly et de Pantin.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Un concours public pour la nomination de douze élèves internes et d'un nombre d'internes provisoires à fixer au moment du concours s'ouvrira le lundi 8 octobre 1883.

— *Hospice général de Tours.* — Un concours pour la nomination à trois places d'interne en pharmacie et à quatre places d'interne provisoire du même service aura lieu le mardi 21 août 1883, à 9 heures du matin.

S'adresser, pour plus amples renseignements, au pharmacien en chef de l'hospice général.

— M. le docteur Javal est chargé d'une mission ayant pour objet la visite, au point de vue spécial des questions relatives à l'hygiène, des écoles de l'Empire d'Autriche-Hongrie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Bouchardat et Gautier, agrégés libres, rappelés à l'exercice pour la durée du concours d'agrégation de médecine (section de physique et chimie), sont prorogés dans ces fonctions jusqu'au 1er septembre 1883.

— L'excursion géologique dirigée par M. Stanislas Meunier, que nous avons annoncée dans un précédent numéro, aura lieu conformément à l'itinéraire suivant, en Anjou et en Bretagne.

Première journée, jeudi 2 août : de Paris à Angers.
Deuxième journée, vendredi 3 août : environs d'Angers.
Troisième journée, samedi 4 août : Montjean et La Pommeraye.
Quatrième journée, dimanche 5 août : Nantes.
Cinquième journée, lundi 6 août : Cop-Choux et Mouzeil.
Sixième journée, mardi 7 août : environs d'Ancenis.
Septième journée, mercredi 8 août : Arthon.
Huitième journée, jeudi 9 août : Pornic et l'île de Noirmoutiers.
Neuvième journée, vendredi 10 août : Retour à Nantes, départ pour Paris, arrivée le samedi 11 août.

— *Erratum.* — Page 646, dans la liste de nomination des agrégés (section de chimie) au lieu de : M. Blanc pour la Faculté de Lyon, il faut lire : M. Blarez pour la Faculté de Bordeaux.

Manuel des maladies mentales, par le docteur Maria Bra, ancien interne de Sainte-Anne. 1 vol. in-12. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14848.

N° 87. — MARDI 31 JUILLET 1883. 56e ANNÉE. MARDI 31 JUILLET 1883. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. I. Sur une forme de vaginite non spécifique survenant chez des femmes âgées. — II. Corps étranger des fosses nasales chez un jeune enfant. Noyau de cerise. — — III. Lymphangite survenant dans le cours d'un eczéma des mains. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. De la syphilis héréditaire tardive. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

I. Sur une forme de vaginite non spécifique survenant chez des femmes âgées. — II. Corps étranger des fosses nasales chez un jeune enfant. Noyau de cerise. — III. Lymphangite survenant dans le cours d'un eczéma des mains.

(Leçon recueillie par M. BRUNON, interne du service.)

I. Plusieurs fois déjà j'ai remarqué que quelques-uns d'entre vous étaient étonnés de voir, à notre séance de spéculum, une malade présentant tous les symptômes d'une vaginite et cependant pouvant être considérée à peu près sûrement comme hors d'atteinte de tout coït contaminant ou non. Cette femme, âgée, ne portait pas de pessaire, et elle ne pouvait avoir cette vaginite sur laquelle j'ai déjà insisté et qui est due exclusivement à l'usage du pessaire.

Voici un autre fait tiré de ma clientèle. Une dame, âgée de 83 ans, vivant isolée au milieu de deux domestiques femmes et à l'abri de tout soupçon, se plaint d'un écoulement vaginal abondant avec sensation de brûlure au moment de la miction. Je l'examine au spéculum et je constate un état inflammatoire des plus francs !

Tout d'abord je fus un peu étonné, comme vous l'avez été l'autre jour, mais je me mis à chercher la cause de ces accidents, bizarres à première vue. Enfin je trouvai, c'est-à-dire que je pus reconstituer comme il suit la marche des faits :

J'examinai d'abord l'urine ; elle était chargée d'urates en excès, et j'appris que depuis plus d'un mois le même dépôt se formait. Depuis cette même époque, depuis un mois environ, ma malade restait enfermée chez elle contrairement à ses habitudes antérieures ; sa santé était bonne, mais son grand âge lui rendait de plus en plus insupportable le bruit, le mouvement, l'agitation des rues. Ce n'est pas tout, depuis plus de trois mois la miction était difficile et incomplète. La malade nous avoue elle-même qu'immédiatement après la miction et une fois couchée, elle se sentait mouillée par l'urine, qui s'écoulait involontairement. Ce dernier détail fut pour moi un signe révélateur et vous prévoyez maintenant l'enchaînement des faits : chez cette vieille dame il y avait eu d'abord paralysie incomplète du col de la vessie ; miction avec incontinence.

Où l'urine avait-elle tendance à couler, surtout dans le décubitus dorsal ? Dans la vulve. De là inflammation de la muqueuse à l'entrée du vagin et enfin propagation aux parties profondes, comme toujours.

Ne voyons-nous pas tous les jours un mécanisme presque identique produire l'érythème des fesses chez les petits enfants ? Dans la conjonctivite non purulente, ne voyez-vous pas survenir l'érythème des joues ? Dans les deux cas, un liquide plus ou moins profondément modifié dans sa composition physiologique vient irriter des régions à qui leur structure ne permet pas impunément ce contact.

La seconde malade que j'ai à vous citer est celle que nous examinons au spéculum depuis quelque temps. Elle est plus jeune que la précédente, mais elle n'a eu aucun rapport sexuel, et c'est pendant son séjour à l'hôpital que la vaginite a commencé ; elle était en traitement pour un abcès du foie. Depuis sa sortie elle n'a pas de rapports avec son mari, qui est gravement malade.

Chez elle aussi l'urine a été chargée d'urates, et elle a eu, pendant sa maladie, un peu d'incontinence d'urine. Enfin vous avez vu que non seulement il y avait chez elle une vaginite, mais encore une urétrite manifeste.

Vous voyez ici une explication naturelle de la *vaginite des femmes âgées*. Vous verrez que nulle part, dans vos livres, on ne fait mention de ces faits. Il est bien entendu que j'excepte les cas de fistule vésico-vaginale où la vaginite s'explique suffisamment sans qu'il soit besoin d'insister.

II. Avant-hier, un employé de cet hôpital m'apporta son jeune enfant qui s'était introduit un noyau de cerise dans la fosse nasale gauche. L'interne de garde était dans les salles, il recommanda au père de s'abstenir de toute manœuvre et de m'amener le petit malade immédiatement.

Chez les très jeunes enfants, — et ici il s'agit d'un garçon de trois ans, — l'extraction d'un corps étranger des fosses nasales peut présenter de réelles difficultés et même être le point de départ de phénomènes asphyxiques graves. En effet, pendant les manœuvres d'extraction, l'enfant indocile pleure, crie et se débat. Le corps étranger peut alors passer dans l'arrière-cavité des fosses nasales et de là tomber dans le larynx.

Vous voyez donc qu'on ne saurait prendre trop de précautions.

La première indication consiste à bien choisir le procédé d'extraction convenable.

On en recommande généralement trois :

1° La curette ordinaire, bonne surtout quand le corps étranger est dans la narine et bien visible ;

2° La pince à griffe ;

3° Ou encore l'injection nasale faite par la narine où le corps étranger n'est pas et pour repousser d'arrière en avant le corps étranger.

Chez l'adulte, ces moyens ont plus de chances de succès que chez l'enfant.

Les adultes sont maîtres de leurs mouvements et secondent le chirurgien, car, en supposant que la manœuvre qui a pour but l'extraction du corps étranger ait au contraire pour effet de le repousser, il tomberait dans l'œsophage. Chez l'enfant il n'en est plus de même, le corps étranger peut tomber dans le larynx et peut nécessiter la trachéotomie immédiate.

C'est en prévoyant cet accident que j'examinai avec soin la fosse nasale de l'enfant, pendant que je lui faisais maintenir solidement la tête.

Je ne vis pas le noyau. J'explorai alors avec un stylet que je poussai le plus doucement possible. Cette fois je sentis le noyau. Il fallait le repousser ou l'extraire. Je choisis l'extraction. Vous savez maintenant pourquoi.

J'employai la curette articulée que Le Roy d'Étiolles a inventée pour aller à la recherche des corps étrangers de l'urètre. Je vous engage, dans les cas semblables, à employer cet instrument extrêmement commode en pareille circonstance, et voici comment vous devez le manier : tout d'abord vous devez passer doucement au-dessous du corps étranger en suivant la paroi inférieure de la fosse nasale ; puis vous poussez l'instrument jusqu'à ce que vous soyez arrêté par la paroi postérieure du pharynx. A ce moment, vous recourbez la pointe de l'instrument avec le pas de vis placé dans la tige.

Vous aviez introduit un instrument *rectiligne,* vous allez retirer un instrument *en crochet.*

Pour amener le corps étranger en même temps, vous faites basculer la curette de telle façon que l'extrémité de son crochet aille racler la fosse nasale de haut en bas et d'arrière en avant. En même temps vous soulevez ainsi le corps étranger et vous le poussez vers la partie la plus étroite des fosses nasales, c'est-à-dire la paroi supérieure.

Il suffit alors d'attirer à vous l'instrument, le corps étranger l'accompagne avec une docilité étonnante.

S'il s'agissait d'un corps rugueux comme le fragment de tube de plomb dont a parlé Chassaignac, il en serait tout autrement. Dans ces cas, quelque précaution que l'on prenne, l'extraction est extrêmement pénible et on a été obligé de recourir à des débridements de la narine pour frayer une voie suffisamment large.

III. On sait qu'il est tout à fait exceptionnel de voir survenir un érysipèle compliquant une ulcération de nature arthritique scrofuleuse ou syphilitique. Cette rareté avait même conduit à admettre l'influence curatrice de l'érysipèle.

Dans un cas de lupus ulcéré, j'ai essayé de produire l'érysipèle à cinq ou six reprises différentes, mais je n'y suis parvenu qu'en produisant un grand refroidissement et en laissant l'ulcère sans aucun pansement, les vêtements frottant sur l'ulcère et l'irritant.

Ce fait rare a été publié dans l'article Érysipèle du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

Chez la femme couchée au n° 1 de la salle Sainte-Rose, il s'agit d'un eczéma arthritique qui occupe la face dorsale des deux mains. Vous avez pu remarquer l'aspect un peu spécial de cette affection dans le cas actuel ; un semis de petites élevures, là simples papules, ici véritables petites vésicules, reposant sur une base commune tuméfiée. C'est bien là la physionomie de l'eczéma des arthritiques.

La main gauche a été atteinte au mois de mars, la droite à la fin du mois d'avril ; mais aujourd'hui toutes deux sont arrivées au même point de l'évolution eczémateuse.

Trois jours après l'entrée de la malade dans le service, nous avons constaté la présence d'une traînée rouge, très nette, étendue du pouce droit au coude et siégeant le long du bord cubital de l'avant-bras. Toute cette région était tuméfiée et légèrement douloureuse à la pression.

Cette traînée de lymphangite s'est étendue peu à peu et ce matin elle arrive jusqu'à l'aisselle.

Il n'y a jamais eu de fièvre et, remarquez bien ceci, pas de ganglions, ainsi que cela est la règle.

Mais le fait sur lequel je veux tout particulièrement attirer votre attention, c'est la rareté excessive de la lymphangite dans le cours d'un eczéma. L'érysipèle est déjà rare dans les mêmes circonstances, mais la lymphangite l'est encore davantage.

Maintenant nous est-il possible de saisir les causes occasionnelles de cette lymphangite ? C'est difficile ; cependant je crois qu'on peut ici incriminer deux circonstances : d'abord le voisinage d'une fenêtre mal fermée, ce qui a permis à notre malade d'être exposée au froid, et c'est le bras du côté de la fenêtre qui a été atteint de lymphangite, puis la présence, sur la peau de la première phalange du pouce, d'une petite éraillure de l'épiderme.

C'est de cette fissure irritée que l'inflammation est partie comme elle aurait pu le faire chez un malade dont les mains n'auraient présenté aucune éruption dartreuse.

Le traitement, dans le cas actuel, a été très simple. Nous avons d'abord fait de la révulsion par des badigeonnages avec la teinture d'iode sur la traînée rouge ; puis nous avons immobilisé le membre, et nous avons pansé la petite plaie de la main avec des cataplasmes de fécule et des compresses d'eau de fleurs de sureau.

Est-ce une pure coïncidence ? Toujours est-il que la rougeur a montré une tendance vers la guérison dès que la lymphangite est survenue.

La malade a quitté l'hôpital presque entièrement guérie, mais je ne pense pas que la guérison soit définitive.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De la syphilis héréditaire tardive (1).

V

Après vous avoir décrit dans la dernière leçon l'érosion dentaire, je vous ai dit que trois doctrines à son sujet se trouvaient en présence : la première soutenue par M. Magitot et dans laquelle l'érosion n'avait rien à voir avec la syphilis, mais se rattachait à l'éclampsie ; la seconde, au

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 juillet 1883.

contraire, professée et défendue par MM. Parrot et Hutchinson, où l'érosion résultait exclusivement de la syphilis ; enfin une troisième à laquelle je me rattache absolument et dans laquelle la lésion pouvait relever aussi bien de divers états organiques que de la syphilis.

Il s'agit maintenant de passer ces diverses opinions en revue afin d'en dégager la vérité :

1° *Doctrine éclamptique.* — D'après M. Magitot, l'érosion dentaire serait d'origine éclamptique et s'observerait chez des sujets qui, dans leur première enfance, auraient eu des convulsions de quelque nature qu'elles fussent. Défendant cette théorie aussi scientifiquement que possible, son auteur a publié, dans son livre sur les anomalies du système dentaire, 42 ou 43 observations se rapportant à des individus qui tous avaient eu des accidents convulsifs dans leur enfance. Il a même ajouté que toute érosion dentaire était en rapport chronologique avec l'âge auquel les convulsions étaient survenues, de telle sorte que l'érosion était d'autant plus au sommet de la dent que l'enfant était jeune lorsqu'il avait eu ses premières convulsions; elle était d'autant plus éloignée du sommet, au contraire, que l'enfant était plus âgé à l'époque des convulsions.

Je ne contesterai certainement pas qu'il y ait là une série d'observations qui légitiment cette interprétation que certaines érosions dentaires soient la conséquence de l'éclampsie; mais où je me sépare de l'auteur, c'est lorsqu'il veut que l'éclampsie en soit la cause unique. Ceci, je ne puis l'admettre, car un très grand nombre de sujets présentent des érosions sans avoir jamais eu la moindre convulsion dans leur enfance. Je pourrais vous citer, entre autres faits, celui d'un jeune enfant que je soigne avec M. Blache, qui n'a jamais eu de convulsions, et cependant il présente des érosions typiques, mais il est atteint de syphilis héréditaire. Je n'insiste pas davantage et je dis : Oui, l'éclampsie peut être la cause de l'érosion dentaire, mais elle n'en est pas la cause unique.

2° *Doctrine syphilitique.* — Ce que je viens de dire pour l'éclampsie s'applique complètement à la syphilis, dont la doctrine a eu son origine en Angleterre et qui est soutenue actuellement en France par M. Parrot. Oui, il est parfaitement vrai que la syphilis tient sous sa dépendance un certain nombre d'érosions dentaires, mais il est non moins vrai que toutes les érosions ne procèdent point d'elle. Les faits qui le prouvent sont également très nombreux. Je me bornerai à vous citer le cas absolument probant d'un de mes plus intimes amis, dont je connais la vie comme je connais la mienne, qui n'a jamais eu le moindre accident syphilitique, dont la femme n'a jamais eu la syphilis et dont le fils, actuellement âgé de 18 ans, présente sur ses dents quatre érosions parfaitement nettes.

Du reste, la syphilis n'existe pas chez les animaux et cependant des érosions dentaires ont été, chez un certain nombre d'entre eux, maintes fois constatées ; telles sont, par exemple, une incisive de bœuf (collection de M. Magitot), la mâchoire d'un chien récemment présentée à la Société d'anthropologie. D'où je conclus que l'érosion dentaire peut se produire en dehors de la syphilis et que cette affection est loin d'être toujours la cause de l'érosion dentaire. Ici j'ouvre une parenthèse : Voici la mâchoire d'un jeune Franc qui a été trouvée, il y a quelques années, dans les fouilles d'un cimetière mérovingien; les érosions qu'elle présente sur son système dentaire ont fait dire aussitôt aux partisans de la doctrine syphilitique que cet individu avait eu la vérole, qu'il la tenait de ses parents, par suite que la vérole existait à l'époque mérovingienne ! Avouez que ce sont là des conclusions bien téméraires, et que l'on est venu calomnier là bien gratuitement ce jeune Franc ainsi que ses parents, les érosions dentaires de sa mâchoire pouvant très bien tenir à une toute autre cause que la syphilis.

3° *Doctrine mixte.* — Posons tout d'abord les trois points suivants : 1° les malformations dentaires ou érosions sont des lésions banales, communes et susceptibles de dériver de causes multiples et diverses ; 2° la syphilis s'approprie souvent ces malformations ou érosions dentaires ; 3° il est de ces lésions qui, ne se produisant qu'avec la vérole, constituent par là un signe de la plus haute valeur.

Qu'est-ce donc que l'érosion ? L'érosion est une lésion de nutrition; anatomiquement, elle est produite par une interruption momentanée dans le travail de la dentification, interruption qui détermine la formation d'une zone atrophique. D'où il est inacceptable que la syphilis seule puisse amener un pareil trouble de nutrition; or, puisque l'érosion se rencontre en dehors de la syphilis comme M. Magitot l'a prouvé, comme nombre d'observations recueillies de divers côtés le démontrent également, il faut bien admettre que d'autres causes morbides peuvent donner lieu aussi à des troubles de nutrition pendant la période de la dentification. Citerai-je le fait rapporté par M. Magitot d'un enfant porteur d'érosions dentaires qui, de l'âge de 2 mois à 2 ans, fut atteint d'entérite chronique ? Pietkiewicz a rapporté aussi l'observation d'une jeune fille de 19 ans dont l'érosion dentaire s'était produite à la suite d'un traumatisme général. D'après le niveau occupé par l'érosion, l'auteur avait déclaré que le traumatisme avait dû avoir lieu entre 18 mois et 2 ans. Les parents de l'enfant, non syphilitiques, confirmèrent le diagnostic en lui faisant connaître que leur fille avait été en effet victime d'un accident à l'âge de 18 mois, qu'une domestique l'avait, à cette époque, laissé tomber par la fenêtre, chute à la suite de laquelle l'enfant avait gardé le lit pendant quatre mois.

D'où il nous sera permis de conclure que l'érosion dentaire peut reconnaître pour causes tous autres états pathologiques que la syphilis et l'éclampsie.

Passons au second point : la syphilis s'approprie souvent les malformations dentaires, elle en est souvent la cause productrice. Parmi les nombreuses preuves de la connexion étiologique de ces érosions avec la syphilis, nous citerons la constatation fréquente, habituelle, de la syphilis des parents dont les enfants portent des érosions dentaires ; MM. Parrot, Hutchinson en ont rapporté un très grand nombre d'observations; j'en ai moi-même plus d'une centaine. Dans toutes il y a concordance parfaite entre les manifestations de la syphilis et l'érosion, soit que l'on constate encore des accidents syphilitiques en voie d'évolution, soit que l'on retrouve les vestiges, les stigmates d'une syphilis antérieure. Au nombre des preuves dont nous parlons, nous devons encore ranger la polyléthalité des enfants, dans les familles où les sujets présentent des érosions dentaires. En effet, il est bien reconnu que la syphilis est une cause d'extermination des jeunes enfants ; qu'elle les tue à outrance, qu'elle les tue dans le ventre de leur mère, qu'elle les tue à leur naissance, qu'elle les tue encore dans les quelques jours ou dans les premiers mois qui suivent leur mise au monde. Or nous

trouvons exactement la même chose dans les familles dont les enfants sont affectés d'érosions dentaires, ainsi que nous le montrent les différents auteurs que nous avons consultés à ce sujet. Chez l'un nous trouvons une observation de 3 enfants morts sur 3; chez deux autres, 3 morts sur 4; chez un quatrième, 4 morts sur 5; chez d'autres encore, les chiffres sont de 7 et 9 enfants morts sur 12; chez un dernier enfin, 11 sur 12.

Tous ces faits prouvent donc bien le rapport intime qui existe entre la syphilis et l'érosion dentaire.

Nous arrivons maintenant au troisième point qui peut se résumer ainsi : toutes les érosions ne sont pas également significatives au point de vue de leur origine syphilitique. En effet, toutes ne signifient pas également qu'il s'agisse de syphilis ; il en est qui ne signifient rien du tout, d'autres qui ne signifient que peu de chose, d'autres qui ont une certaine valeur, d'autres encore chez lesquels l'érosion est des plus significatives.

C'est ainsi que : 1° les érosions pointillées, les érosions cupuliformes et la dent en scie n'ont pas une très grande valeur, car on les retrouve dans des familles chez lesquelles la vérole n'est jamais entrée ; 2° l'érosion dentaire, en gradin, en escalier, n'a pas non plus une très grande signification en ce sens qu'elles peuvent également se produire en dehors de la syphilis ; 3° l'atrophie du sommet de la dent, la dent raccourcie en plateau, commencent déjà à être sous la dépendance de la syphilis et lui appartiennent déjà ; 4° mais ce qui est bien plus significatif, c'est la dent d'Hutchinson que je vous ai décrite dans la dernière séance. Dirai-je qu'elle est absolument pathognomonique? D'aucuns l'ont prétendu ; mais je n'irai pas jusque-là, et j'estime que la question est encore bien nouvelle pour pouvoir me prononcer sans réserves : aussi me contenterai-je de dire que l'échancrure semi-lunaire qui caractérise ce que l'on a appelé la dent d'Hutchinson, est une très grande présomption de syphilis, qu'elle est un signe de quasi-certitude et non de certitude absolue.

Voilà tout ce que j'avais à dire sur l'érosion dentaire, qui n'est encore qu'une face de la question qui nous occupe, car il nous reste encore : 1° le microdontisme, 2° l'amorphisme, et 3° la vulnérabilité.

Le microdontisme, c'est la petite dent ; il est caractérisé par une malformation spéciale, par une exiguïté de la dent. Il consiste dans une sorte de rapetissement de la dent dans tous ses diamètres, hauteur, largeur et épaisseur, de telle sorte que la dent est courte, étroite et mince. Cette malformation n'est pas générale, mais partielle seulement, n'occupant que quelques dents, une seule même le plus souvent, soit une incisive surtout.

Le microdontisme peut affecter trois degrés : 1° un degré léger dans lequel l'exiguïté de la dent n'est pas encore assez prononcée pour constituer une véritable infirmité ; 2° un degré plus accusé où la dent commence à paraître difforme ; 3° enfin un troisième degré où la dent, plus exiguë encore, en est arrivée à ce qu'on appelle le nanisme dentaire, c'est-à-dire à une dent rabougrie, rudimentaire, naine, à une sorte de tronçon.

Si singulière que paraisse cette malformation, elle est parfaitement authentique ; elle est l'analogue, du reste, de ce qui se passe quand il y a arrêt de développement d'un organe quelconque. Elle est comparable à l'infantilisme syphilitique où l'on voit de petits êtres grêles, rabougris, de véritables nabots syphilitiques.

Quant à l'amorphisme, c'est la dent sans forme, ou la dent qui s'écarte de sa configuration normale pour revêtir une autre forme. L'amorphisme est généralement partiel, n'atteignant qu'une dent ou quelques-unes seulement et non toutes. Il présente un très grand nombre de variétés à peu près inclassables que nous avons cependant essayé de grouper.

Dans un premier groupe, la dent perd le type de l'espèce : c'est ainsi que l'incisive devient ronde, cylindrique comme une canine, de plate qu'elle est normalement ; c'est ainsi que la canine s'aplatit comme une incisive. Dans le second groupe nous trouvons une dent qui n'est plus semblable à elle-même, qui, sur son bord libre, par exemple, prend une obliquité singulière, ou qui s'épaissit en forme de bourrelet; d'autres fois il se forme, à la surface de la dent, des cannelures soit horizontales, soit verticales. Dans un troisième groupe on voit la dent devenir conique, irrégulière, comme une véritable petite corne ; tantôt elle prend la forme d'un tricorne, tantôt elle est en cheville, c'est-à-dire que sa partie supérieure, élargie, est supportée par un pivot rétréci ; c'est à cette déformation que M. Parrot a donné le nom de dent en hache. Enfin toutes ces déformations peuvent être exagérées et la dent ressembler à tout ce que l'on voudra, sauf à une dent.

L'amorphisme dentaire coïncide souvent avec le microdontisme et l'érosion, montrant ainsi que ces trois lésions dépendent d'une seule et même cause.

Enfin nous arrivons à la vulnérabilité dentaire. Les dents syphilitiques sont prédestinées, par la lésion même dont elles sont atteintes, à une dégénérescence ultérieure, c'est-à-dire à une usure rapide, à la carie et à la caducité précoce. Elle porte en soi en effet les éléments de sa déchéance, de sa destruction. Elle est vulnérable parce qu'elle est mal protégée, mal défendue contre les agents extérieurs par l'absence d'émail au niveau de la lésion et parce qu'elle est malade non seulement en surface, mais encore en profondeur, car l'émail n'est pas seul atteint, mais aussi la dentine.

De plus, comme M. Parrot l'a montré, l'émail d'une dent syphilitique n'est pas seulement aminci, il est encore friable, craquelé, peu adhérent, comme plâtré, et mérite bien le nom de dent schisteuse que Delestre lui avait donné. De là des conditions d'usure, etc., et l'on voit la dent s'émietter, s'égrener, se raccourcir, de telle sorte que des sujets, jeunes encore, ont le système dentaire d'un vieillard, les dents usées à leur sommet et raccourcies. De même aussi l'érosion prédispose, dès le jeune âge, à la carie dentaire, et la dent se détruit et disparaît vite. Aussi n'est-il pas rare de voir des enfants de 5 ans, de 4 ans même, qui ont toutes leurs incisives cariées, détruites, voire même dès l'âge de 3 ans.

M. Lannelongue a vu ainsi les dents de lait, à peine sorties hors de la gencive, disparaître en quelques mois par la carie.

Ce qui est vrai sous ce rapport pour la première dentition, l'est également pour la seconde : la dent est à l'état de tronçon, de chicot. De toutes les dents, celles qui sont le plus souvent affectées, sont les premières molaires de la mâchoire inférieure principalement.

Telles sont les diverses altérations que la syphilis peut produire sur les dents.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE.

Par décret en date du 27 juillet, M. Levié, médecin principal de première classe, est promu au grade de médecin inspecteur.

Par décret du 27 juillet 1883, ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire, et par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations ci-après, les médecins dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de première classe. — (Choix.) M. Giard, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital de Bayonne, en remplacement de M. Levié, promu. — Est affecté à l'hôpital militaire de Perpignan comme médecin en chef.

(Choix.) M. Frilley, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital de la Charité, à Lyon. — Est maintenu audit hôpital.

(Choix.) M. Chabert, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital de La Rochelle. — Est affecté à l'hôpital de Lille.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Beltz, médecin-major de première classe à l'hôpital de Chambéry, en remplacement de M. Giard, promu. — Est affecté à l'hôpital des Colinettes, à Lyon.

(Choix.) M. Deslandes, médecin-major de première classe à l'hôpital de Perpignan, en remplacement de M. Frilley, promu. — Est maintenu audit hôpital.

(Choix.) M. Madamet, médecin-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, en remplacement de M. Chabert, promu. — Est affecté à l'hôpital mixte de Nantes.

(Choix.) M. Renard, médecin-major de première classe à l'hôpital Saint-Martin, à Paris. — Affecté à l'hospice mixte d'Angers.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Goubeau, médecin-major de deuxième classe au 21e dragons, à Évreux, en remplacement de M. Touraine, décédé. — Est affecté au 27e d'infanterie, à Dijon.

(Choix.) M. Charbonnier, médecin-major de deuxième classe au 91e d'infanterie, à Mézières, en remplacement de M. Beltz, promu. — Est affecté au 128e de même arme, à Sedan.

M. Lardennois, médecin-major de deuxième classe au 132e d'infanterie, à Reims, en remplacement de M. Deslandes, promu. — Est affecté au 61e de même arme, à Toulon.

(Choix.) M. Caillet, médecin-major de deuxième classe à l'École spéciale miliiaire de Saint-Cyr, en remplacement de M. Madamet, promu. — Est affecté à l'hôpital de Versailles.

M. Battarel, médecin-major de deuxième classe au 1er de spahis, à Médéah, en remplacement de M. Renard, promu. — Est affecté aux hôpitaux de la division d'Alger (provisoirement).

(Choix.) M. Tibal, médecin-major de deuxième classe au 11e dragons, à Montauban. — Est affecté au 142e d'infanterie.

M. Marchant, médecin-major de deuxième classe au 43e d'infanterie, à Lille. — Est maintenu audit régiment.

(Choix.) M. Bros, médecin-major de deuxième classe au 105e d'infanterie, à Riom. — Est affecté au 59e de même arme.

M. Martino, médecin-major de deuxième classe au 30e bataillon de chasseurs à pied. — Est affecté au 88e d'infanterie.

(Choix.) M. Dionis du Séjour, médecin-major de deuxième classe au 66e d'infanterie, à Tours. — Est affecté au 84e d'infanterie.

M. Penot, médecin-major de deuxième classe au 9e bataillon de chasseurs à pied, à Rocroy. — Est affecté au 45e d'infanterie.

(Choix.) M. Aron, médecin-major de deuxième classe au bataillon de gendarmerie mobile, à Paris. — Affecté au 5e d'artillerie.

M. Ocana, médecin-major de deuxième classe au 140e d'infanterie, à Bourgoin. — Est affecté au 133e de même arme, à Belley.

(Choix.) M. Billet, médecin-major de deuxième classe au 90e d'infanterie, à Châteauroux. Est maintenu audit régiment.

M. Gabriel, médecin-major de deuxième classe au 3e cuirassiers, au camp de Châlons. — Est affecté au 106e d'infanterie.

(Choix.) M. Coltel, médecin-major de deuxième classe au 133e d'infanterie, à Belley. — Est affecté au 37e de même arme.

M. Davignon, médecin-major de deuxième classe des hôpitaux de la division de Constantine. — Est affecté à l'hôpital du camp de Châlons.

(Choix.) M. Linon, médecin-major de deuxième classe des hôpitaux de la division d'Oran. — Est maintenu auxdits hôpitaux.

M. Colin, médecin-major de deuxième classe au 5e d'infanterie, à Falaise. — Est maintenu au 114e de même arme.

(Choix.) M. Millet, médecin-major de deuxième classe des hôpitaux de la division de Constantine. — Maintenu auxdits hôpitaux.

M. Dornier, médecin-major de deuxième classe au 95e d'infanterie, à Bourges. — Est affecté au 33e de même arme, à Arras.

(Choix.) M. Pierrot, médecin-major de deuxième classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie. — Est maintenu auxdits hôpitaux.

M. Passot, médecin-major de deuxième classe au 122e d'infanterie, à Montpellier. — Est affecté au 117e de même arme.

(Choix.) M. Lavat, médecin-major de deuxième classe au 103e d'infanterie, à Alençon. — Est affecté au 2e de même arme.

M. Jourdan, médecin-major de deuxième classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie. — Maintenu auxdits hôpitaux.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — (Choix.) M. Richard, aide-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie. — Est affecté au 18e d'infanterie.

M. Desmons, aide-major de première classe au bataillon du 38e d'infanterie détaché en Tunisie. — Est affecté provisoirement audit bataillon.

M. Dorez, aide-major de première classe à la légion de la garde républicaine, à Paris. — Est affecté au 132e d'infanterie, à Reims.

(Choix.) M. Cauchy, aide-major de première classe des hôpitaux de la division d'Oran. — Est affecté au 73e d'infanterie, à Béthune (provisoirement).

M. Henry, aide-major de première classe au 4e chasseurs à cheval. — Est affecté au 111e d'infanterie (provisoirement).

M. Bertrand, aide-major de première classe au 61e d'infanterie, à Toulon. — Est maintenu audit régiment (provisoirement).

(Choix.) M. André, aide-major de première classe au 1er cuirassiers, à Lunéville. — Est affecté au 106e d'infanterie, à Verdun.

M. Guillemot, aide-major de première classe au 13e d'artillerie, à Vincennes. — Est affecté au 92e d'infanterie.

M. Ménard, aide-major de première classe au 102e d'infanterie, à Paris. — Est affecté au 24e d'infanterie à Paris (provisoirement).

(Choix.) M. Richard, aide-major de première classe à l'École polytechnique. — Affecté au 134e d'infanterie (provisoirement).

M. Sommeiller, aide-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie. — Est affecté au 29e d'infanterie à Autun (provisoirement).

M. Hiard, aide-major de première classe au 31e d'infanterie, à Paris. — Est affecté au 69e d'infanterie à Nancy (provisoirement).

(Choix.) M. Dorange, aide-major de première classe au 2e bataillon de chasseurs à pied, à Versailles. — Est affecté au 106e d'infanterie à Châlons-sur-Marne (provisoirement).

M. Hocquard, aide-major de première classe au 105e d'infanterie, à Lyon. — Est affecté au 82e d'infanterie, à Auxerre.

M. Belhomme, aide-major de première classe au 8e dragons, à Paris. — Est affecté au 47e d'infanterie à Saint-Malo.

(Choix.) M. Cazes, aide-major de première classe au 9e dragons, à Paris. — Est affecté au 56e d'infanterie, à Chalon-sur-Saône.

M. Vuillemin, aide-major de première classe au 11e d'artillerie, à Versailles. — Est affecté au 133e d'infanterie, à Belley.

M. Blanchet, aide-major de première classe au 76e d'infanterie, à Paris. — Est affecté au 36e d'infanterie, à Caen (provisoirement).

(Choix.) M. Devin, aide-major de première classe au 19e dragons à Saint-Étienne. — Est maintenu audit régiment.

M. Géraud, aide-major de première classe au 31e d'artillerie, au Mans. — Est affecté au 71e d'infanterie, à Saint-Brieuc.

M. Rumen, aide-major de première classe à l'hôpital du Gros-Caillou, à Paris. — Est affecté au 5e d'infanterie, à Falaise.

(Choix.) M. Sudour, aide-major de première classe au 3e d'artillerie, à Castres. — Est affecté au 18e d'infanterie, à Pau.

M. Godard, aide-major de première classe au 33e d'artillerie à Poitiers. — Est affecté au 136e d'infanterie (provisoirement).

M. Virolle, aide-major de première classe du service de la place de Paris. — Est affecté au 13e d'infanterie (provisoirement).

(Choix.) M. de Valicourt, aide-major de première classe au 22e dragons, à Provins. — Est affecté aux hôpitaux de la division d'Oran (provisoirement).

M. Deschamps, aide-major de première classe du service de la place de Paris. — Est affecté au 142e d'infanterie, à Mende.

M. Troché, aide-major de première classe au 18e dragons, à Vitry-le-François. — Est affecté aux hôpitaux de la division d'Alger (provisoirement).

(Choix.) M. Didier, aide-major de première classe des hôpitaux de la division d'Oran. — Est affecté au bataillon du 100e d'infanterie détaché en Algérie (provisoirement).

M. Martin, aide-major de première classe au bataillon du 50e d'infanterie détaché en Algérie. — Est maintenu audit bataillon (provisoirement).

M. Lebesgue, aide-major de première classe au 22e régiment d'artillerie, à Versailles. — Est affecté aux hôpitaux de la division d'Alger (provisoirement).

(Choix.) M. Rousset, aide-major de première classe au 117e d'infanterie, au Mans. — Est affecté aux hôpitaux de la division d'Alger (provisoirement).

M. Dubrulle, aide-major de première classe au 19e chasseurs cheval, à Lille. — Est affecté au 1er régiment d'infanterie.

M. Surugues, aide-major de première classe au 89e d'infanterie, à Paris. — Est affecté au 31e d'infanterie (provisoirement).

(Choix.) M. Troy, aide-major de première classe au 18e d'artillerie. — Est affecté au 126e d'infanterie (provisoirement).

M. Guillaume, aide-major de première classe des hôpitaux de la division de Constantine. — Est maintenu (provisoirement).

M. Brindel, aide-major de première classe au 20e chasseurs à cheval, à Châteaudun. — Est affecté au 33e d'infanterie, à Arras.

(Choix.) M. Carrière, aide-major de première classe à l'hôpital de Versailles. — Est affecté au 52e d'infanterie (provisoirement).

M. Legrain, aide-major de première classe au 72e d'infanterie, à Toul. — Est maintenu audit régiment, à Amiens.

M. Rhein, aide-major de première classe au 13e d'infanterie, à Nevers. — Est affecté au 23e de même arme (provisoirement).

(Choix.) M. Mercier, aide-major de première classe des hôpitaux de la division de Constantine. — Est maintenu (provisoirement).

M. Richardin, aide-major de première classe au 103e d'infanterie, à Paris. — Est affecté aux hôpitaux de la division d'Oran (provisoirement).

M. Dedôme, aide-major de première classe au 104e d'infanterie, à Paris. — Est affecté au 133e d'infanterie (provisoirement).

(Choix.) M. Famechon, aide-major de première classe à l'école d'enfants de troupe de Rambouillet. — Est maintenu (provisoirement) à ladite école.

M. Raynaud, aide-major de première classe au 63e d'infanterie, à Limoges. — Est affecté au 95e d'infanterie, à Bourges.

M. Trifaud, aide-major de première classe au 12e bataillon de chasseurs à pied. — Affecté au 97e d'infanterie (provisoirement).

(Choix.) M. Marty, aide-major de première classe au 7e d'artillerie, à Rennes. — Est affecté au 41e d'infanterie, à Rennes.

M. Tournier, aide-major de première classe au 1er chasseurs d'Afrique, à Blidah. — Est affecté aux hôpitaux de la division d'Alger (provisoirement).

M. Douart, aide-major de première classe du service de la place de Paris. — Affecté au 95e d'infanterie (provisoirement).

(Choix.) M. Stoupy, major de première classe au 141e d'infanterie, à Bastia. — Est maintenu audit régiment (provisoirement).

M. Bercher, aide-major de première classe au 2e chasseurs d'Afrique. — Est affecté au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

M. Schmit, aide-major de première classe à l'école d'application de cavalerie, à Saumur. — Est affecté aux hôpitaux de la division d'Alger (provisoirement).

(Choix.) M. Lambert, aide-major de première classe au bataillon du 6e d'infanterie détaché en Tunisie. — Est maintenu audit bataillon (provisoirement).

M. Villary, aide-major de première classe au 17e bataillon de chasseurs à pied, à Paris-Courbevoie. — Est affecté au 85e d'infanterie, à Verdun (provisoirement).

M. Boulian, aide-major de première classe du service de la place de Paris. — Est affecté au 37e d'infanterie.

(Choix.) M. Lambert, aide-major de première classe du service de la place de Paris. — Est affecté au 90e d'infanterie.

M. Depéret, aide-major de première classe du service de la place de Paris. — Est affecté au 71e d'infanterie (provisoirement).

M. de Casabianca, aide-major de première classe du service de la place de Lyon, affecté au bataillon du 139e d'infanterie détaché en Algérie. — Est maintenu audit bataillon (provisoirement).

(Choix.) M. Christy, aide-major de première classe à l'hôpital Saint-Martin. — Affecté au 89e d'infanterie (provisoirement).

M. Jagot-Lacoussière, aide-major de première classe du service de la place de Paris. — Est affecté au bataillon du 90e d'infanterie à Belfort (provisoirement).

M. Raynaud, aide-major de première classe au 6e hussards, détaché en Tunisie. — Est affecté aux hôpitaux militaires du corps d'occupation de Tunisie (provisoirement).

(Choix.) M. Laydeker, aide-major de première classe au 1er génie. — Est affecté au 104e d'infanterie (provisoirement).

M. Casset, aide-major de première classe au régiment de sapeurs-pompiers de Paris. — Est affecté aux hôpitaux militaires de la division d'Oran (provisoirement).

M. Hermantier, aide-major de première classe des hôpitaux de la division de Constantine. — Est affecté au 142e d'infanterie, à Lodève (provisoirement).

(Choix.) M. Hugues, aide-major de première classe au 3e bataillon de chasseurs à pied, à Besançon. — Est affecté au 10e d'infanterie à Auxonne (provisoirement).

M. Chopard, aide-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie. — Est maintenu auxdits hôpitaux (provisoirement).

M. Jarry, aide-major de première classe au 2e chasseurs d'Afrique, à Tlemcen. — Est affecté aux hôpitaux de la division d'Oran (provisoirement).

(Choix.) M. Ribes, aide-major de première classe au bataillon du 144e d'infanterie détaché en Algérie. — Est maintenu.

M. Laget, aide-major de première classe au 3e spahis. — Affecté aux hôpitaux de la division de Constantine (provisoirement).

M. Briot, aide-major de première classe au 10e bataillon de chasseurs à pied, à Épinal. — Est affecté au 79e d'infanterie.

(Choix.) M. Manfrédi, aide-major de première classe au 56e d'infanterie, à Dijon. — Est maintenu audit régiment.

M. Hermann, aide-major de première classe au bataillon du 11e d'infanterie détaché en Algérie. — Est maintenu audit bataillon (provisoirement).

M. Bosquette, aide-major de première classe au 21e bataillon de chasseurs à pied. — Affecté au 44e d'infanterie (provisoirement).

(Choix.) M. Augé, aide-major de première classe, attaché à la direction du service de santé du 17e corps d'armée, à Toulouse. — Affecté aux hôpitaux de la division de Constantine (provisoirement).

M. Martin, aide-major de première classe au 17e dragons, à Carcassonne. — Est affecté au 85e d'infanterie (provisoirement).

M. Pommay, aide-major de première classe des hôpitaux de la division d'Alger. — Affecté au 35e d'infanterie (provisoirement).

(Choix.) M. Biéchy, aide-major de première classe au 4e génie, à Grenoble. — Est affecté aux hôpitaux de la division d'Alger (provisoirement).

M. Bourdeloy, aide-major de première classe au bataillon du 20e d'infanterie, détaché en Tunisie. — Maintenu.

M. Tarrieux, aide-major de première classe au 119e d'infanterie. — Maintenu au même régiment (provisoirement).

(Choix.) M. Chambé, aide-major de première classe au 37e d'infanterie, à Troyes. — Est affecté aux hôpitaux de la division de Constantine (provisoirement).

M. Mareschal, aide-major de première classe au 23e bataillon de chasseurs à pied, à Limoges. — Est affecté au 80e d'infanterie, à Tulle (provisoirement).

M. Gabel, aide-major de première classe au 47e d'infanterie, à Saint-Malo. — Est affecté au 2e d'infanterie, à Granville.

(Choix). M. Torio, aide-major de première classe au 10e chasseurs à cheval, à Vendôme. — Est affecté au 128e d'infanterie.

M. Génin, aide-major de première classe, attaché à la direction du service de santé du 2e corps d'armée, à Amiens. — Affecté aux hôpitaux de la division d'Alger (provisoirement).

M. Richard, aide-major de première classe au 110e d'infanterie, à Dunkerque. — Affecté au 43e de même arme, à Lille.

(Choix.) M. Pierron, aide-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie. — Est maintenu auxdits hôpitaux (provisoirement).

M. Legrand, aide-major de première classe au 8e chasseurs à cheval, à Bar-le-Duc. — Est affecté au 87e d'infanterie.

M. Polin, aide-major de première classe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie. — Est affecté au 140e d'infanterie.

(Choix.) M. Badin, aide-major de première classe, affecté au bataillon du 137e régiment d'infanterie détaché en Tunisie. — Est affecté au 30e d'infanterie, à Annecy (provisoirement).

M. Lazare, aide-major de première classe au 29e bataillon de chasseurs à pied, à Castelsarrazin. — Est affecté aux hôpitaux de la division d'Alger (provisoirement).

M. Jouanno, aide-major de première classe au 21e dragons, à Évreux. — Est affecté au 25e d'infanterie (provisoirement).

(Choix). M. Salesses, aide-major de première classe au 1er chasseurs à cheval, à Melun. — Est affecté au 46e d'infanterie à Paris (provisoirement).

M. Silice, aide-major de première classe au 14e chasseurs à cheval. — Affecté au 26e d'infanterie (provisoirement).

M. Boutry, aide-major de première classe au 2e zouaves à Oran. — Est affecté aux hôpitaux de la division d'Oran (provisoirement).

(Choix.) M. Colin, aide-major de première classe au 35e d'artillerie à Vannes. — Est affecté au 37e d'infanterie (provisoirement).

M. Zimmermann, aide-major de première classe au 121e d'infanterie, à Lyon. — Est maintenu audit régiment (provisoirement).

M. Lemarchand, aide-major de première classe au 20e dragons, à Limoges. — Est affecté au 138e d'infanterie (provisoirement).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le directeur de l'Assistance publique demandait au Conseil municipal de Paris un crédit de 1,500,000 francs pour créer un un hôpital provisoire de 600 lits en vue de parer à l'éventualité de l'apparition du choléra.

La commission chargée d'examiner cette ouverture de crédit a trouvé la demande du directeur de l'Assistance publique exagérée; elle a proposé au Conseil :

1° D'accorder à l'Assistance publique une somme de 400,000 fr. ;

2° De consacrer cette somme à la construction de baraquements pouvant recevoir deux cents lits, cent pour les hommes et cent pour les femmes, avec les services généraux indispensables.

Ces baraquements devront être établis sur un des bastions de l'enceinte fortifiée et disposés de manière à servir ultérieurement, au besoin, d'hôpital pour les malades affectés de maladies contagieuses : variole, fièvre typhoïde, etc.

Le Conseil municipal, dans sa séance du 27 juillet, après adoption de ces conclusions, a voté, en outre, sur la demande de M. le directeur de l'Assistance publique, appuyée par M. Gamard, une somme supplémentaire de 80,000 francs pour la lingerie, les matelas et les autres objets mobiliers.

— Nous apprenons la mort, à Douarnenez, de M. le docteur Morvan, ancien député du Finistère à l'Assemblée nationale, qui vient de succomber aux suites d'un accident de voiture. M. le docteur Morvan était né en 1817.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14864.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : **VINGT** centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL NECKER. Hygroma ou abcès froid du genou. — Du ralentissement ou de la lenteur du pouls dans les affections cardiaques. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le choléra a pris un développement très ample, M. Guérin ayant mis en œuvre, avec une habileté remarquable, tous les arguments qu'on peut invoquer contre la doctrine de l'importation.

Dans une série de propositions, il a groupé les résultats d'observations qui portent sur presque un demi-siècle, sur un certain nombre d'épidémies successives, dans chacune desquelles on a constaté que des cholérines précédaient le choléra vrai.

Si l'on s'en tenait à ce qu'on a vu soit à Paris, soit dans les autres villes d'Europe, on serait certainement amené par la force de la logique à accepter les conclusions de M. Guérin.

Mais l'expérience acquise en Égypte est tellement démonstrative que pour ceux qui, comme nous, y sont allés faire l'étude du choléra, tous les raisonnements se brisent contre la conviction acquise en présence de faits probants.

Nous avons déjà indiqué que Paris n'était pas un centre d'observation très convenable pour résoudre cette question de l'importation cholérique. Les épidémies y viennent de si loin que, dans le trajet, elles ont perdu une partie de leurs caractères.

A plus forte raison encore, en Angleterre, ne connaît-on guère le vrai choléra. M. Jules Guérin opposait le nombre énorme de cholérines qu'on y observe au nombre très restreint de choléras cyaniques terminés par la mort. Cela ne tient aucunement à des précautions particulières, à une médication spéciale, mais à ce que l'Angleterre se trouve vers l'extrémité de la zone que le choléra peut envahir.

Déjà, en France, il est bien rare de voir des cas de choléra foudroyant, tel que celui que nous avons observé alors que nous étions à Suez.

Nous nous promenions sur le port avec le médecin sanitaire de cette ville, quand nous vîmes tomber à côté de nous un homme d'une quarantaine d'années. Au moment où il était tombé, il avait perdu connaissance, et en quelques instants la face était devenue noire. Le médecin sanitaire de Suez nous dit que c'était là un de ces cas foudroyants assez communs alors dans cette ville. Il nous annonça que cet homme serait mort avant trois quarts d'heure sans avoir repris connaissance ; et c'est ce qui eut lieu en effet.

Eh bien ! la même épidémie, tout en tuant en France beaucoup d'individus, ne les frappait pas de cette manière. Ils étaient encore assez violemment touchés par le mal pour en mourir, mais ils n'étaient pas foudroyés comme par une attaque d'apoplexie, supprimant tout d'un coup les sens et la pensée.

Dans l'analyse des faits observés il faut tenir un très grand compte de l'atténuation des symptômes dû à l'éloignement, à la latitude ou à la durée antérieure de l'épidémie. C'est ce qui peut permettre d'expliquer des contradictions apparentes entre les résultats donnés par l'observation suivant les pays.

L'Inde, origine du choléra, prête, elle aussi, à des confusions, par cela même que les foyers d'endémie y sont continus.

Pour bien connaître la marche du mal, il faut se mettre sur sa route, entre son point de départ et ses aboutissants, dans un pays situé de telle sorte que les ports d'entrée y soient rares et d'une surveillance facile. L'Égypte remplit toutes ces conditions : et c'est pourquoi la doctrine de l'importation ne pouvait être bien jugée qu'en Égypte.

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

Hygroma ou abcès froid du genou.

Nous avons en ce moment dans le service un malade dont le diagnostic est très difficile. C'est un homme assez singulier, âgé de trente-trois ans, aussi misérable que possible. A l'âge de dix-neuf ans, il a eu un accident qui mérite d'être signalé en passant, bien qu'il n'ait aucun rapport avec l'affection pour laquelle il est entré dans notre service. Il a reçu sur la partie inférieure du ventre, du côté droit, l'extrémité d'une barre de fer, d'où il est résulté une éventration analogue à celle que l'on observe quelquefois dans le traitement heureux des abcès consécutifs à une typhlite ou à une pérityphlite. Il porte depuis lors un bandage destiné à maintenir les parties lésées. Cette éventration est située à 5 centimètres de l'arcade de Fallope ; elle est constituée par une tumeur flasque, réductible, qui ne saurait être confondue ni avec une hernie congénitale, ni avec une hernie accidentelle.

Notre malade est un homme maigre, très brun ; sa peau

est maculée de taches sales, suites d'une gale contractée dans un de ces réduits quelconques, où il se reposait la nuit, tandis qu'il venait à pied de Nantes à Paris, trajet qu'il a mis une quinzaine de jours à accomplir, mendiant sur son passage les quelques sous nécessaires pour vivre pendant tout ce temps-là. Il est extrêmement misérable ; depuis le mois de mars, il tousse, et les crachats expectorés sont souvent striés de sang ; il a déjà été soigné à Nantes, nous dit-il, pour la poitrine.

Aujourd'hui nous constatons l'existence d'une bronchite tenace, double, on entend des râles des deux côtés, de l'expiration prolongée en avant, à gauche et au sommet, avec un peu de submatité en arrière. Il y a donc lieu de craindre l'existence d'une tuberculose pulmonaire voilée par des phénomènes de bronchite. Mais ce n'est pas là surtout ce qui doit appeler notre attention, bien que ces phénomènes puissent être un élément d'une certaine valeur dans notre diagnostic. Ce qui surtout mérite un examen sérieux, c'est l'existence de deux tumeurs des genoux droit et gauche.

En effet, le genou gauche n'est pas déformé, et c'est en cherchant bien, en palpant profondément, que l'on découvre, au-dessus de la rotule et en dehors du tendon du triceps, le long de son bord externe, une tumeur petite, dure, indolente, fixe dans l'extension de la jambe et pouvant être déplacée dans la flexion, si bien qu'elle fuit sous la pression des doigts. Son volume est celui d'un gros noyau de prune, elle est allongée et s'étend parallèlement au bord externe du triceps, sa longueur est d'environ 2 centimètres et demi. Enfin, elle n'est pas douloureuse à la pression et s'accompagne d'un épanchement à peine perceptible dans l'articulation.

Au genou droit, la tumeur est tout à fait différente, elle a entraîné une déformation du genou parfaitement visible. Elle siège au niveau de la partie supérieure et interne de l'articulation ; elle est molle et très fluctuante dans toutes ses parties, mais ses parois sont beaucoup plus minces à la partie inférieure qu'à la partie supérieure. Si le malade étend la jambe en même temps qu'il relève la cuisse, la tumeur se fixe un peu et l'on reconnaît très bien qu'elle est non pas sous-jacente au muscle triceps, mais bien sous-aponévrotique dans la plus grande partie de son étendue.

De plus, elle est bordée d'un bourrelet épais très appréciable en bas, bien appréciable aussi en dedans et un peu en haut. Elle n'est nullement douloureuse.

Lorsque, dans les premiers jours de l'arrivée de cet homme ici, on saisissait en totalité la tumeur avec la main, et qu'on exerçait une certaine pression sur elle, on percevait une sorte de crépitation particulière, grossière dans un sens, comme si elle renfermait de gros grains dans son intérieur, fine dans l'autre sens au contraire, comme si elle était due à des grains de semoule. Aujourd'hui cette crépitation est partout la même ; elle est uniforme dans tous les sens et fine comme celle de grains de semoule très fins qui fuiraient sous la pression pour passer à travers un orifice étroit.

A quoi peut donc être due cette crépitation ? A de l'emphysème ? Non. A un épanchement sanguin dont les caillots s'écraseraient sous une forte pression des doigts ? Pas davantage ; car s'il en était ainsi, elle ne persisterait pas, elle serait passagère et disparaîtrait avec l'écrasement des caillots. Si donc ce n'est ni de l'air ni du sang qui donnent lieu à ce phénomène, qu'est-ce donc ? Deux choses sont possibles, soit un liquide renfermant de fins grumeaux et contenus dans une poche ; mais le frôlement par la pression serait constant dans toute l'étendue de la tumeur et non dans un point particulier, comme cela se produit ici et sous l'influence de certaines manœuvres. Pour moi, je serais porté à croire qu'il s'agit d'une sensation vibratoire due à l'étroitesse de l'orifice, c'est-à-dire d'un bruit râpeux, révélateur de la présence de grumeaux dans une masse liquide.

En résumé, d'après tous les caractères que nous venons d'exposer, d'après l'indolence de cette tumeur, d'après l'absence de communication avec l'articulation du genou qui renferme aussi un petit épanchement liquide, notre diagnostic doit se prononcer entre un hygroma ou un abcès froid.

Comme origine du mal, cet homme a plusieurs versions : dans l'une, il nous raconte qu'elle serait la conséquence des fatigues d'un voyage de cent lieues, à pied, fait en quinze jours ; mais il y a déjà six semaines qu'il est arrivé à Paris et depuis lors il s'est reposé à plusieurs reprises dans divers hôpitaux de la ville. Dans une autre version, il prétend que sa tumeur est le résultat d'une violente contusion du genou droit, produite par le choc d'une pièce de vin. Enfin il dit encore que sa tumeur existait avant cette contusion, qu'elle l'a déjà forcé à entrer à l'hôpital de Nantes, où elle aurait été traitée par des vésicatoires et des badigeonnages de teinture d'iode. Au milieu de tous ces dires contradictoires, il devient très difficile de démêler la vérité. Toujours est-il que c'est un individu misérable, ayant des antécédents de bronchite et probablement de tuberculose. Aurait-il aussi quelques antécédents judiciaires récents ?... Cela ne nous importe pas ; ce qui nous intéresse, c'est de savoir ce que c'est que cette tumeur.

S'agirait-il d'un kyste hydatique ? Je ne le crois pas, parce que la tumeur paraît récente, qu'elle est très fluctuante, etc., tandis que les kystes du genou sont ordinairement durs et tendus sous leur enveloppe ; enfin parce que la crépitation n'offre aucune ressemblance avec celle d'un kyste hydatique. S'agirait-il d'un épanchement sanguin ? non ; nous avons déjà dit tout à l'heure ce que nous pensions à ce sujet. Que nous reste-t-il alors ? Deux genres de tumeurs entre lesquels nous sommes dans le doute : soit un hygroma, soit un abcès froid. Un hygroma ? Cela n'est pas absolument impossible ; si la fluctuation et la crépitation très fine peuvent autoriser cette manière de voir, cependant j'ajouterais : où serait la communication ? Il n'est pas impossible, je le répète, que ce soit un hygroma, cependant l'existence du bourrelet que nous avons signalé en commençant me conduirait bien plutôt vers l'idée d'un abcès froid. Je le croirais d'autant plus volontiers qu'il s'agit d'un homme plongé dans la misère, que la contusion, — si contusion il y a, — peut avoir donné une impulsion au développement de l'abcès, enfin que nous constatons une certaine tendance à la tuberculose. Voilà tout ce que je puis dire ; il m'est impossible d'aller plus loin dans le diagnostic, malgré l'étude minutieuse, l'examen approfondi que nous avons fait de cette tumeur. J'arrive donc à ce diagnostic qui me paraît le plus probable : Abcès froid du genou.

Un seul moyen nous reste de dissiper nos incertitudes, moyen que je n'applique généralement pas, mais qui me paraît approprié au cas actuel ; je veux parler de la ponction exploratrice, laquelle, dans l'espèce, ne présente aucun inconvénient. Si cette ponction nous montre qu'il s'agit d'un kyste, la moitié du traitement se trouvera faite ; s'il

s'agit d'un hygroma, la ponction ne pourra avoir aussi que des avantages ; enfin si c'est un abcès froid, la ponction sera encore favorable.

DU RALENTISSEMENT OU DE LA LENTEUR DU POULS DANS LES AFFECTIONS CARDIAQUES.

Par M. le Dr Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

D'après les autorités médicales les plus compétentes, la lenteur du pouls est souvent l'expression d'une maladie affectant le bulbe ou la partie supérieure de la moelle.

En effet, le ralentissement du pouls coexiste avec des syncopes s'expliquant par un trouble de l'innervation bulbaire due à une excitation anormale des noyaux d'origine du pneumo-gastrique.

La lenteur du pouls a été également attribuée aux altérations graisseuses du myocarde avec intégrité du bulbe.

Enfin elle a été observée dans des cas de rétrécissement de l'orifice aortique et d'anévrysme de l'aorte.

Peut-être démontrera-t-on un jour le ralentissement du pouls dû à une lésion irritative du bulbe de la moelle cervicale ou des ganglions nerveux intra-cardiaques.

Toujours est-il que le pouls lent indique un trouble profond de l'innervation cardiaque, qu'il se produit dans cet état des attaques syncopales ou épileptiformes qui font toujours craindre la mort subite.

Depuis quatre ans, nous observons un cas de ce genre, qui présente, pour le clinicien, le plus vif intérêt.

L... (Victor), âgé de 62 ans, boulanger, vigoureusement constitué, marié et sans enfants, fut pris de syncope à la suite d'une grande fatigue.

Appelé immédiatement, je constatai les phénomènes suivants :

Le malade qui sortait à peine de son évanouissement m'apprit qu'ayant eu de l'obnubilation et du vertige, il s'était trouvé mal.

Le pouls très lent oscillait entre 28 et 32 pulsations à la minute.

L'auscultation du cœur révélait un léger bruit de souffle à la base. Les bruits étaient sourds comme dans les épanchements péricardiques avec prédominance du premier sur le second.

Soumis à l'administration de la digitale, de la teinture de noix vomique et de quelques toniques, le malade se rétablit provisoirement en conservant beaucoup de lenteur dans le pouls.

Le mercredi 9 mai 1883, une heure après son lever, vers 7 heures du matin, il fut pris de ce vertige qui accompagne si souvent les affections cardiaques, et il serait tombé si une personne ne se fût trouvé là pour le retenir et le placer sur une chaise, dans une petite cour intérieure.

J'arrivai dans ce moment pendant qu'il était encore sous l'influence de sa crise ; je le fis immédiatement transporter dans son lit.

Le pouls battait 32 pulsations à la minute. Comme la première fois, les battements étaient sourds, lointains, et un léger bruit de souffle se percevait au premier temps et à la base du cœur.

En outre, il éprouvait une vive sensation de froid et une grande frayeur.

Je lui fis préparer une potion tonique qu'il prit dans la journée.

Le lendemain, jeudi 10, mon intention fut de lui administrer la teinture de noix vomique en commençant par une goutte, matin et soir, dans une cuillerée d'eau froide, et augmenter ainsi d'une goutte matin et soir.

Le lundi 14, il en absorba 5 gouttes le matin et autant le soir, en déclarant qu'il n'en prendrait plus, parce qu'il se trouvait très faible. Il éprouvait, en outre, une grande sécheresse dans les fosses nasales, et un resserrement notable dans les muscles de la poitrine, surtout du côté gauche.

Depuis l'administration de la teinture de noix vomique à dose croissante, on constatait tous les jours une augmentation dans le nombre et la force des pulsations. De 32, le nombre en fut porté à 44.

Là s'arrêta notre expérience thérapeutique à cause du refus formel du malade.

En même temps le pouls prit de l'ampleur et de la force, mais la faiblesse générale accusée était grande.

Le jeudi 17 mai, le malade se sent faible malgré la force relative du pouls et des battements cardiaques qui ont une certaine ampleur. Il accuse toujours une douleur vive à la région du cœur. Le pouls est à 44.

A l'auscultation, bruit de redoublement à la pointe de l'organe, et bruit systolique développé retentissant à la base.

Les 18, 19 et 20 mai, mêmes phénomènes. Battements du cœur développés ; pouls à 44.

Le 21, L... déclare qu'il est beaucoup mieux, et que sa faiblesse générale a disparu. Le pouls en effet s'est relevé : il bat 52 fois à la minute. Tout traitement est suspendu. On n'administre que des toniques.

Vers 3 heures, le même jour, fièvre paludéenne caractérisée par des frissons, des bâillements, des pandiculations, des douleurs contusives dans les membres, et dans la nuit des sueurs terminant l'accès.

Les 22 et 23, la fièvre se reproduit à la même heure caractérisée par les mêmes accidents.

Le 24 mai, vers 8 heures du matin, administration de 1 gramme de sulfate de quinine, divisé en quatre paquets égaux : deux à donner le matin du 24, et deux le matin du 25.

Le pouls s'est relevé : il bat 68 à la minute. La sidération du système nerveux a disparu.

Le malade ne présente rien d'insolite pendant les derniers jours de mai.

Le 5 juin, il déclare se bien porter. Son pouls bat 50 pulsations.

Le 20 juin, L... a repris son travail de boulanger. A l'auscultation, le cœur présente des battements forts, étendus, sans bruits de souffle. Pouls à 70 pulsations à la minute. L'état normal du malade est constaté.

En terminant, nous rappellerons que le mécanisme rythmique du cœur résulte de l'association des deux actions contraires, à savoir : celle du pneumo-gastrique mettant le cœur au repos ou modérant ses battements, et celle du grand sympathique accélérant ces mêmes battements. Dans les cas de lenteur du pouls, l'action du grand sympathique serait, pour ainsi dire, annihilée, ou tout au moins diminuée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une note *sur le choléra et la constitution régnante*, par M. le docteur Mignot, de Chantelles (Allier) ;

2° Un rapport sur l'Institut vaccinal de Montpellier, par M. Pourquier, médecin-vétérinaire.

A propos du procès verbal, **M. Jules Guérin** lit une lettre que M. le docteur de Castro, médecin italien établi à Damiette et y faisant l'office de médecin sanitaire, a adressée à M. Pietra Santa sur l'épidémie de cette ville, dont l'origine serait encore l'objet d'une enquête. Le chauffeur d'un navire anglais incriminé n'aurait traversé Damiette que postérieurement à l'éclosion de l'épidémie.

PRÉSENTATION

M. TARNIER présente une femme enceinte atteinte d'une ectopie du cœur, par bifidité du sternum. Les ventricules se trouvent sous la peau. On peut les saisir à pleine main et en suivre les mouvements.

M. MARET annonce qu'un de ses élèves et lui ont déjà pris un certain nombre de tracés qui pourront servir à étudier les mouvements du cœur de cette femme. On voit sur elle d'où est venue l'erreur de Beau. En effet, à l'œil, on pourrait croire que le battement coïncide avec l'expansion de l'organe, la dilatation du ventricule, mais le palper fait disparaître cette illusion. On constate alors que le choc coïncide avec le durcissement de l'organe qui se vide.

L'examen de cette femme est renvoyé à une commission composée de MM. Maret, Vulpian et Roger.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. JULES GUÉRIN, à la suite de la communication de M. Fauvel, dans la dernière séance, avait rappelé, comme un des faits peu conciliables avec la doctrine de l'importation que, durant une des dernières expositions internationales, le choléra, qui occupait un grand nombre de points de l'Europe, avait respecté la capitale. bien qu'elle fût restée en communication incessante avec les nombreux visiteurs venant des pays infectés, et bien qu'aucune précaution préventive n'eût été prise. Il avait dit : « une des dernières expositions », prenant l'engagement de préciser le fait aujourd'hui.

Il vient remplir cet engagement.

Cette exposition est celle de 1867. M. Guérin cite textuellement un long passage d'un discours prononcé par lui à l'Académie en 1875, et où il commentait sans contestation ce fait et le fait tout à fait comparable de l'existence du choléra à Vienne, lors de l'Exposition de 1873, et de sa non-importation à Paris, malgré les rapports continuels entre ces deux capitales.

M. Fauvel n'avait alors nullement contredit ces deux grands faits si péremptoires et si concluants. Dans une réponse générale à tous les faits contraires au système d'importation, il avait dit : que le choléra perdait sa puissance en chemin de fer et la conservait dans les navires.

M. Guérin avait pris la résolution de borner sa réponse aux seules remarques qui ont suivi la communication de M. Fauvel. Mais devant la manifestation qui a terminé la dernière séance, il croit devoir, dégageant absolument sa responsabilité des conséquences politiques qu'on a prétendu donner à ses doctrines, les maintenir dans leur caractère et leur portée purement scientifique, en se bornant à les résumer dans les propositions suivantes :

1° Conformément à l'enseignement des plus grands maîtres de la science, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, j'ai toujours considéré, dit-il, les éclotions des épidémies, et des épidémies du choléra en particulier, comme un produit de certaines constitutions médicales résultant des modifications successives de l'atmosphère et de l'organisme;

2° Sous l'empire de ces modifications, les épidémies cholériques s'annoncent par des dérangements dans la santé, dérangements caractérisés surtout par des diarrhées continues chez les enfants d'abord, chez les adultes et les vieillards ensuite. J'ai signalé ces faits à l'approche de toutes les épidémies de choléra depuis l'année 1831, plus d'une année avant l'épidémie de 1832, et successivement pour les quatre grandes épidémies qui ont suivi celle de 1832 en 1849, en 1853, en 1866 et en 1873.

L'existence de ces diarrhées, auxquelles j'ai donné le nom de *diarrhées promonitoires des épidémies*, a été confirmée par les observateurs les plus sévères de tous les pays;

3° Lors de l'explosion des épidémies cholériques et pendant leur règne, on constate trois autres catégories de diarrhées qui ne sont que la continuation des diarrhées prémonitoires de l'épidémie, et trois expressions plus avancées de l'intoxication cholérique.

La première catégorie est celle où le choléra, dans certaines localités, villes, villages, ne va pas au delà de cette ébauche, tandis que dans les localités voisines il acquiert tout son développement.

La deuxième catégorie est celle qui précède invariablement le développement du choléra individuel et en constitue la première période.

La troisième catégorie, celle qui, dans les localités où règne le choléra complet, se limite néanmoins à certains quartiers, à certaines rues, à certains côtés de rue, que l'on avait supposés précédemment tout à fait épargnés par la maladie, et ce en vertu d'une immunité exceptionnelle.

J'ai montré que ces trois catégories de diarrhées ne sont que des expressions variées et graduées de l'intoxication cholérique.

4° J'ai constaté qu'avant l'explosion collective du choléra confirmé, et avant la date assignée à cette explosion, il avait toujours existé quelques cas de choléra réels mais isolés et inaperçus, ou indument qualifiés de *choléra nostras*, ce qui a fait dire que le *choléra officiel* arrive toujours après le *choléra réel*, celui-ci entouré des prodromes de l'épidémie et se manifestant presque toujours en même temps, le même jour, si ce n'est à la même heure, dans des quartiers différents. Des faits absolument pareils se sont produits et reproduits à Paris en 1832, à Marseille en 1865, au Havre, à Rouen et à Paris en 1873; et dans chacune de ces localités, les constatations ont été revêtues des preuves les plus authentiques et ont été consignées dans les documents les plus sérieux. A l'appui de ces faits, je citerai encore les constatations si remarquables du docteur Cuningham, rapporteur général de la commission sanitaire de l'Inde, celui qu'on proclamait hier en Angleterre *le plus grand hygiéniste du siècle*. L'épidémie de 1872 à 1873, dit M. Cuningham, a débuté à peu près en même temps sur cent points différents à de grandes distances les uns des autres. L'importation n'a pu être constatée dans aucune des localités soumises à une minutieuse surveillance.

5° Contrairement à la doctrine de l'importation, différentes contrées de la France sont restées pendant des mois, si ce n'est pendant une année, en rapport quotidien avec différents centres occupés par le choléra sans avoir contracté la maladie; et lorsque la maladie a fait son apparition dans quelques-unes, comme à Paris en 1832, au Havre en 1873, il a été absolument impossible de découvrir un fait pouvant servir de prétexte à l'importation.

6° La contagiosité du choléra, établie par un certain nombre d'observations incontestables et que j'ai toujours admises, ne constitue qu'un fait relatif, c'est-à-dire subordonné, pour les localités, pour l'individu et pour la maladie elle-même, à des conditions préalables d'aptitude, de réceptivité et d'activité contingente, lesquelles expliquent tout à la fois l'impuissance des transports lointains et la stérilité si fréquente des contacts individuels.

7° Finalement, les épidémies de choléra sont soumises aux lois qui règlent l'évolution et la propagation des autres maladies virulentes et infectieuses, et les différentes dénominations à l'aide desquelles on en a arbitrairement séparé les formes et degrés du choléra réel en choléra nostras, choléra sporadique, choléra épidémique, choléra asiatique, n'ont pas plus de raison d'être que de semblables appellations que l'on voudrait appliquer à la variole, à la scarlatine, à la rougeole, etc. ; les unes pas plus que les autres ne peuvent être considérées, à leurs différents degrés et formes diverses, comme des maladies de nature et d'origine différentes, sous les noms de variole, de rougeole et de scarlatine *nostras* ou *exotique*.

8° Enfin et comme conséquence logique et pratique des faits qui précèdent, les mesures sanitaires employées aujourd'hui pour s'opposer à l'envahissement du choléra asiatique doivent être considérées comme des institutions caduques qui seront un jour remplacées par le système des avertissements à domicile ; système inauguré dès l'année 1849 en Angleterre, où, sur 130,000 cas de diarrhée prémonitoire dûment constatés, 250 seulement ont évolué jusqu'au choléra cyanique et mortel.

Telles sont, ajoute M. Guérin en terminant, les propositions et conclusions que résument mes principales communications sur le choléra. Elles ne sont que l'expression et le résumé des faits

que j'ai observés et rassemblés dans le cours de ma carrière.

M. FAUVEL, sans reprendre une fois de plus une discussion qui lui semble épuisée, se bornera à rétablir les faits.

M. Guérin a dit que le choléra ne s'était généralisé ni lors de l'exposition de Paris en 1867, ni lors de l'exposition de Vienne en 1873.

Si en 1867 il n'a pas atteint Paris, c'est qu'alors Paris venait à peine de sortir d'une épidémie considérable, celle qui avait débuté en 1865 et s'était encore fait sentir, quoique plus faiblement dans cette capitale, en 1866. Or c'est une règle que le choléra, une fois éteint dans une ville, perd pour quelque temps le pouvoir d'y exercer de nouveau ses ravages. En 1867, donc, le choléra qui s'était éteint dans à peu près toute l'Europe, qui n'existait plus qu'aux confins de la Pologne et de la Russie, n'avait plus de prise sur les pays qu'il avait récemment quittés, sur Paris par exemple.

Quant à 1873, c'est autre chose.

Le choléra existait à Vienne lors de l'exposition, mais il existait aussi en France, un peu à Paris, beaucoup en Normandie; dans cette province il fut même très grave. Si donc le choléra ne fut pas importé de Vienne en France, c'est pour une raison bien simple, c'est qu'il était déjà en France.

Cette même année, d'ailleurs, il sévissait aussi sur les côtes de l'Italie, à Naples, etc.; le midi de la France se trouvait donc très menacé. Mais on établit des quarantaines, et l'épidémie ne franchit pas les murs des lazarets. Il y eut à Marseille une épidémie de choléra dans le lazaret, mais il n'y eut pas de cas en ville. C'est donc là un très bon exemple de l'efficacité des mesures de protection.

M. GUÉRIN. M. Fauvel ne se rappelle pas dans tous leurs détails les faits dont il parle. En 1873, le choléra existait à Vienne depuis le commencement de l'année et il ne parut à Paris que vers la fin de cette année. Ainsi, pendant 7 ou 8 mois, les visiteurs de l'exposition ont pu aller impunément d'une ville à l'autre, sans que le choléra les suivît.

Quant à l'exposition de 1867, elle attira des visiteurs venus de pays où le choléra régnait : c'est incontestable, et la théorie de M. Fauvel n'explique pas aussi bien qu'il le croit l'immunité dont a joui Paris.

En effet, si le choléra perdait toute prise sur un pays où il s'est récemment éteint, on ne verrait jamais survenir de recrudescence subite de l'épidémie. Or il y en eut souvent, par exemple en 1832, où le choléra semblait définitivement disparu de Paris, quand il éclata de nouveau et se mit à y sévir de plus belle.

Tout prouve donc que le choléra est le résultat de conditions climatériques et individuelles qui se développent, à un moment donné, dans les pays où il éclate; et que ce n'est pas le produit pur et simple d'une importation. D'ailleurs les médecins de l'Inde, mieux placés que tout autre pour bien l'observer, sont absolument de cet avis. Ils le voient éclater dans cent lieux à la fois sans importation supposable.

M. FAUVEL. En 1873, le choléra ne parut pas très tard à Paris. Il existait en Normandie dès le mois d'août, et à Paris dès le mois de septembre. Il ne s'écoula donc pas un temps très long entre l'ouverture de l'exposition de Vienne et l'apparition de la maladie en France.

M. Guérin invoque le témoignage des médecins de l'Inde; mais en vérité on ne saurait dire à quels mobiles ils obéissent quand ils s'obstinent à ne pas voir les faits tels qu'ils sont. Il existe dans l'Inde des foyers d'endémie. De ces foyers où le choléra règne à l'état permanent, l'épidémie rayonne, grâce à la théorie, toute mercantile, qui fait regarder ces foyers comme non dangereux.

M. GUÉRIN. S'il en était ainsi, tous les navires venant de l'Inde devraient apporter le choléra.

M. FAUVEL. Cela dépend de la nature et de la clientèle de ces navires. Le choléra ne s'embarque guère sur les paquebots postaux, qui transportent surtout des gens riches, vivant dans de bonnes conditions d'hygiène; mais il arrive par les navires chargés de pauvres pèlerins. Depuis longtemps l'expérience est faite. En Inde même, tous les quatre ou cinq ans, par le rayonnement des foyers d'endémie, une nouvelle épidémie éclate et s'étend à quelques provinces; puis une accalmie lui succède, due à l'immunité que confère toujours pour une certaine période une épidémie antérieure.

M. JULES ROCHARD. Il ne s'agit pas aujourd'hui d'une question de doctrine, mais d'une question de fait. M. Fauvel, avec sa compétence toute spéciale et à l'aide de documents d'une exactitude incontestable, nous a démontré que le choléra qui règne en ce moment en Égypte y a été importé, et que cette importation est le résultat de la suppression des mesures sanitaires qui la protégeaient depuis seize ans. Les mesures adoptées à la suite de la conférence de Constantinople ont été rigoureusement exécutées par le conseil sanitaire international d'Égypte tant que la parole du représentant de la France y a été écoutée. Depuis que l'Angleterre a eu la haute main sur les affaires d'Égypte, l'action du conseil international a cessé de s'exercer, les quarantaines qui protégeaient le pays et l'Europe ont été supprimées, les provenances de l'Inde, et notamment celles de Bombay, ont été admises en libre pratique. Les pèlerins de la Mecque eux-mêmes ont cessé d'être l'objet de la surveillance sévère à laquelle ils étaient depuis longtemps soumis. Depuis longtemps la France, par la voix de ses consuls, de ses médecins sanitaires, donnait à l'Égypte des avertissements qui n'étaient pas écoutés. Depuis plusieurs mois, l'invasion du choléra en Égypte était prédite, annoncée comme devant être la conséquence inévitable de la mise en oubli des précautions sanitaires si efficaces jusqu'alors. Les avertissements, les prières, n'ont pas été écoutés, et le choléra s'est déclaré à Damiette. Il s'est répandu de là dans toute l'Égypte. Comme le disait mardi dernier M. Bouley, s'il avait fallu donner une preuve de plus de la transmissibilité du choléra, ce qui vient de se passer en serait la preuve éclatante, et je m'étonne encore qu'on ne trouve pas la démonstration évidente.

Maintenant personne ici ne suppose que si nous tenons à établir ces faits, ce soit pour le seul plaisir de récriminer contre une nation amie. Je n'incrimine pas ses mobiles. L'Angleterre, pour des raisons que je n'ai pas à sonder, a sur ces questions des doctrines opposées aux nôtres. Ces doctrines ont prévalu en Égypte. Nous en subissons la conséquence. Eh bien, il faut tirer de là un enseignement pour l'avenir. Si nous échappons au péril qui nous menace, il faut qu'on ne nous le fasse plus courir de nouveau. Sinon, si nous le subissons dans toute sa rigueur, il faut que ce soit la dernière fois.

Ce que je tiens à constater, c'est que les opinions de M. Jules Guérin lui sont personnelles et que pas un de nos collègues n'est venu à la tribune pour les défendre.

M. JULES GUÉRIN. Je n'ai besoin de personne pour me défendre. Mes opinions sont basées sur plus de quarante ans d'expérience, et elles sont confirmées par les faits. Vous dites qu'il est démontré que le choléra a été importé en Égypte; or voici une lettre du docteur de Castro, médecin sanitaire italien à Damiette, qui déclare que le choléra existait déjà dans cette ville avant l'arrivée du chauffeur qu'on accuse de l'y avoir importé. Je le répète, dans toutes les épidémies, si on veut aller au fond des choses, on voit que le choléra a été précédé par des diarrhées prémonitoires qui ont préparé le terrain. On ne peut jamais réellement trouver et désigner l'importateur du mal, pas plus du reste pour le choléra que pour les autres maladies du même genre.

M. ROCHARD. Je sais fort bien que M. Jules Guérin n'a besoin de personne pour défendre ses opinions. Tout le monde dans l'Académie connaît le talent et la persévérance qu'il met à les soutenir. Je n'ai point à discuter la valeur de l'opinion du médecin dont M. Guérin a lu la lettre; il est toujours très malaisé de s'exprimer sur le compte des personnes, et d'ailleurs ce confrère m'est inconnu. Je m'appuie sur le rapport des médecins français d'Égypte, sur ceux de quelques médecins anglais. Je m'appuie surtout sur les faits. On n'a pas pu suivre la contagion à la trace, me dit M. Guérin; lorsque le chauffeur du *Timor* est arrivé à Damiette, le choléra y était déjà. Que m'importe! et qui ne sait pas

qu'en pareille occurrence on ne suit jamais la maladie dans toutes ses pérégrinations. Lorsqu'on voit partir un coup de canon et qu'à quelques kilomètres de là on voit tomber une file d'hommes, on sait très bien que le boulet qui les renverse est parti de la pièce, quoiqu'on n'ait pu le suivre de l'œil dans son trajet. Eh bien, nous voyons partir des navires de Bombay, où règne le choléra ; nous les voyons arriver en Égypte, communiquer librement, et le choléra apparaît là où il n'était pas apparu depuis des années, et vous ne voulez pas que nous voyions entre ces deux faits une corrélation aussi directe qu'entre ceux que j'ai pris pour exemple! M. Guérin voudrait peut-être m'entraîner sur un autre terrain, sur celui de la diarrhée prémonitoire, mais je me garderai bien de l'y suivre. Je ne m'écarte pas de mon assertion première. Le choléra a été importé en Égypte parce qu'on a supprimé les digues qui l'empêchaient d'y entrer. La suppression des quarantaines est le fait de l'influence anglaise ; il ne faut pas que cela recommence et je prends acte de ce fait que l'Académie tout entière est de mon avis. (Applaudissements.)

RAPPORTS

M. **CHARCOT** lit un rapport sur le concours du prix Civrieux pour 1882.

M. **BAUDRIMONT** lit une série de rapports sur des remèdes secrets ; les conclusions, toutes négatives, sont adoptées.

M. **GATINEAU** lit un rapport sur des demandes en autorisations d'exploiter des eaux minérales.

L'Académie se forme en comité secret.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

CIRCULAIRE.

LE MINISTRE DE LA GUERRE

A MM. les gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, les généraux commandant les corps d'armée, le général commandant le corps d'occupation de Tunisie.

Paris, le 21 juillet 1883.

Au sujet de la répartition du personnel et du fonctionnement du service de santé dans les hôpitaux militaires et le corps de troupe.

Mon cher général,

Le décret du 23 mars 1852, en créant parmi les médecins militaires deux catégories exclusivement affectées, l'une aux corps de troupe, l'autre aux hôpitaux, avait rendu très difficile le fonctionnement du service de santé et provoquait de nombreuses et fréquentes réclamations au sujet de la répartition du personnel.

Il est arrivé, en effet, que, dans une ville où le personnel affecté à l'hôpital était plus que suffisant, un régiment dont les médecins n'étaient pas au complet, s'est trouvé dans l'obligation de requérir des médecins civils pour assurer le service de ses détachements, et que, au contraire, le personnel de ce même hôpital étant momentanément réduit, soit par suite de l'absence d'un médecin traitant, soit par un prélèvement opéré pour le service d'un hôpital thermal, on a été forcé de confier une division de malades à un aide-major.

J'ai dû me préoccuper de cette anomalie, préjudiciable à la bonne exécution du service.

Déjà la loi du 7 juillet 1877 avait ouvert les hospices militarisés aux médecins des corps de troupe, lorsque le décret du 21 avril dernier est venu fusionner en un corps homogène les médecins militaires, qui tous, sauf les médecins principaux, sont appelés à servir successivement dans les hôpitaux et les régiments.

C'est en prenant pour base cette unification du corps de sante que j'ai procédé à la répartition des médecins nouvellement promus, et que j'ai prescrit d'autres mutations, de manière à compléter, avant tout, dans chaque régiment ou bataillon, le nombre de médecins qui lui sont attribués d'après les tableaux annexés à la loi du 13 mars 1875. Ce cadre n'avait jamais été rempli jusqu'à présent, et cependant c'est au service de santé régimentaire que les formations sanitaires de la mobilisation empruntent leurs plus importantes ressources. D'un autre côté, c'est surtout dans les corps, par un contact incessant avec la troupe et par leurs relations continuelles avec le commandement, que les médecins militaires apprennent à connaître le soldat et ses besoins et qu'ils se familiarisent avec les principes de discipline sur lesquels repose l'autorité militaire qu'ils sont eux-mêmes appelés à exercer dans les hôpitaux et dans les ambulances, à l'intérieur et en campagne.

Mais tout en dotant les corps de troupes de leur personnel réglementaire, bien que le cadre des médecins militaires soit encore incomplet, il fallait assurer le service des hôpitaux militaires. C'est pourquoi j'ai arrêté les dispositions suivantes, qui me paraissent répondre à la plupart des éventualités :

1° Dans un corps de troupe, le médecin chef de service est chargé de la direction du service et de l'infirmerie régimentaire ; il reste toujours à la portion principale. Les médecins en sous-ordre concourent, à tour de rôle, au service extérieur : marches, exercices au dehors, tir à la cible, baignades ; ils peuvent être détachés avec des fractions de corps ; le plus ancien marche le premier.

2° Un médecin du corps est toujours attaché à un bataillon détaché dans une localité où il tient seul garnison. Quand ce bataillon occupe une localité qui compte d'autres corps de troupes, le service de santé peut y être réglé comme il est dit ci-dessus, au paragraphe 5.

3° Dans le cas où un corps est appelé à fournir deux détachements d'un bataillon chacun, et si ce corps tient garnison dans une localité qui possède un hospice civil militarisé, le deuxième médecin à détacher reste à la portion centrale, avec le médecin chef de service, qui est chargé du service des salles militaires de l'hospice; il en est rendu compte au ministre, qui prescrit les mesures nécessaires.

4° Dans une place dont la garnison comprend plusieurs corps de troupe, il est institué un tour de service extérieur, auquel prennent part tous les médecins en sous-ordre, employés dans les corps, et les aides-majors de l'hôpital. Ce service, qui peut être commandé suivant les circonstances, soit par jour, soit par semaine, a pour but d'assurer, autant que possible, la présence d'un médecin militaire aux exercices à feu, aux baignades et aux manœuvres pendant la saison d'été.

5° Tout détachement qui, pour les causes indiquées aux paragraphes 2 et 3, n'a pas de médecin, est rattaché, par ordre du général commandant la subdivision, à un corps de la place; le médecin chef de service de ce corps fait les visites journalières et reçoit dans son infirmerie les malades de ce détachement.

6° Chaque hôpital militaire reçoit un nombre de médecins traitants en rapport avec le mouvement des malades; en cas d'absence ou d'insuffisance numérique de ces médecins traitants, les médecins-majors de première et de deuxième classe des corps de la garnison sont appelés à remplir ces fonctions. En cas d'insuffisance du nombre des aides-majors, le service est fait par les élèves du service de santé militaire dans les villes sièges de faculté ou d'école de médecine de plein exercice, ou par les aides-majors et les majors de deuxième classe, les moins anciens, employés dans les corps de troupe; dans ce dernier cas, le service ne dépasse pas les limites fixées par l'article 51 du règlement sur le service de santé.

Le médecin chef veille à l'exécution rigoureuse des prescriptions contenues dans les articles 595 et 597 du même règlement; il ne perd pas de vue que le concours des médecins des corps est toujours subordonné à l'accomplissement de leurs obligations régimentaires.

7° Le service, dans les détachements inférieurs à un bataillon, est toujours confié, autant que possible, à des médecins de la localité appartenant à la réserve ou à l'armée territoriale.

Il appartient au directeur du service de santé de votre corps d'armée, en s'inspirant de ces dispositions, de vous renseigner sur tous les besoins, et de vous soumettre les désignations des médecins placés sous vos ordres, pour assurer, dans chaque garnison, le service sanitaire des corps de troupe et des hôpitaux militaires, ou des hospices militarisés.

Il doit être entendu que tous les médecins militaires employés dans votre corps d'armée continueront à compter au corps ou à l'établissement que leur assignent leurs lettres de service, et qu'ils ne pourront être chargés de fonctions accessoires que dans la localité où ils résident ; dans le cas où il vous paraîtrait indispensable de détacher un médecin dans un corps ou dans un établissement autre que celui auquel il est affecté, il y aurait lieu de m'en référer.

Je compte sur le dévouement des médecins militaires de tous grades pour accepter le surcroît de fatigues que peut leur imposer le nouveau fonctionnement du service, et je vous prie de me faire connaître, en m'accusant réception de la présente dépêche, les mesures que vous aurez ordonnées pour en assurer l'exécution.

Le Ministre de la guerre,

THIBAUDIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — (Section d'anatomie et de physiologie.) La soutenance des thèses a lieu dans l'ordre suivant :

1er août. M. Reynier, argumenté par MM. Imbert et Debierre. — M. Variot, argumenté par MM. Wertheimer et René.

2 août. M. Wertheimer, argumenté par MM. Quénu et Demon. — M. Demon, argumenté par MM. Reynier et Planteau.

3 août. M. Debierre, argumenté par MM. René et Wertheimer. — M. Imbert, argumenté par M. Variot et Quénu. — M. Quénu, argumenté par MM. Debierre et Demon.

4 août. M. Planteau, argumenté par MM. Variot et Reynier. — M. René, argumenté par MM. Planteau et Imbert.

— L'épidémie cholérique en Égypte reste à peu près stationnaire comme mortalité. Voici les chiffres des dernières journées connues :

26 juillet. — Le Caire, 320 ; Chirbine-el-Kom, 105 ; Mehallet-el-Kébir, 52 ; Tantah, 28 ; Ghizeh, 31 ; autres localités, 28.

27 juillet. — Le Caire, 299 ; Chirbine-el-Kom, 132 ; Alexandrie, 1 ; Tantah, 29 ; Ismaïlia, 16 ; autres localités, 63.

28 juillet. — Le Caire, 307 (moins le chiffre des hôpitaux) ; Chirbine-el-Kom, 71 ; Tantah, 46 ; Mehallet-el-Kébir, 84 ; Alexandrie, 1 ; autres localités, 20.

29 juillet. — Le Caire, 323 ; Tantah, 34 ; Zagazig, 18 ; Benha, 17 ; Alexandrie, 4 ; Ismaïlia, 7 ; autres localités, 201.

30 juillet. — Le Caire, 274 ; Tantah, 34 ; Zagazig, 21 ; Benha, 34 ; Rosette, 17 ; Alexandrie, 4 ; Ismaïlia, 8.

— Nous annonçons avec regret la mort de M. le docteur Th. Caradec, ancien médecin de première classe de la marine, médecin de l'hospice civil de Brest, survenue à la suite d'une piqûre qu'il s'était faite en opérant un malade de son service.

— M. le docteur Sevestre est nommé médecin du collège Chaptal.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14881.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Le choléra. — Le traitement du choléra. — Anesthésie symétrique des extrémités chez les buveurs de liqueurs fortes. — Vices de conformation de la bouche chez un nouveau-né. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Décret fixant le régime des cours dans les facultés, écoles supérieures, de plein exercice et préparatoires. — Souscription pour élever une statue au professeur Bouillaud. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le choléra.

Il est certain que quand on se trouve sous le coup d'une épidémie qui débute ou qui s'atténue, quand on désire persuader aux autres ou se persuader à soi-même que le choléra asiatique n'est pas encore ou n'est plus en action, bien des cas de ce choléra, du choléra vrai, sont attribués au simple choléra nostras.

Comme le dit avec raison M. Jules Guérin, toutes les éclosions officiellement reconnues du choléra épidémique dans nos contrées sont précédées d'une période durant laquelle, outre un très grand nombre de diarrhées spéciales, de cholérines, on peut rencontrer quelques cas de choléra, dit choléra *nostras*. En réalité, ce sont là des avant-coureurs de l'épidémie, et dans leur nature ou dans leur marche rien n'autorise à les en isoler.

Il ne faut pas plus en isoler les faits qui viennent à sa suite, car elle peut laisser derrière elle des germes endormis qui, durant quelque temps, sont susceptibles de se réveiller.

Mais est-ce une raison pour que toujours, partout, ce qu'on nomme choléra nostras soit identique comme nature au vrai choléra asiatique? S'il en était réellement ainsi, ce serait un grand argument contre la doctrine de l'importation.

En effet, il n'est guère d'années où l'on n'observe, par-ci, par-là, quelques cas de choléra *nostras*, plus ou moins graves, parfois terminés par la mort. Des faits de ce genre ont été décrits avant qu'on ne connût le choléra épidémique venu de l'Inde.

Ils se produisent à certaines saisons, spontanément pour ainsi dire, sous des influences locales, climatériques, individuelles, qui peuvent les multiplier au point de simuler une endémie.

Si la nature en était la même que celle du fléau indien, entre l'endémie et l'épidémie il n'y aurait qu'un pas, sans doute bientôt franchi. On verrait naître le choléra contagieux, sans importation, à Paris même, indépendamment de sa présence dans toute autre contrée du monde.

Or les choses ne se passent pas ainsi. Jamais on n'a vu une épidémie de choléra, ne s'étant montrée antérieurement nulle part ailleurs, naître à Paris, pour gagner de là les pays chauds très favorables à son développement.

Il faut donc autre chose que des causes locales pour l'apparition d'une épidémie cholérique dans nos climats. Pour que le mal gagne de proche en proche, pour qu'il s'étende de ville en ville, il faut qu'il soit venu d'Asie. Si l'on peut en tracer la marche depuis l'Asie, il est à l'état d'épidémie dès ses premières manifestations. Autrement, quel que soit le nombre des victimes, s'il s'agit vraiment de cette maladie née sur place, qu'on appelle choléra nostras, aucun foyer de contagion envahissante ne se produira, tout cessera avec un changement de saison, avec la suppression des causes qui avaient amené l'endémie.

Cela seul suffirait déjà pour établir la diversité de nature entre le choléra indien et le choléra sporadique proprement dit.

Mais ce n'est pas tout. D'après les principes si justes posés par M. Jules Guérin sur l'atténuation des maladies, l'étude des formes ébauchées que l'on observe de part et d'autre vient dissiper jusqu'au dernier doute.

En effet, comme l'a fort bien montré M. Chauffard, ce qu'on rencontre comme accompagnement du choléra nostras alors qu'il se produit loin de toute épidémie du choléra indien, outre des diarrhées ordinaires, ce ne sont pas de vraies cholérines, des diarrhées très liquides, aqueuses, riziformes, sans coliques et même sans malaises ; ce sont, au contraire, des dysenteries avec ténesme, parfois très douloureuses, parfois accompagnées déjà de nausées et de vomissements.

Les symptômes dits cholériques sont donc la plus haute expression d'au moins deux affections différentes entre elles, comme ils peuvent parfois résulter de certains empoisonnements poussés très loin. Mais ces apparences communes ne doivent pas conduire à confondre ce qui se distingue par la cause, le point de départ, la contagiosité, la marche, la nature intime.

Le choléra épidémique est une maladie à germes, une maladie microbienne selon toutes probabilités, et en attendant que les germes aient été isolés *in natura rerum*, on peut étudier dans les diverses épidémies leur mode d'action, de propagation, et leurs conditions d'existence.

A mesure qu'ils s'éloignent des régions intertropicales, ils s'affaiblissent. Pour agir avec énergie, ils ont besoin d'arriver en masses ; c'est pourquoi les navires, où ils sont con-

centrés dans de vastes espaces, à peu près clos durant le voyage, leur conviennent beaucoup mieux que les chemins de fer, où une aération fréquente et rapide les dissémine. De même dans les caravanes qui traversent longtemps des déserts étendus, le milieu humain nécessaire pour qu'ils se régénèrent et pullulent leur manquant bientôt, quand la totalité des individus de la caravane ayant été plus ou moins atteinte devient réfractaire à toute nouvelle éclosion, les anciens finissent par rester en route ou du moins arrivent en si petit nombre qu'ils sont à peu près sans action.

La période prémonitoire qui précède les épidémies de choléra dans nos pays, tient essentiellement à cette faiblesse relative de germes trop disséminés, jusqu'au moment où, multipliés par importations successives et par évolution locale, ils se trouvent assez puissants pour que l'épidémie proprement dite éclate.

Cette période prémonitoire n'est nullement indispensable quand le choléra est importé par des navires en certain nombre ou des groupes d'individus arrivant vite et directement d'un lieu violemment contaminé. Aussi a-t-elle manqué le plus souvent en Égypte.

D'ailleurs le climat de l'Égypte convient très bien à la culture du germe et à sa multiplication sans affaiblissement. Il y pullule avec une énergie sans pareille et y prend des forces pour de nouvelles invasions.

C'est pourquoi il importe tant de mettre obstacle à sa pénétration en Égypte, pourquoi il est si difficile, quand une fois il s'y est établi, de l'empêcher d'aller plus loin.

Telle est, dans ses preuves fondamentales et ses principales données, la théorie, toute française, de l'importation du choléra; il nous a paru important de la rappeler en ce moment où l'Angleterre, non seulement dans la pratique, par son influence, par ses agents diplomatiques et ses fonctionnaires salariés, mais en théorie, par les médecins envoyés en mission *ad hoc*, ne cesse de faire les plus grands efforts pour qu'elle soit remplacée par celle des éclosions locales indépendantes.

Le traitement du choléra.

A propos d'une note sur le traitement du choléra présentée à l'Académie de médecine par un praticien qui avait soigné un très grand nombre de cholériques dans une zone assez étendue d'un département infecté, et publiée, à titre de document ou pour mieux dire de témoignage, par la *Gazette des hôpitaux*, nous avons reçu plusieurs lettres rappelant des livres, des brochures ou des articles antérieurs.

Par exemple, le savant bibliothécaire de la Faculté de Nancy, M. Netter, dont les travaux sont trop connus de nos lecteurs pour qu'il soit besoin de les leur remettre sous les yeux, insiste de nouveau sur l'efficacité de la méthode qu'il préconise, c'est-à-dire de l'ingestion de grandes quantités de liquides pour diminuer l'épaississement du sang et rendre possible la réaction.

Nous ne devons pas consacrer en ce moment un trop grand espace à ces questions du traitement à opposer au choléra, car l'absence jusqu'ici complète de toute diarrhée prémonitoire, la température de cette saison qui est restée relativement froide en pleine canicule, l'approche de l'automne, etc., commencent à faire espérer que la France échappera peut-être cette fois aux atteintes de l'épidémie.

Bornons-nous donc à rappeler brièvement un souvenir personnel qui vient à l'appui de la méthode de M. Netter.

Après l'épidémie de 1863, l'année suivante, durant la saison chaude, le choléra reparut à l'Hôtel-Dieu de Paris, et y fit beaucoup de victimes, sans se répandre en dehors de ses murs.

Il y gagna de lit en lit, frappant presque tous les malades qui s'y trouvaient pour d'autres causes. Les symptômes, en apparence, n'avaient rien de bien redoutable. Trousseau parvint facilement à arrêter les vomissements et la diarrhée en interdisant absolument toute boisson et en faisant administrer, de demi-heure en demi-heure, un mélange de laudanum, d'essence de menthe et d'éther. Les crampes et les douleurs ne semblaient pas très fortes. Souvent, au bout de quelques heures, il se faisait un commencement de réaction. On aurait pu croire qu'avec ce mal sans grand tapage, des individus peu affectés devaient tous guérir. Mais c'était le contraire qui se produisait : ils mouraient tous. Le seul que j'aie vu se rétablir était un Auvergnat qui paraissait atteint beaucoup plus gravement que les autres. Il avait demandé d'une voix éteinte qu'on lui permît de prendre un bain, et Trousseau qui le regardait comme fatalement condamné, n'avait pas voulu s'opposer à cette fantaisie d'un mourant. Le lendemain, au grand étonnement de tout le monde, il allait mieux, et on apprit, par l'infirmier, que, durant son bain, se trouvant placé du côté du robinet d'eau froide, il en avait profité pour boire une quantité d'eau considérable. Il demandait un second bain. Trousseau ordonna qu'on le plaçât, cette fois, du côté du robinet d'eau chaude. Le lendemain il était tout à fait en bon état; mais l'infirmier conta qu'en se laissant glisser et en s'enfonçant peu à peu dans la baignoire, il avait bu près du tiers de l'eau de son bain. Il avait aussi volé un pain, qu'il avait mangé. On lui reprocha sévèrement ce vol, et il fut expulsé, guéri, de l'hôpital.

Anesthésie symétrique des extrémités chez les buveurs de liqueurs fortes.

Parmi les signes caractéristiques de cette forme d'alcoolisme que produit l'abus des liqueurs fortes autres que l'absinthe, M. Lancereaux, ainsi que nous l'avons dit déjà, signale avec grande insistance une anesthésie relative occupant une hauteur proportionnelle égale sur chacun des membres, à partir de leur extrémité. Il attache une haute valeur à ce signe, qu'il considère comme trop peu connu même par ceux qui ont étudié spécialement l'alcoolisme.

Cette anesthésie relative existe actuellement chez deux malades reçus le même jour dans son service et examinés devant nous lors de leur entrée.

Chez tous les deux, après avoir déterminé par le pincement et la piqûre ses limites sur l'une des jambes, M. Lancereaux a pu marquer avec précision les points exacts où sur l'autre jambe et les avant-bras la sensibilité se retrouverait normale.

Au point de vue de l'alcoolisme, voici les lignes principales de la première de ces observations.

Le malade du n° 2, entré le 19 juillet, est un ancien brigadier forestier, âgé de quarante-sept ans. Il ne comprend pas comment on peut le considérer comme alcoolique, car, en dehors du vin des repas, pris en grande abondance, en dehors des excès occasionnels avec des amis, en dehors des pousse-café, il se bornait à boire chaque matin en se levant une certaine quantité d'eau-de-vie qui, avec un morceau de pain, lui servait de déjeuner. Il perdit sa femme, il y a sept

ans, et il se démit de sa place pour prendre un travail sédentaire. Depuis lors, il a des cauchemars presque toutes les nuits, ce qu'il attribue au chagrin que lui causa la mort de sa femme. Il a des pituites le matin; quand il pose les pieds à terre, il vomit un liquide filant ou de la bile; mais il soutient n'avoir jamais eu de vertige, jamais de mal de tête. Ses mains tremblent toujours un peu. Ce tremblement, habituellement très faible, va en s'accentuant les jours d'orage au point de le mettre parfois dans l'impossibilité d'écrire. Ces mêmes jours, il se sent tremblant de tout le corps, il est encore plus impressionnable, plus irritable que d'habitude, mais il ne ressent pas d'oppression. Il est entré à l'hôpital parce qu'il toussait, et, en effet, on trouve au sommet du poumon quelques signes de tuberculose.

Le chatouillement de la plante des pieds ne provoque chez cet homme aucune action réflexe, aucune sensation notable. La sensibilité cutanée, soit au pincement, soit à la piqûre, est diminuée manifestement sur les deux membres inférieurs jusqu'au-dessous du genou, vers le troisième tiers de la jambe à partir du pied; et sur les membres supérieurs jusqu'au-dessous du coude, vers le troisième tiers de l'avant-bras à partir de la main.

VICES DE CONFORMATION DE LA BOUCHE

CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

Par M. le docteur Amédée Sourrouille.

La nommée X..., d'A... (Landes), est accouchée à terme, dans la nuit du 20 août dernier, d'une fille bien constituée, mais atteinte des vices de conformation suivants :

La lèvre supérieure présente, dans sa partie médiane, une large solution de continuité circonscrivant un orifice irrégulier qui encadre, à son tour, une tumeur de forme quadrangulaire, dure, bosselée et d'un rouge vif. Fixée au cartilage de la cloison des fosses nasales par un court pédicule de nature fibreuse, libre de toute adhérence avec les parties voisines, elle a une direction un peu oblique de gauche à droite et de bas en haut, de telle sorte que, dans cette position, elle ferme l'ouverture de la fosse nasale droite en relevant l'aile du nez du même côté.

Deux petits mamelons latéraux, symétriques, formés par les bourgeons incisifs, seuls et uniques représentants de toute la portion antérieure du maxillaire supérieur, sont séparés par un raphé à leur point de jonction, et supportent un lambeau charnu un peu saillant de bas en haut, vestige rudimentaire de la partie médiane de la lèvre supérieure.

Le nez est large et aplati. L'intérieur de la bouche a un aspect non moins étrange.

Toute la partie antérieure du maxillaire supérieur jusqu'à ses bords, la voûte palatine, le voile du palais, manquent totalement.

La cloison des fosses nasales existe en entier. Ces fosses établissent entre elles et la bouche une communication si large, que les trois cavités n'en forment qu'une seule. Le nom de *gueule de loup* a été donné à cette infirmité.

Le tragus de l'oreille droite est représenté par un petit tubercule qui laisse à découvert l'orifice du conduit auditif externe.

Les causes de ces vices de conformation de la bouche, dues à un arrêt de développement, sont aujourd'hui suffisamment connues. Entrevues par Gœthe, au commencement du siècle, puis par Meckel et Geoffroy Saint-Hilaire, elles ont été démontrées, pour la première fois, avec preuves à l'appui, par Coste, le savant et illustre professeur du Collège de France.

Par la description de tout ce qui précède, il est aisé de se rendre compte combien il est difficile d'alimenter cette petite fille.

A l'aide d'une éponge cylindro-conique, coiffée d'un linge de lin très fin, on exprime le lait goutte à goutte dans la bouche de l'enfant. Cette précaution s'impose à cause de la lenteur et de la difficulté de la déglutition. Car, si on versait le liquide avec plus de précipitation, on risquerait fort d'en introduire dans les voies aériennes, ce qui occasionnerait des accidents asphyxiques graves.

Ce moyen donne *momentanément* des résultats satisfaisants. Toutefois, il ne faut pas compter sur leur durée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juillet 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS.

Ablation d'un cancer de la vessie. — **M. MONOD** lit un rapport sur une communication de M. Bazy, relative à un cas d'ablation d'un cancer de la vessie.

M. DESPRÉS s'associe aux réserves formulées par M. Monod, mais non à sa conclusion. Il importe avant tout, selon lui, de faire un bon diagnostic. Il a dans ce moment, dans son service, une femme cachectique, atteinte d'un cancer de la vessie datant seulement de cinq mois et l'ayant déjà conduite à la cachexie cancéreuse; en pareil cas, toute opération est impossible. Il faut bien distinguer de ces cas, au point de vue de l'intervention, ceux où il s'agit de simples polypes de la vessie dont l'arrachement est surtout favorable chez les jeunes sujets.

M. Monod a été un peu trop silencieux sur un point d'histoire; il semblerait, d'après son rapport, que l'idée d'établir une fistule pour apaiser une cystalgie fût une idée nouvelle. Sans parler de Velpeau, de Nélaton, de Dupuytren, je citerai Avicenne, qui vivait au XIe siècle, qui dit très nettement que dans les cas où on n'arrive pas à soulager les douleurs de calculs, il faut pratiquer une boutonnière périnéale; c'est là une opération connue; je ne sais si elle a déjà été appliquée au traitement des cancers de la vessie, mais elle a été pratiquée, comme opération palliative, dans les cas de gros calculs qu'on ne pouvait opérer.

M. VERNEUIL. C'est peut-être la première fois que la question de l'intervention chirurgicale dans les cas de cancers de la vessie est portée devant la Société. C'est avec raison que M. Monod a comparé cette opération à l'entérotomie dans les cas d'obstruction intestinale par un néoplasme, à l'anus artificiel dans les cas de cancer du rectum : opérations qui procurent aux malades un soulagement considérable. Peut-être en serait-il de même de l'ouverture de la vessie dans les cas de cancer de cet organe. M. Bazy dit : Ouvrons la vessie, attaquons la tumeur; si celle-ci est inopérable, nous aurons, par l'ouverture seule de la vessie, procuré un soulagement au malade. Moi, je renverserais plutôt la proposition et donnerais la préférence à l'opération palliative sur l'opération radicale; je dirais donc : Ouvrons la vessie pour soulager le malade, et si nous trouvons une tumeur opérable, opérons-la.

M. MARCHAND cite l'observation d'une jeune fille de 21 ans, atteinte depuis longtemps de douleurs vésicales très vives et de mictions très fréquentes; le toucher vésical, le canal de l'urètre ayant été dilaté sous l'influence du chloroforme, permit de reconnaître, sur le fond de la vessie, dans sa paroi même, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon. Le siège même de cette tumeur, le voisinage du péritoine, ont empêché M. Marchand d'en pratiquer l'ablation, bien que cette tumeur soit bénigne, comme l'indique sa marche lente.

M. MONOD fait observer que le diagnostic est très difficile. On ne peut se guider que sur les symptômes fonctionnels. L'incision de la vessie a été très nettement conseillée, pour la première fois, contre la cystalgie, par Thompson.

M. MARC SÉE fait remarquer qu'on n'a pas assez insisté, dans cette discussion, sur le fongus bénin de la vessie qui donne lieu souvent à des hémorragies très graves et que l'on peut enlever facilement avec de grandes chances de guérison complète et radicale.

Épanchement sanguin considérable. — **M. POLAILLON** fait un rapport sur une communication de M. Gripat (d'Angers), relative à un cas d'épanchement sanguin considérable dans la cavité de Retzius. Il s'agit d'un cavalier ayant fait un violent effort pour retenir son cheval près de tomber sur une pente rapide et qui fut pris aussitôt d'une douleur telle qu'on dut le descendre de son cheval et le transporter avec les plus grandes précautions. Presque aussitôt apparut une tuméfaction considérable de la partie inférieure du ventre, du scrotum, du périnée et de la partie supérieure des cuisses.

Le cathétérisme n'amena pas de sang ; il n'y eut pas de fièvre, ni de vomissements, par conséquent pas de péritonite. Il y eut une syncope indiquant une hémorragie considérable. M. Gripat pensa qu'il y avait dû y avoir une rupture de l'artère épigastrique gauche et une paralysie de la vessie. La guérison de l'épanchement sanguin put être obtenue, mais très lentement. Ce sont là des cas rares ; Richeraud, Legouest, dans la *Gazette des hôpitaux*, ont cité quelques exemples analogues. Dans ce fait, M. Polaillon croit devoir admettre qu'il y a eu rupture musculaire.

M. DESPRÉS dit que c'est là une hypothèse et qu'il est difficile d'admettre une rupture musculaire sans un écartement des fibres bien appréciable.

M. POLAILLON maintient qu'il a dû y avoir une rupture musculo-artérielle de la paroi abdominale.

Ablation d'un énorme enchondrome de l'épaule. — **M. BERGER** présente un homme de 27 ans, sur lequel il a enlevé une énorme tumeur chondromateuse de l'épaule qui pèse 33 livres et qui ne mesure pas moins de 99 centimètres dans son grand diamètre sur 93. La pièce montre que la tumeur appartenait plutôt à la partie supérieure de l'humérus. Cette tumeur donnait lieu à des douleurs, à des hémorragies et à des ulcérations. M. Berger pratiqua l'amputation inter-scapulo-thoracique. L'opération fut des plus faciles, les suites en furent simples. Le malade a bien guéri et porte actuellement un bras artificiel fabriqué par M. Collin.

La séance est levée.

DÉCRET

FIXANT LE RÉGIME DES COURS DANS LES FACULTÉS, ÉCOLES SUPÉRIEURES, ÉCOLES DE PLEIN EXERCICE ET ÉCOLES PRÉPARATOIRES.

Le président de la République française,
Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. — Les cours dans les facultés et écoles supérieures, de plein exercice et préparatoires sont ouverts le 3 novembre. — Un règlement préparé par la faculté ou école et approuvé par le recteur fixe le délai pendant lequel reste ouvert le registre d'inscription à chaque trimestre. — Les bacheliers reçus à la session de novembre, les étudiants qui n'ont passé qu'en novembre les examens correspondant aux quatrième, huitième et douzième inscriptions et les engagés conditionnels d'un an libérés à cette époque sont admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. — Il leur est accordé à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours. — Le registre est clos par le doyen ou par le directeur et visé par le recteur de l'Académie ou par son délégué.

ART. 2. — La première inscription doit être prise au commencement de l'année scolaire. — L'étudiant ne peut, en aucun cas, faire ses inscriptions par mandataire. — En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le recteur peut, sur l'avis de la faculté ou de l'école, accorder l'autorisation de prendre une inscription après clôture du registre. Il peut également, sur l'avis de la faculté, et pour raison grave, accorder à l'étudiant des facultés de théologie, de droit, des sciences et des lettres l'autorisation de prendre cumulativement plusieurs inscriptions. — Pour des motifs graves, après avis conforme de la faculté ou école, le recteur peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières inscriptions de droit, de médecine et de pharmacie avant le 15 janvier. Il n'est donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la faculté ou école après le 1er janvier. — Un rapport annuel sur les autorisations prévues au présent article est adressé par chaque doyen et chaque directeur au recteur pour être soumis au ministre. — En aucun cas, l'étudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

ART. 3. — Tout étudiant qui se présente pour prendre sa première inscription dans un établissement d'enseignement supérieur est tenu de déposer : — 1° son acte de naissance ; — 2° s'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur. (Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou tuteur) ; — 3° les diplômes exigés par les règlements.

ART. 4. — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle et, s'il vient à en changer, de faire une nouvelle déclaration. — Toute fausse déclaration de résidence peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions. — Cette peine est prononcée, sans recours, par la faculté ou école.

ART. 5. — Si la faculté ou école est établie dans une autre ville que le chef-lieu académique, le recteur commet un délégué pour remplir les fonctions qui lui incombent aux termes de l'article 1er.

ART. 6. — Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre encourt la perte d'une à quatre inscriptions ; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné pour les épreuves qui lui restent à subir pour un temps qui ne peut excéder une année. — Est passible de la même peine l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit. — La peine, dans ces différents cas, est prononcée, sans recours, par la faculté ou école à laquelle appartient l'étudiant.

ART. 7. — Il est délivré gratuitement à chaque étudiant inscrit dans une faculté ou école, en vue de l'obtention d'un grade, une carte d'inscription. Cette carte est renouvelée, au commencement de chaque année scolaire, contre la remise de la carte de l'année précédente. — En cas de perte, le titulaire en fait la déclaration au secrétariat, pour obtenir un duplicata s'il y a lieu.

ART. 8. — Les facultés ou écoles peuvent délivrer des cartes d'admission aux personnes qui désirent suivre, à titre d'auditeurs bénévoles, les conférences, les exercices pratiques et les cours réservés par le professeur aux seuls étudiants inscrits. — Ces cartes ne sont valables que pour les cours, conférences et exercices qu'elles désignent. Elles diffèrent des cartes délivrées aux étudiants inscrits.

ART. 9. — Les personnes qui désirent obtenir une carte d'admission pour les cours fermés, les conférences et exercices pratiques inscrivent, sur un registre spécial établi dans chaque faculté ou école, leurs noms, prénoms, date et lieu de naissance, et domicile. — Chaque demande inscrite sur ce registre est signée du requérant et reçoit un numéro d'ordre. Le registre est coté et paraphé par le doyen ou directeur.

ART. 10. — Les cartes d'admission sont signées du doyen ou directeur et du secrétaire de la faculté ou école ; le requérant y appose également sa signature. Elles sont timbrées du sceau de l'établissement et portent le numéro sur lequel la demande a été enregistrée. — Le professeur intéressé peut s'opposer à la remise

d'une carte à un auditeur bénévole. Dans ce cas, il expose ses motifs devant la faculté ou école, qui statue.

Art. 11. — Les inscriptions au registre dont il est question à l'article 9 et la délivrance des cartes sont faites sans aucuns frais.

Art. 12. — Les cartes d'admission ne sont valables que pour une année. Elles doivent être remplacées par de nouvelles cartes, au commencement de chaque année scolaire, contre la remise de la carte de l'année précédente. — Lorsqu'une carte d'admission est perdue, le titulaire en fait la déclaration au secrétariat ; il lui est délivré un duplicata, s'il y a lieu.

Art. 13. — Tout étudiant qui assiste à un cours doit, à la première réquisition du professeur, du doyen ou directeur, faire soit directement, soit par l'intermédiaire de leurs agents, exhiber sa carte d'inscription. — Tout auditeur pourvu d'une carte d'admission doit de même exhiber cette carte.

Art. 14. — En cas de trouble occasionné par le porteur d'une carte d'admission, la carte peut être annulée. — La faculté ou l'école peut refuser la délivrance d'une nouvelle carte.

Art. 15. — Tout étudiant qui a prêté sa carte d'inscription est passible des peines édictées à l'article 6. — Tout auditeur bénévole qui a prêté sa carte d'admission peut en être privé et être exclu des cours, conférences et exercices pratiques pour toute l'année scolaire. — L'exclusion est prononcée sans recours par la faculté ou école.

Art. 16. — Chaque faculté ou école arrête, par un règlement intérieur, sous l'approbation du recteur, en se conformant aux principes du présent décret, les moyens propres à assurer l'assiduité des étudiants. — La faculté ou école peut, à la fin du trimestre, annuler l'inscription d'un étudiant dont l'assiduité n'a pas été suffisante. Sa décision est sans appel. — L'inscription annulée ne peut être rendue que par délibération de la faculté ou école.

Art. 17. — Il est défendu à tous autres qu'aux étudiants interrogés par les professeurs de prendre la parole dans les salles d'enseignement ou d'examen.

Art. 18. — Si un cours ou un examen vient à être troublé, le professeur invite immédiatement les auteurs du désordre à sortir et les signale au chef de l'établissement, pour qu'il soit pris contre eux telle mesure que de droit. — S'il ne parvient pas à les connaître et qu'un avertissement n'ait pas suffi pour rétablir le bon ordre, il lève la séance. — Si les circonstances l'exigent, après délibération conforme de la faculté ou école, nul n'est admis au cours s'il ne présente ou ne dépose sa carte d'inscription ou d'admission ou une carte spéciale délivrée à cet effet au secrétariat de la faculté ou école. — En cas d'urgence, la mesure prévue au paragraphe précédent est prise provisoirement par le doyen ou directeur.

Art. 19. — L'examen dans lequel une fraude est constatée est nul. En cas de flagrant délit, le candidat quitte immédiatement la salle. La nullité est prononcée sans délai par le jury. Sa décision est définitive. — Le doyen ou directeur adresse, sans délai, un rapport au recteur. Le recteur décide, après en avoir référé au ministre, s'il y a lieu, de traduire le candidat devant le conseil académique. — Le conseil académique peut prononcer soit l'exclusion pour un nombre déterminé de sessions, soit l'exclusion à toujours de toutes les facultés. — La même peine peut être appliquée aux complices des candidats.

Art. 20. — Pour chaque thèse de doctorat, le doyen ou directeur désigne un ou plusieurs professeurs de la faculté ou de l'école qui examinent le manuscrit et le signent après s'être assurés que ce travail mérite d'être présenté à la soutenance publique. Le doyen ou directeur soumet le manuscrit au recteur avec un rapport où sont exposés les qualités et les défauts du travail. — Le recteur accorde ou refuse le permis d'imprimer. Dans le cas où le permis d'imprimer est refusé, si la faculté ou l'intéressé en font la demande, le recteur en réfère au ministre, qui, après avoir provoqué l'avis d'une commission spécialement compétente, statue en section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique. — La composition des jurys reste, selon les facultés ou écoles, soumise aux décrets et règlements en vigueur.

Art. 21. — Lorsqu'une thèse présentée à une faculté l'a déjà été antérieurement à une autre faculté qui ne l'a pas acceptée, le candidat doit faire mention de cette circonstance, sous peine de nullité des épreuves, et le recteur ne peut autoriser l'impression sans en référer au ministre.

Art. 22. — Il n'est rien innové en ce qui concerne les certificats d'aptitude et la délivrance des diplômes.

Art. 23. — Le dossier de l'élève d'un établissement d'enseignement supérieur qui veut passer d'une faculté ou école dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis, doit contenir : — 1° son acte de naissance ; — 2° un certificat de scolarité, délivré par le doyen ou directeur et visé par le recteur ; ce certificat mentionne en particulier la situation scolaire (inscriptions, examens, notes, ajournement, stage, travaux pratiques, etc.). — Ce dossier est transmis d'une faculté à une autre, par les soins du recteur. — En cas de refus du doyen ou directeur de délivrer le certificat, le ministre statue après enquête.

Art. 24. — Un élève ajourné à un examen ne peut changer de faculté ou d'école sans une autorisation spéciale du recteur, laquelle n'est accordée que pour des motifs graves et après avis de la faculté ou école. — Cette disposition n'est pas applicable aux candidats aux baccalauréats et aux licences ès sciences et ès lettres. — Tout étudiant convaincu de s'être fait inscrire concurremment dans deux facultés ou écoles ou avant l'expiration du délai réglementaire, pour y subir le même examen, est passible des peines prévues par l'article 19, paragraphe 3.

Art. 25. — Dans les facultés de droit, les étudiants sont tenus de subir l'examen de fin d'année devant la faculté où ils ont pris les deux dernières inscriptions de l'année courante. — Les épreuves du doctorat doivent être subies devant la faculté où ont été prises les quatre inscriptions réglementaires. — Les aspirants au titre d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe sont tenus de subir les trois examens définitifs devant la faculté ou école dans le ressort de laquelle ils doivent exercer. — Il n'est dérogé à ces règles que pour des motifs graves et par décision rectorale, après avis de la faculté ou école.

Art. 26. — Les doyens et directeurs adressent aux familles des bulletins constatant la situation scolaire des étudiants.

Art. 27. — Tout étudiant qui, sans motifs jugés valables par la faculté ou école, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. — La décision est prononcée, sans appel, par la faculté ou école. — Toutefois, en ce qui concerne les candidats à la licence en droit, les règles de la péremption sont déterminées ainsi qu'il suit : — Les inscriptions non suivies d'épreuves ne sont valables, outre l'année courante, que pour les deux années scolaires qui suivent la session de juillet, où l'examen en vue duquel elles ont été prises aurait dû être subi ; passé ce délai, elles sont périmées. — Elles sont également périmées en cas d'ajournement, si l'épreuve n'a pas été renouvelée dans le même délai ; si elle est renouvelée en temps utile, les inscriptions, en cas de nouvel ajournement, restent valables pour l'année scolaire qui suit celle pendant laquelle a eu lieu le dernier ajournement. — Dans tous les cas, le bénéfice des examens subis avec succès reste acquis. — Le temps passé sous les drapeaux, dans l'armée active, n'est pas compté dans le délai entraînant la péremption.

Art. 28. — Tout manque de respect, tout acte d'insubordination envers un membre de la faculté ou école, tous faits contraires à la discipline dont les étudiants se rendraient coupables à l'intérieur de la faculté ou de l'école, et tous les faits contraires à l'ordre scolaire relèvent de la juridiction de la faculté. — Les délinquants sont passibles des peines suivantes : — 1° Réprimande devant l'assemblée des professeurs ; — 2° Exclusion de la faculté ou école pendant deux ans au plus ; — 3° Privation du droit de prendre des inscriptions et de subir des examens dans toutes les facultés ou

écoles pendant un temps qui ne peut excéder deux années, ou, si toutes les inscriptions ont été prises, ajournement à un délai qui ne peut dépasser deux années pour les épreuves restant à subir. — Ces décisions ne sont pas susceptibles d'appel. Si la faculté ou école, après avoir appliqué le maximum de la peine dont elle dispose, c'est-à-dire la suspension de la scolarité durant deux années, estime, vu la gravité des faits, que cette pénalité est insuffisante, elle en fait rapport au recteur et exprime l'avis que l'affaire soit portée devant le conseil académique. Le conseil académique peut appliquer les peines énumérées à l'article 29.

Art. 29. — Les faits délictueux et les désordres graves dont l'étudiant se rendrait coupable en dehors de l'école, relèvent de la juridiction du conseil académique qui, suivant les cas, peut prononcer : — 1° la réprimande devant le conseil académique ; — 2° l'exclusion de la faculté ou école pour un temps qui n'excédera pas deux années ; — 3° la privation du droit de prendre des inscriptions et de subir des examens dans toutes les facultés ou écoles, pendant un temps qui ne peut dépasser deux années, ou, si toutes les inscriptions ont été prises, l'ajournement de six mois à deux ans pour les épreuves qui restent à subir ; — 4° l'exclusion à toujours de la faculté ou école ; — 5° l'exclusion de toutes les facultés ou écoles de la République pour une période qui n'excédera pas deux ans ; — 6° l'exclusion à toujours de toutes les facultés ou écoles de la République.

Art. 30. — L'action disciplinaire est indépendante des peines prononcées par les tribunaux.

Art. 31. — Est considéré comme étudiant, au point de vue de la compétence des juridictions disciplinaires, celui qui, régulièrement inscrit sur les registres d'une faculté ou école de l'État, n'a pas soit terminé ses études, soit demandé sa radiation. — Est également justiciable des juridictions disciplinaires tout étudiant libre qui, à l'occasion ou au cours de l'examen, se rend coupable d'une des fautes prévues par le présent règlement.

Art. 32. — L'information sur les faits disciplinaires déférés aux facultés ou écoles est faite par le doyen ou directeur, qui mande devant lui l'étudiant, reçoit ses explications et informe le recteur. — La faculté ou école décide, sur le rapport du doyen ou directeur, s'il y a lieu à suivre. — Au jour fixé pour la délibération, l'assemblée de la faculté ou école, composée des professeurs titulaires et présidée par le doyen, entend la lecture du rapport. — L'étudiant convoqué à cet effet est introduit s'il le désire, et entendu ; après quoi, il se retire ; l'assemblée délibère et statue. — La présence de la moitié plus un des professeurs titulaires de la faculté ou de l'école est nécessaire pour la validité des délibérations. — La décision est prise à la majorité simple. En cas de partage, l'avis favorable à l'étudiant prévaut. Il est immédiatement donné connaissance de la décision à l'étudiant, à son domicile et à celui de ses parents. — La décision est portée sans délai à la connaissance du recteur, qui informe le ministre.

Art. 33. — Les conseils académiques procèdent dans leurs sessions ordinaires, et, s'il y a lieu, dans des sessions extraordinaires, à l'examen des faits disciplinaires relevant de leur juridiction.

Art. 34. — L'information sur les faits disciplinaires déférés aux conseils académiques a lieu par les soins du recteur, qui délègue à cet effet un membre du conseil. Ce conseiller, après avoir entendu l'étudiant dans ses explications, fait un rapport. Le recteur, après en avoir déféré au ministre, décide s'il y a lieu à suivre. — Dans le cas de flagrant délit constaté au cours d'un examen, le rapport du doyen est transmis au recteur et constitue toute l'instruction préalable. — La commission nommée suivant les prescriptions de l'article 5 du décret du 26 juin 1880 instruit l'affaire par tous les moyens propres à l'éclairer et en fait rapport. — Ce rapport et le dossier des pièces à l'appui sont mis à la disposition de l'étudiant au secrétariat de l'Académie, un jour franc avant la délibération du conseil. — Au jour fixé pour la délibération, la commission donne lecture de son rapport ; l'étudiant, et, s'il en fait la demande, son conseil, sont ensuite introduits et entendus dans leurs observations. Après qu'ils se sont retirés, le président met l'affaire en délibéré et le conseil statue. — La présence de la moitié plus un des membres est nécessaire pour la validité des délibérations. — La décision du conseil défavorable à l'inculpé doit être prise aux deux tiers des suffrages exprimés. — La notification du jugement est faite, par les soins du recteur, au domicile de l'étudiant et à celui de sa famille.

Art. 35. — En ce qui concerne le candidat au baccalauréat qui se rend coupable de fraude au cours de l'examen, le conseil académique entend, s'il se présente, le délinquant dûment convoqué et non assisté d'un conseil ; il prononce, s'il y a lieu, une des peines prévues à l'article 19.

Art. 36. — Les délibérations des conseils académiques peuvent être attaquées par la voie de l'appel *a minima*. La faculté d'appeler appartient au recteur. — En cas d'appel par l'inculpé seulement, il ne peut être prononcé contre lui une peine plus forte. — En cas d'appel par l'inculpé, l'appel *a minima* peut être interjeté incidemment en tout état de cause par le recteur.

Art. 37. — Sont abrogées toutes les dispositions relatives aux matières réglementées par le présent décret, sous les réserves faites aux articles 20 et 22.

Art. 38. — Le président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 30 juillet 1883.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le Président du Conseil, Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Jules Ferry.

SOUSCRIPTION

POUR ÉLEVER UNE STATUE AU PROFESSEUR BOUILLAUD.

Troisième liste.

MM.	Péan	100f »
	Cardinal	50 »
	Cornil	20 »
	Seguy, pharmacien de 1re classe	5 »
	Machelard	10 »
	Maillot, ancien président du conseil de santé des armées	20 »
	Lavaux	5 »
	Bourgnet (de Graissessac)	5 »
	Laënnec, directeur de l'École de médecine de Nantes	10 »
	Total	225 »
	Listes précédentes	1.185 »
	Total	1.410 »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil municipal de Paris vient d'autoriser M. le directeur de l'Assistance publique à acquérir à l'amiable, moyennant le prix de 300,000 francs, un immeuble dit domaine de Brévannes (Seine-et-Oise), pour la création d'un hôpital-hospice. La contenance du terrain est de 30 hectares environ.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Pendant les vacances scolaires qui commenceront le dimanche 5 août 1883, le service de la bibliothèque est réglé de la manière suivante :

1° Du lundi 6 août au mercredi 15 du même mois, fermeture pour nettoyage général et rangement des livres.

2° Du jeudi 16 août au dimanche 14 octobre, les séances de lec-

ture auront lieu le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine de midi à quatre heures. Il n'y aura pas de séance le soir.

— *Choléra.* — D'après les derniers bulletins connus, la décroissance du choléra au Caire paraît se maintenir. Voici, du reste, les derniers chiffres pour quelques-unes des principales localités envahies par l'épidémie :

31 juillet. — Le Caire, 271 ; Tantah, 41 ; Minleh, 23 ; Rosette, 27 ; Benha, 14 ; Ismaïlia, 8 ; Suez, 3.

1er août. — Le Caire, 270 ; Tantah, 49 ; Zagazig, 35 ; Rosette, 15 ; Benha, 9 ; Ismaïlia, 3 ; Alexandrie, 1.

Le total général des décès cholériques pour toute l'Égypte, connus jusqu'au 31 juillet, est de 11,645. Dans ce total n'est pas compris le nombre des décès survenus dans les villages où faute de médecins il n'a pas été possible de constater officiellement le chiffre de la mortalité cholérique.

Le docteur Lewis, chirurgien militaire, a succombé à l'épidémie, au Caire.

— Par décision ministérielle en date du 27 juillet, M. Levié, médecin inspecteur, est nommé directeur du service de santé du 18e corps d'armée à Bordeaux, et désigné pour procéder, dès à présent, à l'inspection générale du service de santé des 2e et 5e corps d'armée, en remplacement de M. Daga.

M. le médecin-inspecteur Gaujot, directeur du service de santé du 19e corps d'armée, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée, en remplacement de M. Baudouin qui viendra à Paris comme membre du comité consultatif de santé.

M. le médecin-inspecteur Védrènes, directeur du service de santé du corps d'occupation de Tunisie, est nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée à Alger, en remplacement de M. Gaujot.

Ces trois médecins inspecteurs ne prendront possession de leur nouvel emploi qu'à dater du 1er octobre prochain.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Blaise, agrégé, est appelé à l'exercice.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Soulié, licencié ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, en remplacement de M. Degraëve, décédé.

— La « Company of Grocers' », à Londres, offre au concours universel un prix de 25,000 francs pour la solution du problème suivant :

« Découvrir une méthode au moyen de laquelle le virus vaccinal puisse être cultivé dans un milieu indifférent. La méthode doit permettre de multiplier le virus indéfiniment par générations successives, et le produit de chaque génération doit accuser les qualités de la lymphe vaccinale naturelle (autant que le délai accordé en permettra l'épreuve). »

Les candidats devront remettre leurs travaux, en anglais, avant le 31 décembre 1886, et le prix sera décerné aussitôt que possible après cette date. On obtiendra de plus amples informations en s'adressant à *The Clerk of the Grocers Company, Grocers Hall E.-C. Londres.*

— *Hôpitaux de Rouen.* — Un concours pour une place de médecin du Bureau central des hôpitaux s'ouvrira le vendredi 9 novembre, à trois heures et demie.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'hôpital général, avant le 25 octobre.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Boy (de Pamiers). Notre jeune confrère a succombé aux suites d'une variole contractée en soignant ses malades.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14884.

N° 90. — MARDI 7 AOUT 1883. 56e ANNÉE. MARDI 7 AOUT 1883. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôtel-Dieu. Cancer annulaire de la partie inférieure de l'œsophage, rétrécissement, gastrostomie. — Hôpital Saint-Louis. De la syphilis héréditaire tardive. — Société de Biologie. — Décrets réglant la composition du personnel enseignant dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ; — portant réorganisation des écoles préparatoires et des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie ; — déterminant les conditions d'études et d'admission au grade d'officier de santé. — Nouvelles.

HOTEL-DIEU. — M. Le Fort.

Cancer annulaire de la partie inférieure de l'œsophage, rétrécissement, gastrostomie.

L'opération dont je vais vous entretenir a été pratiquée il y a quinze jours. Vous montrer les pièces anatomo-pathologiques du malade auquel elle a été pratiquée, c'est assez vous dire que les suites en ont été mauvaises.

C'était un homme de 78 ans, sans antécédents morbides, qui, après avoir commencé à éprouver des douleurs assez vives, dès le mois de septembre de l'année dernière, dans la région épigastrique, douleurs qui rayonnaient vers l'épaule droite, avait vu, au mois de janvier dernier, la déglutition devenir assez difficile. Trois mois plus tard, le passage des aliments solides n'était même plus possible et seules soupes et liquides traversaient encore l'œsophage et pénétraient dans l'estomac. C'est alors que le malade se serait présenté à la consultation de Lariboisière, où l'on aurait eu quelque peine, nous dit-il, à faire passer une bougie-sonde. Cependant, lorsque, il y a deux mois environ, il est venu à la consultation de l'Hôtel-Dieu, j'ai pu, à plusieurs reprises, introduire la bougie œsophagienne de M. Verneuil le long de laquelle on fait glisser successivement plusieurs olives perforées. Mais dans ces derniers temps l'olive la plus petite n'a plus pu passer, et dès ce moment le malade a commencé à maigrir et à souffrir vivement de la faim. Ce que voyant, je lui ai proposé de l'opérer, c'est-à-dire de faire la gastrostomie. Il a immédiatement accepté et est entré dans mon service. Le lendemain j'ai procédé à l'opération.

Les points de repère pour bien tomber sur l'estomac sont faciles à trouver. Mon incision, longue de 3 à 4 centimètres environ, a été faite à 1 centimètre du rebord des côtes et à 3 centimètres de l'appendice xyphoïde. On arriva ainsi sur le petit lobe du foie, au-dessous duquel on trouve l'estomac. Chemin faisant, j'ai dû reporter mon incision un peu plus vers la ligne médiane, à 1 centimètre 1/2 environ du rebord des côtes. Arrivant sur le muscle droit de l'abdomen, je l'ai sectionné en travers, puis je suis arrivé sur le tissu cellulaire sus-péritonéal, puis sur le péritoine lui-même que j'ai incisé à son tour, en ayant soin de placer aussitôt une aiguille de chaque côté de mon incision pour le retrouver facilement au moment voulu. Enfin je trouve l'estomac assez fortement rétracté comme cela a lieu d'habitude chez les malades qui n'ont pas mangé ou qui ne mangent que fort peu de chose depuis longtemps. Le saisissant alors avec des pinces plates, après avoir bien constaté sa situation, je l'ai attiré vers la peau et l'ai immédiatement embroché avec une longue aiguille pour l'empêcher de retomber dans la cavité péritonéale après l'avoir ouvert, puis j'ai suturé le feuillet pariétal du péritoine avec celui qui double l'estomac. Je n'ai pas eu recours au procédé de Nélaton ; mais j'ai posé des points de suture séparés les uns des autres, sauf à la partie inférieure, d'abord parce que je n'avais pas à redouter d'écoulement de matières, ensuite parce qu'il n'était pas nécessaire de ménager une étoffe qui ne nous manquait pas. J'ai donc pris alors, dans mes points de suture, l'estomac et le péritoine ; j'ai ouvert l'estomac et j'ai placé mes points de suture superficiels destinés à ourler la muqueuse stomacale tout autour de la plaie cutanée. De là, comme vous le voyez, deux sortes de sutures, les unes profondes, les autres superficielles.

Je m'étais demandé si, comme le veulent certains chirurgiens, je nourrirais mon malade le premier jour, dès l'opération terminée ; la crainte de déterminer des mouvements péristaltiques dangereux pour la solidité des adhérences, m'en a détourné. Je le regrette vivement, je regrette de n'avoir pas, aussitôt après l'opération, introduit au moyen d'une sonde dans le pylore du vin de Champagne, d'autant plus que le malade avait parfaitement résisté à l'opération, qu'il n'avait pas souffert et que le lendemain matin il allait bien encore, si ce n'est que les extrémités étaient très froides. Ce refroidissement prononcé était d'un pronostic fâcheux et nous faisait, avec raison, redouter une mort très prochaine. En effet, vingt-quatre heures après l'opération, cet homme succombait ; à ce moment-là les adhérences péritonéales étaient déjà très solides.

L'autopsie a été faite, — vous en aurez tout à l'heure les résultats sous les yeux, — elle nous a montré que l'opération avait très bien réussi, que les adhérences étaient très bonnes, qu'il n'existait pas de péritonite. La mort ne peut donc pas s'expliquer par des accidents péritonéaux. Nous avons également constaté que la lésion cancéreuse, de forme annulaire, siégeait à la partie inférieure de l'œsophage, dont elle avait déterminé un rétrécissement considérable. Pour

moi, donc, deux causes expliquent ici la mort : 1° la réaction nerveuse, dans le cas d'affaiblissement général considérable, qui survient chaque fois que l'on touche au péritoine ; 2° la diète presque absolue depuis une quinzaine de jours, absolue tout à fait depuis plusieurs jours. Ceci nous fait aussi d'autant plus regretter de n'être pas intervenu plus tôt chirurgicalement, car nous eussions été dans de meilleures conditions. Je regrette aussi, je le répète, de n'avoir pas injecté du champagne à travers le pylore, cela lui aurait très probablement donné la force de survivre au choc opératoire.

Voici l'observation de notre malade, il nous reste maintenant à nous demander si la gastrostomie était justifiée.

On peut pratiquer deux sortes d'opération sur l'estomac : 1° la *gastrostomie* qui consiste à faire une bouche à l'estomac ; 2° la *gastrostomie* dans laquelle on n'ouvre l'estomac que pour en retirer un corps étranger.

C'est en 1837, et par un médecin militaire norvégien, Egeberg, que la gastrostomie a été proposée pour la première fois. En 1844, Watson a conseillé, dans le cancer de l'estomac ou de l'œsophage, d'établir une fistule stomacale, mais ce n'est qu'en 1849, le 13 novembre, que Sédillot, le premier, l'a pratiquée. Jusqu'au 26 juillet 1876, où Verneuil pratiqua sa première gastrostomie, l'on compte 31 opérés, 31 morts ! Un seul survécut 40 jours, ce fut un malade de Sydney Jones. Mais depuis lors, ces opérations se sont succédé et l'on en compte aujourd'hui 109, desquelles il convient d'en retrancher 4, c'est-à-dire celles de Telling et d'Anger, dont les résultats nous sont inconnus ; celle de Jackson, dont les suites n'ont pas été observées au delà de 99 jours, et celle de Whitehead, qui est beaucoup trop succincte pour pouvoir entrer en ligne de compte. Reste donc 105 malades opérés de la gastrostomie, sur lesquels 76 sont morts de l'opération.

11 le premier jour.
21 le deuxième jour.
10 le troisième jour.
20 du quatrième au dixième jour.
11 du dixième au vingtième jour.
3 du vingtième au trentième jour.

Ce résultat de 76 morts sur 105, soit 72,3 p. 100 et de 23 survivants, soit 2 sur 7, autorise donc le chirurgien à faire la gastrostomie bien plus que la résection du pylore, qui a donné 24 morts sur 30 opérés, et qui est fatalement mortelle, quand le pancréas envahi, ce qui est fréquent, doit être touché par l'opération.

Enfin la gastrostomie est-elle également justifiée par les résultats éloignés ? Ici je fais encore appel à la statistique et je trouve :

A. Dans le cas de cancer : 1° que quatre malades vivaient encore l'un 40 jours, l'autre 53 jours, et les deux autres quatre mois après l'opération ; 2° que 14 malades, guéris de l'opération, sont morts de leur maladie : 2 au bout d'un mois, 1 au bout de 40 jours, 1 au bout de 69 jours, 1 au bout de 2 mois 1/2, 4 au bout de 3 mois, 2 au bout de 4 mois, 1 au bout de 5 mois et 1 au bout de 6 mois.

En résumé, la durée de survie maxima a donc été de six mois. Bien que ce ne soit pas là un résultat très encourageant, cependant c'est déjà quelque chose, et nous sommes par là autorisés à pratiquer la gastrostomie, surtout pour éviter au malade ce supplice de mourir de faim ; nous y sommes autorisés, mais à la condition d'intervenir assez tôt, pour nous assurer cette chance de survie.

B. Quant à la gastrostomie pratiquée pour des rétrécissements non cancéreux mais traumatiques, voici les résultats connus, jusqu'au moment du moins où leur histoire s'est arrêtée : cinq malades vivaient encore l'un après quatre mois et demi, un autre après huit mois, un troisième au bout de vingt mois, un quatrième au bout de deux ans, et le cinquième trois ans après l'opération. Cinq autres, également opérés pour rétrécissement non cancéreux, sont morts : deux après sept mois, un après huit mois, un après quinze mois et le cinquième après dix-huit mois.

La gastrostomie a donc donné encore une survie assez longue, voire même peut-être, pour quelques-uns, la guérison.

Mais, je le répète de nouveau, quand il s'agit d'un malade atteint de cancer, il ne faut pas attendre trop longtemps pour opérer, mais il faut intervenir dès que le malade commence à ne plus pouvoir avaler, sinon l'épuisement dans lequel le malade tombe par inanition, vous met dans les conditions d'une mort imminente.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De la syphilis héréditaire tardive (1).

VI

Il nous reste aujourd'hui, pour compléter notre étude des dents syphilitiques, à vous présenter quelques détails complémentaires.

En effet, en dehors des modalités qu'elles peuvent présenter, ces dents sont encore souvent remarquables par des irrégularités d'implantation et de disposition, c'est-à-dire : 1° qu'elles peuvent être déviées dans leur direction, de telle façon, par exemple, qu'elles convergent l'une vers l'autre ou qu'elles sont tordues sur leur axe ; 2° qu'elles sont quelquefois très espacées les unes des autres au lieu de se toucher comme c'est la règle, de là un aspect vieillot de la physionomie.

Voilà pour un premier point.

Un second fait important encore, c'est la lésion connexe des maxillaires. En effet, les os maxillaires sont assez souvent atteints, lorsque les dents sont malades, ainsi que M. Parrot l'a parfaitement démontré. De même Hutchinson a rapporté des observations nombreuses de ce fait, dont deux entre autres dans lesquelles il y eut élimination d'un large séquestre de la mâchoire inférieure. C'est à ces lésions osseuses que sont dues les malformations dentaires. Ainsi l'on verra parfois l'arcade dentaire du maxillaire supérieur raccourcie, de telle sorte que les dents des deux mâchoires supérieure et inférieure ne peuvent plus se toucher.

On constate aussi quelquefois l'absence *permanente* de plusieurs dents qui n'ont jamais poussé par suite de l'atrophie du follicule dentaire résultant de la lésion osseuse. Enfin on observe encore, dans certains cas, cette absence symétrique des dents à laquelle M. Parrot a donné le nom de *barre du cheval*, comparant ainsi l'espace sans dents à celui par lequel on fait passer le mors d'un cheval. Cette absence des dents est encore la conséquence d'une lésion de la mâchoire.

Ceci dit, nous avons à nous demander maintenant si les

(1) Fin. — Voir le numéro du 31 juillet 1883.

lésions dentaires que nous avons étudiées sont pathognomoniques de la syphilis héréditaire. Non, elles ne le sont pas et nous en avons la preuve dans ce fait qu'on rencontre des malformations analogues ou identiques chez des sujets qui n'ont jamais été syphilitiques. Mais ce qui ressort de toutes les recherches faites sur ce sujet, c'est que la syphilis peut se les approprier et qu'on les rencontre fréquemment chez les individus syphilitiques. De plus, parmi toutes les causes connues et inconnues de ces malformations, la syphilis est la plus commune.

En résumé, ces malformations sont un bon élément de diagnostic, parce qu'elles constituent une présomption de la syphilis. Mais ne leur demandons rien de plus, sans quoi nous dépasserions le but permis ou démontré.

Après avoir étudié, distribuées en neuf groupes, toutes les particularités cliniques qui peuvent faciliter le diagnostic de la syphilis héréditaire tardive, nous en aurions terminé s'il ne nous restait encore quelques points à élucider, lesquels peuvent encore, dans certains cas, aider à ce diagnostic. Ce sont :

1° Les hypertrophies ganglionnaires, accidents incontestables, que les sujets syphilitiques présentent quelquefois dans l'aine, dans l'aisselle et surtout au cou, où les ganglions hypertrophiés forment de véritables chapelets fermes et mobiles ;

2° Les arthropathies qui peuvent présenter deux formes : l'une dont le malade souffre à peine et se préoccupe peu, caractérisée par une sorte d'hydarthrose chronique ; l'autre, déformante, a été très bien étudiée dans la thèse de M. Méricourt, est caractérisée par des déformations articulaires plus ou moins considérables, quelquefois bizarres, avec des saillies ostéophytiques, des craquements articulaires, véritables vestiges de l'arthrite syphilitique de la première enfance, arthrite simple, sèche ou même suppurée.

3° Un arrêt du développement intellectuel. Ceci est plus rare. Cependant on voit quelquefois les descendants de père ou mère syphilitiques frappés d'une déchéance intellectuelle à divers degrés, qu'ils soient simplement bornés ou qu'ils deviennent des imbéciles, des idiots. Du reste il n'y a rien d'étonnant à cela ; ce n'est pas qu'il existe dans ce cas quelques lésions de l'encéphale, mais bien une sorte de stéatose du réticulum arrêtant le cerveau dans son développement. Ainsi partout la syphilis, entraînant avec elle des troubles de la nutrition, peut déterminer dans tout l'organisme un arrêt de développement, aussi bien sur l'utérus, sur le cerveau, que sur le système dentaire : arrêt qui peut aller presque même jusqu'au non-développement de l'organe, et alors vous avez ou une insuffisance intellectuelle ou de l'imbécillité, s'il s'agit du cerveau.

Dans le premier cas, l'enfant est borné, simple, obtus, inintelligent, arriéré, et de même qu'il fait tard ses dents, qu'il marche tard, qu'il grandit tard, il parle tard, il lit difficilement, il a peu ou point de mémoire, et son vocabulaire reste pendant longtemps celui d'un bébé. Au collège il est toujours le dernier, et on le considère, selon l'expression usuelle, comme un cancre, ou mieux un arriéré, c'est-à-dire un être inférieur et borné.

Dans le second cas, vous voyez un être dépourvu de toute intelligence, rebelle à toute instruction, chez lequel l'éducation et la culture intellectuelle sont des plus difficiles, un être incapable de comprendre, incapable d'attention, enfin dont la vie est restreinte à quelques actes ou amusements stupides, ineptes, et se laisse aller à des colères sans cause, à des cris, à des gesticulations d'idiots, etc. Ces cas sont heureusement rares.

Mais ce n'est pas encore tout et le tableau des éléments du diagnostic de la syphilis héréditaire comprend encore quelques signes importants, mais ceux-là en dehors même du malade.

L'un des plus importants est la polyléthalité des enfants dans les familles syphilitiques, c'est-à-dire que l'on voit plusieurs grossesses de la même mère se terminer par avortement ou bien plusieurs enfants succomber en bas âge. C'est ainsi que l'on voit l'influence héréditaire de la syphilis se traduire sur le produit de la conception d'une façon désastreuse et fréquemment mortelle. Aussi toute polymortalité des enfants d'une même famille doit-elle éveiller l'attention du médecin au point de vue d'une cause syphilitique. J'ai constaté en ville que la syphilis donnait lieu, chez l'enfant, à plus de 2 cas de mort sur 3 naissances ; à Lourcine, un seul enfant survivant sur 7 ou 8 grossesses. On pourrait dire que j'exagère ou que j'ai joué de malheur. Eh bien, j'ai fait la statistique de tout le monde, j'ai relevé tous les cas que j'ai pu rencontrer dans les livres et je suis arrivé aux chiffres suivants : sur 441 cas, 100 cas de survie, 341 morts, soit 1 vivant sur 4 1/2. Sur les 341 morts, 335 appartiennent à la première année, et 6 fois seulement au delà. D'où il résulte que les enfants issus de parents syphilitiques meurent très souvent avant la naissance, qu'ils meurent aussi en grand nombre dans les premiers mois de la vie et que la syphilis est une maladie éminemment abortive. En effet, elle peut déterminer l'avortement dans trois circonstances : 1° soit que le père seul soit syphilitique ; 2° soit que la mère seule soit atteinte par cette affection, le père étant sain ; 3° soit surtout si tous deux sont syphilitiques.

De plus encore, la statistique nous a montré que cette maladie pouvait déterminer jusqu'à 10 et 11 avortements successifs chez le même sujet. Ainsi je pourrais citer l'observation d'une femme qui, sur 13 grossesses, avorta 10 fois et n'eut vivants que 3 enfants, tous trois syphilitiques ; l'observation aussi d'un jeune ménage qui eut d'abord trois enfants parfaitement sains, puis le mari ayant contracté la syphilis, sa femme avorta 7 fois sur 7 grossesses ; enfin le fait d'une femme syphilisée par son mari qui eut, en 10 ans, 11 grossesses, 11 avortements.

J'ai dit aussi que la syphilis tuait fréquemment les enfants en bas âge et les tuait en grand nombre dans la même famille ; les statistiques abondent encore de faits à l'appui, et les observations se chiffrent par centaines dans les auteurs. Tantôt nous trouvons 3 enfants morts sur 5, nés de la même mère ; 4 sur 5, 5 sur 6, 8 sur 9, 8 sur 11, 10 sur 11, 11 sur 12 ; tantôt même tous succombent, quel que soit le nombre des naissances, ainsi 4 sur 4, 6 sur 6 et jusqu'à 8 sur 8 dans une observation rapportée par Érasmus Wilson.

Que résulte-t-il d'une pareille statistique, si ce n'est cet enseignement que la polyléthalité des enfants est un signe diagnostique d'une haute valeur ? Aussi, étant donné un sujet suspect de syphilis héréditaire, deux questions se présenteront à l'esprit du médecin, qu'il ne devra en rien négliger : 1° la mère dudit sujet a-t-elle déjà fait plusieurs fausses couches, et combien ; 2° ledit sujet a-t-il perdu des frères et des sœurs, combien en a-t-il perdus et à quel âge ceux-ci ont-ils succombé.

Enfin un dernier élément de diagnostic, que nous ne devons pas négliger non plus, est l'enquête sur les ascen-

dants, enquête qui est le critérium par excellence. En effet, êtes-vous en présence d'un cas suspect, immédiatement faites votre enquête auprès des parents, informez-vous si l'un ou l'autre ou tous deux étaient atteints de syphilis à l'époque de la naissance de l'enfant. Si l'enquête vous apprend que les parents étaient atteints de cette affection avant la naissance de leur enfant, nul doute alors ne doit rester dans votre esprit et vos soupçons se trouveront confirmés. Si la réponse est négative, c'est que vos soupçons n'étaient pas fondés, alors cherchez ailleurs les éléments de votre diagnostic.

Cette enquête, je le répète, est indispensable dans tous les cas, et surtout dans ceux qui sont douteux ; dans les cas avérés, elle vous confirmera dans votre diagnostic ; dans les cas douteux, elle apportera la lumière que vous cherchiez.

Tel est l'ensemble des éléments séméiologiques qui peuvent concourir au diagnostic de la syphilis héréditaire tardive.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 juillet 1883. — Présidence de M. Bouley.

COMMUNICATIONS

De la nature du lupus. — M. **LELOIR**, en son nom et au nom de M. Cornil, fait connaître les résultats de leurs recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus.

Pour certains auteurs, le lupus est une tuberculose locale ; pour d'autres, c'est une affection qui ne présente avec la tuberculose que certaines analogies morphologiques. Pour éclaircir cette question, MM. Cornil et Leloir ont eu recours à l'expérimentation et à la recherche des bacilles.

1° Le lupus inoculé présente-t-il ce caractère majeur du tuberculome, c'est-à-dire de se reproduire et d'amener l'infection générale ;

2° Trouve-t-on le bacille dans le lupus ? Telles sont les deux questions qu'ils ont cherché à résoudre.

Les inoculations ont eu un résultat constamment négatif.

Si les bacilles existent dans le lupus, ils sont extrêmement rares.

Si donc le lupus est une tuberculose locale, c'est en tous cas une tuberculose *très atténuée*.

Un poison des flèches des Foulahs. — M. **MARCUS**, en son nom et au nom de MM. Bochefontaine et Féris, fait une communication sur des expériences faites avec ce poison.

Le point particulier de l'action de cette substance est une sorte d'état cataleptique. La grenouille, sujet de l'expérience, devient malléable comme de la cire ; on lui fait prendre et garder toutes les positions que l'on veut. Si l'on enlève le cerveau, l'état cataleptique ne manque pas de se développer. Mais si l'on pratique la section du bulbe en arrière du bec du calamus, il devient impossible d'observer aucun phénomène de ce genre.

Appareil pour étudier les phénomènes chimiques de la respiration. — M. **QUINQUAUD** a fait construire par M. Galante un masque en caoutchouc et un appareil à soupapes modifiés de telle sorte que l'avantage de ce dispositif est : 1° de n'avoir aucune perte de gaz ; 2° de rendre la respiration facile.

Dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, ce gaz passe-t-il de la mère au fœtus ? — M. **QUINQUAUD**, en son nom et au nom de M. Gréhant, fait la communication suivante :

Dans un travail récent, Högyes a avancé que le gaz toxique ne traversait pas le placenta, l'analyse spectroscopique ne permettant pas de le déceler dans le sang fœtal. L'auteur tuait les animaux en une minute et demie.

Les recherches de MM. Gréhant et Quinquaud ont permis d'établir le fait inverse, en changeant les conditions des expériences. Ils ont pensé que le temps de l'inhalation de l'oxyde de carbone était trop court pour que le passage du gaz pût nettement s'effectuer, et ils ont prolongé la durée de cette inhalation pendant trente-cinq minutes, après lesquelles la mort survenait à ce moment ; les expérimentateurs ont pris le sang de la mère et des fœtus ; ils en ont évalué la capacité et le contenu en oxyde de carbone. En comparant le sang maternel au sang fœtal, on trouve que le premier contient, après trente-cinq minutes, près de six fois plus de gaz toxique que le second.

Il résulte donc de ce travail : 1° que l'oxyde de carbone passe à travers le placenta, mais avec une certaine difficulté ; le sang du fœtus ne s'intoxique pas au même degré que le sang de la mère ;

2° Que dans l'empoisonnement aigu par les vapeurs de charbon l'opération césarienne pourrait réussir, puisque l'hémoglobine est encore capable d'absorber l'oxygène de l'air. Il serait possible même que le fœtus fût expulsé, car au moment de la mort les contractions utérines sont assez violentes.

La séance est levée.

Séance du 4 août 1883. — Présidence de M. P. Bert.

COMMUNICATIONS.

Sueurs locales liées à la syphilis. — M. **DE SINÉTY** a observé récemment une jeune femme de 20 ans atteinte de syphilis et de blennorragie, nullement hystérique, traitée par le sirop de Ribert et les injections d'eau oxygénée, qui, au cours de cette double affection, fut prise d'une sensation de fourmillement et de sueurs abondantes dans les deux pieds et dans les deux mains. Ces accidents ont cessé avec les autres accidents syphilitiques, dans l'espace de douze à treize jours.

M. de Sinéty admet, avec M. Fournier, qu'il existe une relation entre la syphilis et ces sueurs locales.

Action antagoniste de l'atropine et de la pilocarpine. — M. **MORAT** a étudié le mécanisme de l'action antagoniste de l'atropine et de la pilocarpine sur les mouvements du cœur. On sait que la première de ces deux substances accélère les battements cardiaques et que la seconde les ralentit. On sait, de plus, que l'atropine rend inexcitables les éléments modérateurs contenus dans le vague. M. Morat établit que la substance antagoniste la pilocarpine paralyse et rend inexcitables les éléments excito-moteurs contenus dans le sympathique cervico-thoracique.

Il semblerait, d'après cela, rationnel d'admettre que l'atropine et la pilocarpine sont des poisons spécifiques, l'un du vague et l'autre du sympathique (en tant que nerfs cardiaques), et cette action spécifique, dans ces deux cas, rendrait compte de l'antagonisme des deux substances. Une telle conclusion serait beaucoup trop absolue, comme le montre l'expérience suivante. Sur un animal atropinisé on excite les nerfs accélérateurs cardiaques ; on voit que la fréquence des battements n'est pas augmentée. On peut arguer, il est vrai, que cette fréquence étant déjà maxima, une nouvelle excitation ne saurait l'accroître. On fait alors l'expérience parallèle sur un animal pilocarpinisé en excitant le vague, et l'on voit que la fréquence des battements n'est pas diminuée par cette excitation, pas plus qu'elle ne l'est sur l'animal atropinisé, pas plus qu'elle n'est augmentée en excitant les accélérateurs soit chez l'animal pilocarpinisé, soit chez l'animal atropinisé.

En d'autres termes, l'atropine et la pilocarpine agissent simultanément sur les deux ordres de nerfs du cœur et dans le même sens, en diminuant leur excitabilité. Leur différence d'action provient de ce que ces deux ordres de nerfs sont paralysés inégalement tantôt à l'avantage des uns et tantôt à l'avantage des autres. Les deux nerfs se prennent en effet dans un ordre inverse et inégalement pour des doses égales.

L'antagonisme ne réside pas dans les substances elles-mêmes, mais dans les éléments nerveux auxquels elles s'adressent.

Immunité contre certaines maladies virulentes par l'emploi de certains métaux. — **M. PAUL BERT** a entrepris, avec M. Capitan, une série d'expériences dont les résultats semblent confirmer jusqu'ici certains faits d'observation tels que l'immunité des ouvriers travaillant le cuivre contre le choléra, démontrée depuis longtemps déjà par M. Burq; l'immunité contre la même maladie des individus soumis à l'action du mercure, etc. Des nombreuses expériences auxquelles se sont livrés MM. Bert et Capitan sur le virus morveux, il résulte que certains métaux et plus particulièrement le sulfate de cuivre, le chlorure d'or et le bichlorure de mercure procurent aux animaux en expérience une immunité contre l'action du virus. Il faut ajouter à ces agents l'eau oxygénée.

MM. Bert et Capitan ont varié les expériences en employant des doses massives ou en affaiblissant, par des saignées, des suppurations prolongées, etc., l'organisme des animaux inoculés.

M. BOULEY fait observer que le programme formulé par M. Bert est très intéressant et conforme aux données cliniques. Après Broussais, on prétendait que l'épuisement était la cause de la morve, on avait oublié la contagion. Il n'est pas moins vrai que le virus prend plus facilement sur un organisme affaibli. Relativement aux doses massives, M. Chauveau a montré que si l'on force la dose du virus charbonneux chez le mouton algérien, celui-ci finit par contracter le charbon et perdre son immunité. Un savant italien, M. Polli, a donné l'immunité à des animaux contre certaines malades contagieuses par le sulfite de sodium et l'hyposulfite de soude. Enfin la constatation faite par M. Burq relativement à l'immunité des ouvriers travaillant le cuivre semble se confirmer de plus en plus.

M. LE PRÉSIDENT rappelle qu'un des membres de la Société, M. Strauss, doit faire partie de la commission chargée d'aller étudier le choléra en Égypte. Il croit être l'interprète de tous les membres de la Société en félicitant M. Strauss et lui adressant les meilleurs vœux.

La séance est levée.

DÉCRETS

RÉGLANT LA COMPOSITION DU PERSONNEL ENSEIGNANT DANS LES ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE; — PORTANT RÉORGANISATION DES ÉCOLES PRÉPARATOIRES ET DES ÉCOLES DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE; — DÉTERMINANT LES CONDITIONS D'ÉTUDES ET D'ADMISSION AU GRADE D'OFFICIER DE SANTÉ.

Le président de la République française,
Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. — Le personnel enseignant, dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, comprend des professeurs titulaires, des suppléants, un chef des travaux anatomiques et physiologiques, un chef des travaux physiques et chimiques, des fonctionnaires et des employés auxiliaires.

ART. 2. — Les professeurs titulaires sont au nombre de douze, répartis dans les chaires suivantes : anatomie descriptive, 1 chaire; physiologie, 1 chaire; hygiène et thérapeutique, 1 chaire; pathologie interne, 1 chaire; pathologie externe et médecine opératoire, 1 chaire; chimie et toxicologie, 1 chaire; physique, 1 chaire; histoire naturelle, 1 chaire; pharmacie et matière médicale, 1 chaire; clinique médicale, 1 chaire; clinique chirurgicale, 1 chaire; clinique obstétricale et gynécologie, 1 chaire.

ART. 3. — Les suppléants sont au nombre de six, répartis ainsi qu'il suit : pour les chaires d'anatomie et de physiologie, 1 suppléant; pour les chaires de pathologie et de clinique médicale, 1 suppléant; pour les chaires de pathologie et de clinique chirurgicale, et de clinique obstétricale, 1 suppléant; pour les chaires de physique et de chimie, 1 suppléant; pour la chaire de pharmacie et matière médicale, 1 suppléant; pour la chaire d'histoire naturelle, 1 suppléant.

ART. 4. — Les suppléants sont nommés au concours pour une durée de neuf ans. Le concours est ouvert devant une faculté de médecine, une faculté mixte de médecine et de pharmacie, ou une école supérieure de pharmacie. — Le siège du concours est déterminé par le ministre. — Peuvent être nommés sans concours : suppléants des chaires de chimie et de physique, les docteurs en médecine pourvus de la licence ès sciences physiques; suppléants de la chaire d'histoire naturelle, les docteurs en médecine pourvus de la licence ès sciences naturelles. — Après l'expiration du temps légal d'exercice, le ministre peut maintenir un suppléant en fonctions et même le rappeler temporairement à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

ART. 5. — Les chefs des travaux sont nommés au concours pour une période de neuf ans. Le concours est ouvert devant l'école où les emplois sont vacants.

ART. 6. — Les suppléants et les chefs des travaux prennent une part active à l'enseignement. — Ils font des cours annexes ou des conférences; ils dirigent les travaux pratiques. — Chaque école soumettra au ministre un tableau des cours faits par les titulaires, les suppléants et les chefs de travaux; toutes les matières de l'enseignement devront figurer dans ce tableau. — Les fonctions de chefs de travaux ne peuvent pas être cumulées avec celles de suppléants.

ART. 7. — Les grades à exiger des professeurs titulaires sont : 1° pour les professeurs d'anatomie, de physiologie, d'hygiène et thérapeutique, de pathologie interne, de pathologie externe et médecine opératoire, de clinique interne, externe et obstétricale, le diplôme de docteur en médecine; 2° pour les professeurs de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le diplôme de docteur en médecine ou le diplôme supérieur de pharmacien; 3° pour le professeur de pharmacie et matière médicale, le diplôme supérieur de pharmacien. — Un licencié ès sciences physiques pourra être *chargé* du cours de physique ou du cours de chimie. — Un licencié ès sciences naturelles pourra être *chargé* du cours d'histoire naturelle.

ART. 8. — Les grades à exiger des suppléants sont : 1° pour les suppléants des chaires d'anatomie et de physiologie, de pathologie interne et externe, de clinique interne, externe et obstétricale, le diplôme de docteur en médecine; 2° pour les suppléants des chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le diplôme de docteur en médecine ou le diplôme de pharmacien de première classe ou la licence ès sciences physiques ou naturelles suivant la nature de la suppléance; 3° pour le suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, le diplôme de pharmacien de première classe. — Les grades à exiger des chefs des travaux sont : 1° pour le chef des travaux anatomiques et physiologiques, le diplôme de docteur en médecine; 2° pour le chef des travaux physiques et chimiques, le diplôme de docteur en médecine, ou de pharmacien de première classe, ou de licencié ès sciences physiques.

ART. 9. — Le personnel des fonctionnaires et employés auxiliaires de l'enseignement comprend : un prosecteur; un aide d'anatomie et de physiologie; des chefs de clinique; des préparateurs pour les cours de chimie, de physique, de pharmacie et d'histoire naturelle; un bibliothécaire.

ART. 10. — Le personnel administratif se compose de : 1 secrétaire; des employés et gens de service.

ART. 11. — Les villes, sièges d'écoles préparatoires, contractent l'obligation : 1° d'assurer le service des trois cliniques prévues à l'article 2; 2° de mettre à la disposition de l'école une ou plusieurs salles consacrées aux maladies des enfants.

ART. 12. — Les mêmes villes s'engagent en outre à prendre entièrement à leur charge les traitements du personnel et à couvrir les dépenses de toute nature occasionnées par l'enseignement, les exercices pratiques, l'entretien des bâtiments, du mobilier, des collections, des laboratoires, du jardin botanique et des cliniques.

ART. 13. — Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des écoles préparatoires réorganisées passent le premier examen pro-

batoire et la première partie du second examen dans ces écoles, devant un jury composé de deux professeurs et d'un agrégé de faculté. A cet effet deux sessions d'examens seront ouvertes dans les écoles préparatoires réorganisées, l'une au mois d'août, pour le premier examen, l'autre au mois d'avril, pour la première partie du deuxième examen. — Toutefois les aspirants au doctorat, élèves des écoles préparatoires réorganisées, peuvent subir ces épreuves devant les facultés de médecine aux époques fixées par l'article 4 du décret du 20 juin 1878 et par l'article 1er du décret du 23 juillet 1882. — Les élèves refusés au premier examen probatoire à la session d'août dans les écoles préparatoires réorganisées peuvent se présenter, pour le même examen, à la session de novembre suivant, devant une faculté de médecine. — Les élèves des mêmes écoles refusés, à la session d'avril, à la première partie du deuxième examen probatoire peuvent se présenter, pour le même examen, après un délai de trois mois, devant une faculté. — Pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu.

Art. 14. — Les écoles préparatoires actuellement existantes recevront les droits établis à l'article 13 à mesure qu'elles seront réorganisées. — Jusqu'à la réorganisation, elles restent pour le régime des examens de doctorat, soumises à l'article 4 du décret du 20 juin 1878 et à l'article 1er du décret du 23 juillet 1882. — Les droits mentionnés à l'article 13 seront conférés à chaque école en particulier par le ministre en section permanente, sur le rapport d'une commission établissant que la réorganisation est réalisée.

Art. 15. — Les dispositions contraires au présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 16. — Le président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 1er août 1883.

Jules Grévy.

Le président de la République française,

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Article premier. — Les grades à exiger des professeurs titulaires dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie sont : 1° pour les professeurs de médecine, le doctorat en médecine ; 2° pour les professeurs de pharmacie et de matière médicale, le diplôme supérieur de pharmacien ; 3° pour les professeurs de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le doctorat en médecine ou le diplôme supérieur de pharmacien. — Un licencié ès sciences physiques peut être chargé du cours de physique et du cours de chimie. — Un licencié ès sciences naturelles peut être chargé du cours d'histoire naturelle.

Art. 2. — Les grades à exiger des suppléants sont : 1° pour les suppléants de médecine, le doctorat en médecine ; 2° pour les suppléants des chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le doctorat en médecine ou le diplôme de pharmacien de première classe, ou la licence ès sciences physiques ou naturelles suivant la nature de la suppléance ; 3° pour les suppléants des chaires de pharmacie et de matière médicale, le diplôme de pharmacien de première classe. — Les suppléants sont nommés au concours pour une durée de neuf ans. Le concours est ouvert devant une faculté de médecine ou devant une faculté mixte de médecine et de pharmacie, ou devant une école supérieure de pharmacie. — Le siège du concours est déterminé par le ministre. — Peuvent être nommés sans concours : suppléants des chaires de chimie et de physique, les docteurs en médecine pourvus de la licence ès sciences physiques ; suppléants de la chaire d'histoire naturelle, les docteurs en médecine pourvus de la licence ès sciences naturelles.

Art. 3. — Les grades à exiger des chefs de travaux sont : 1° pour le chef des travaux anatomiques, le doctorat en médecine ; 2° pour le chef des travaux chimiques, le doctorat en médecine ou le diplôme de pharmacien de première classe, ou la licence ès sciences physiques. — Les chefs des travaux sont nommés au concours pour une période de neuf ans ; le concours est ouvert devant les écoles de plein exercice. — Les fonctions de chef de travaux ne peuvent être cumulées avec celles de suppléant.

Art. 4. — Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des écoles de plein exercice, passent le premier examen probatoire et les deux parties du deuxième examen dans ces écoles devant un jury composé de deux professeurs et d'un agrégé de faculté. — A cet effet, deux sessions d'examens seront ouvertes dans les écoles de plein exercice, l'une au mois d'août, pour le premier examen probatoire et la deuxième partie du second examen, l'autre au mois d'avril pour la première partie du second examen. — Toutefois les aspirants au doctorat, élèves des écoles de plein exercice, peuvent subir ces épreuves devant les facultés de médecine aux époques fixées par l'article 4 du décret du 20 juin 1878 et par l'article 1er du décret du 23 juillet 1882. — Les élèves refusés au premier examen probatoire, à la session d'août, dans les écoles de plein exercice, peuvent se présenter pour le même examen, à la session de novembre suivant, devant une faculté de médecine. — Les élèves refusés à la première ou à la deuxième partie du second examen peuvent se présenter, pour la même épreuve, après un délai de trois mois, devant une faculté de médecine. — Pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu.

Art. 5. — Les dispositions contraires au présent décret sont abrogées.

Art. 6. — Le président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 1er août 1883.

Jules Grévy.

Le président de la République française,

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Article premier. — La durée des études pour obtenir le titre d'officier de santé est de quatre années, pendant lesquelles le candidat doit prendre seize inscriptions trimestrielles. — En prenant sa première inscription, tout candidat à ce grade doit, à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat d'examen de grammaire, complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial. — Le jury, composé de trois membres, est nommé par le recteur.

Art. 2. — Les aspirants au titre d'officier de santé suivent dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie les cours suivants :

Première année. — Physique, chimie, histoire naturelle, ostéologie et arthrologie.

Deuxième année. — Anatomie, physiologie et pathologie externe.

Troisième année. — Anatomie, physiologie, pathologie interne et pathologie externe, clinique interne et clinique externe.

Quatrième année. — Pathologie interne et pathologie externe ; hygiène, thérapeutique et matière médicale ; clinique interne, clinique externe et clinique d'accouchements.

Art. 3. — Les travaux pratiques sont obligatoires. Ils portent, en première année : sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle ; en deuxième année : sur l'anatomie et la physiologie ; en troisième année sur l'anatomie, la physiologie et la médecine opératoire.

Art. 4. — Le stage hospitalier, également obligatoire, commence avec la cinquième inscription ; il se continue jusqu'à la fin des études.

Art. 5. — A la fin de chacune des trois premières années, les candidats subissent, devant un jury composé de professeurs de l'école, un examen sur les matières suivantes :

Examen de 1re année. — Physique, chimie, histoire naturelle, premiers éléments d'anatomie (ostéologie et arthrologie.)

Examen de 2e année. — Anatomie descriptive et physiologie.

Examen de 5e année. — Pathologie interne et pathologie externe.

Art. 6. — Le candidat ajourné à l'examen de fin d'année peut se présenter de nouveau au mois de novembre suivant. S'il échoue à cette dernière session, il est renvoyé à la fin de l'année suivante, et le cours de ses inscriptions est suspendu. — Le candidat qui ne s'est pas présenté à la session d'août ne peut subir l'examen de fin d'année à la session de novembre qu'en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le recteur, après avis de l'école.

Art. 7. — Les examens définitifs ne peuvent être subis qu'après la seizième inscription. — A cet effet, il est institué dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie deux sessions d'examens : l'une au mois d'août, l'autre au mois d'avril. Cette dernière session est exclusivement réservée aux candidats ajournés au mois d'août précédent.

Art. 8. — Pour les examens définitifs, le jury est composé d'un professeur d'une Faculté de médecine ou d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie, président, et de deux professeurs de l'École de plein exercice ou de l'école préparatoire.

Art. 9. — Les trois examens définitifs sont soutenus devant la Faculté ou École dans la circonscription de laquelle l'officier de santé doit exercer.

Art. 10. — Les examens définitifs pour le titre d'officier de santé comprennent : — Le premier, l'anatomie, la physiologie et une épreuve pratique de dissection. — Le deuxième, la pathologie interne, la pathologie externe, la thérapeutique, la matière médicale et une épreuve pratique de médecine opératoire. — Le troisième, la clinique interne, la clinique externe et la clinique d'accouchements.

Art. 11. — Le présent décret est applicable à partir du 1er novembre 1883, pour les aspirants au diplôme d'officier de santé qui prendront à cette époque la première inscription. — Les aspirants au diplôme d'officier de santé actuellement en cours d'études restent, s'ils en font la demande, en ce qui concerne les examens, soumis au régime établi par les décrets et règlements antérieurs. — Au mois de novembre 1886, le présent décret sera seul en vigueur.

Art. 12. — Sont abrogées les dispositions contraires au présent décret.

Art. 13. — Le président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 1er août 1883.

Jules Grévy.

Au moment de mettre sous presse, nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le professeur Parrot.

— *Concours de l'agrégation.* (Sections d'histoire naturelle, d'anatomie et physiologie.) — Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Naturalistes : M. Blanchard, pour la Faculté de Paris ; M. Beauvisage, pour la Faculté de Lyon ; M. Granel, pour la Faculté de Montpellier ; M. Macé, pour la Faculté de Nancy.

Anatomistes et physiologistes : M. Reynier, pour la Faculté de Paris ; M. Planteau, pour la Faculté de Bordeaux ; MM. Wertheimer et Demon, pour la Faculté de Lille ; M. Debierre, pour la Faculté de Lyon.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14896.

97

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,
Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
GROS: Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

66

Quassine PRINCIPE ACTIF DU QUASSIA AMARA **Adrian**

Dragées de quassine amorphe dosées à 25mgr. Granules de quassine cristallisée dosés à 2mgr.

Les observations publiées dans le *Bulletin de thérapeutique* (voir le no du 15 novembre 1882) prouvent que la **QUASSINE ADRIAN** excite l'appétit, soutient et développe les forces, active la digestion, augmente la sécrétion biliaire, provoque une diurèse normale. Par son action simultanée sur les glandes salivaires, les reins et le foie, elle combat efficacement les dyspepsies atoniques, la débilité générale, la chlorose, les coliques hépatiques et néphrétiques.

Dose : 1 à 4 par jour avant les repas. — **Prix du flon : 3 fr.** — Vente au détail dans les phies.

Dépôt : *Société française de produits pharmaceutiques*, 11, rue de la Perle, PARIS.

136

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions dfificiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

50

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. DUVAL, seul élève de son père, le docteur V. DUVAL, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

20

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

41

Rhumatismes. Guérison par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

82

Globules du docteur de Korab
A L'HÉLÉNINE DE KORAB

34

Dragées et Sirop dépuratifs
IODURÉS du Dr GIBERT.
DRAGÉES et SIROP de DEUTO-IODURE IODURÉ de BOUTIGNY-DUHAMEL.

Affections rhumatismales et scrofuleuses; maladies syphilitiques ayant résisté aux sudorifiques et aux mercuriaux; maladies rebelles de la peau.

Chaque cuillerée à bouche du SIROP renferme *50 centigr. d'iodure de potassium et 1 centigr. de deuto-iodure.*

Les DRAGÉES, qui correspondent à *une demi-cuillerée à bouche de Sirop*, peuvent se conserver indéfiniment et sous tous les climats, grâce à une modification (brevetée s. g. d. g.) du *flacon* qui les renferme.

En raison de leur petit volume, elles sont d'un emploi extrêmement commode et agréables, et, par suite de leur grande solubilité, leur absorption se fait très rapidement.

Elles ont sur le sirop le grand avantage de n'amener jamais ni nausées ni dégoût et conviennent spécialement aux dames, aux personnes que leurs occupations obligent à manger au dehors et à celles qui recherchent un traitement discret.

Prix, à Paris, du flacon de sirop ou de dragées : **5 fr.** — *Remise spéciale à MM. les médecins.*

Paris, Phie BOUTIGNY-DUHAMEL, DESLAURIERS, successeurs, 31, rue de Cléry, et 2, rue Poissonnière. *Se défier des nombreuses contrefaçons et imitations.*

88

Capsules et saccharure
A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

90

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade
à l'albuminate de fer.
Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

123

MALADIES DE L'ESTOMAC
DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres ET Pastilles DE Paterson
BISMUTHO-MAGNÉSIENNES
digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Strasbourg, 10, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

31

Huile DE FOIE DE MORUE **de Godin**
au benzoate de fer.

M. le dr Bazin apprécie ainsi cette préparation : « Cette huile est mieux supportée par les malades que l'huile de foie de morue et le sirop de fer administrés séparément ou combinés ensemble; son action est plus efficace que celle de ces deux agents donnés séparément. »

Paris, 96, faub. St-Martin, et toutes pharmacies.

91

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud
AU QUINA
et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, r. *Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

33

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.
TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

124

Dragées Meynet
D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

71

Granules ferro-sulfureux
J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite. — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

103

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MEDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté
AU LACTATE DE FER.

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

17

Eau minérale de Contrexéville
(SOURCE DU PAVILLON)
SEULE DÉCRÉTÉE D'INTÉRÊT PUBLIC.

Employée avec succès depuis plus d'un siècle **contre la goutte, la gravelle, les coliques néphrétiques et hépatiques, le catarrhe vésical et toutes les maladies des voies urinaires.**

Expéditions dans le monde entier.

DÉPÔT CENTRAL, à Paris, 31, boulev. des Italiens. En vente chez les pharmens et mds d'eaux minles.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Necker. I. Bec-de-lièvre. — II. Fracture de la colonne vertébrale et des deux pieds. — III. Épithélioma de la cuisse. — De l'atélectasie pulmonaire. — Académie de Médecine. — Revue bibliographique. — Corps de santé militaire. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Aubert, de l'Antiquaille, appliquant au virus chancreux les doctrines de M. Pasteur sur les maladies virulentes, y a présumé l'existence d'un microbe particulier. Puis, sans s'attacher, paraît-il, à déterminer les caractères de ce microbe, à le multiplier par la culture, il s'est demandé si, comme le microbe du charbon qui ne se développe point dans un milieu trop chaud, il ne serait pas susceptible d'être détruit par une élévation de température.

Les résultats expérimentaux semblent jusqu'ici être favorables à cette théorie préconçue. Mais dame Fortune pourrait bien y être pour quelque chose ; et il sera prudent d'attendre que les faits se soient multipliés avant de conclure à l'efficacité absolue de la médication préconisée par M. Aubert.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Bec-de-lièvre. — II. Fracture de la colonne vertébrale et des deux pieds. — III. Épithélioma de la cuisse.

I. Le premier malade dont j'ai à vous parler aujourd'hui, est un enfant de quatre mois, bien portant, élevé dans de bonnes conditions, porteur d'un bec-de-lièvre que je vais opérer tout à l'heure. S'il n'y avait que la question du bec-de-lièvre, peut-être le laisserais-je tranquille, mais d'abord l'opération est possible, ensuite l'indication d'intervenir maintenant est formelle.

Il s'agit d'un bec-de-lièvre unilatéral droit avec division totale de la voûte palatine et du voile du palais. Or l'expérience a démontré que la suture de la lèvre chez les très jeunes enfants est une méthode efficace pour obtenir que les deux moitiés de la division de la voûte et les arcades se rapprochent, se touchent et fusionnent entre elles dans de bonnes conditions. Voilà pour les indications, voilà aussi la raison pour laquelle nous allons opérer.

J'ajoute que le bec-de-lièvre, chez notre petit malade, ne nous présente pas de contre-indications et que l'écart des parties à rapprocher n'est pas très considérable, enfin que l'état général de l'enfant est bon.

Je n'ai donc aucune hésitation à intervenir. Quant à l'opération en elle-même telle que je la pratique aujourd'hui, après y avoir eu recours déjà au moins une quarantaine de fois, je vais y procéder par les temps suivants :

1° Dans un premier temps, je ferai la libération de la face profonde des lèvres avec le thermo-cautère. Cet instrument, en pareilles circonstances, nous rend de réels services, d'abord parce qu'avec lui on peut se réduire au minimum d'action pour avoir la plus grande somme d'effets, ensuite parce qu'on n'a pas avec lui la moindre hémorragie à redouter. On dit bien qu'il détermine la formation d'escarres longues à éliminer, mais, dans le cas présent, il me suffira de toucher très légèrement une muqueuse fort délicate pour obtenir l'effet voulu avec très peu de dégâts, il me suffira d'une faible action comburante. Je vais donc me servir du thermo-cautère.

2° Du meilleur côté on taille dans la substance même de la lèvre un lambeau épais, d'une certaine étendue, variable selon les cas auxquels on a affaire; la moyenne, chez l'adulte, est d'environ 1 centimètre et demi. De plus, quand la narine est ouverte, il faut conduire l'avivement assez loin dans la narine; on donne même une petite encoche pour y placer le lambeau à souder.

3° Si l'écartement est un peu marqué, je passe à travers les deux ailes du nez et à leur base un fil de suture profonde qui est engagé, d'un côté, dans une plaque de plomb, et que j'engage aussi, après son passage à travers la narine, de l'autre côté, dans une seconde plaque de même métal. Je préfère ce petit appareil aux serre-fines ou autres instruments trop gros qui serrent mal. Mes plaques de plomb, au contraire, formant comme une sorte de double écrou, prennent à peu près exactement la forme du nez et rapprochent les narines de telle sorte que l'on obtient une fusion complète des parties séparées qui s'accolent très bien et le lambeau s'applique convenablement en bas.

On obtient ainsi, comme résultat opératoire : la narine reformée avec ses dimensions à peu près normales ; une ligne de suture avec la pointe du lambeau qui, volumineuse les premiers jours, va en diminuant peu à peu les jours suivants. De plus, à la face postérieure ou labiale dudit lambeau, je passe des points de suture en soie phéniquée qui sont un perfectionnement précieux.

Telle est l'opération que je vais pratiquer.

II. Je vais vous montrer les pièces relatives à un jeune homme qui est entré dans le service il y a trois semaines. Il s'agit d'un garçon de 19 ans qui a fait une chute de la hauteur du deuxième étage d'une maison en construction, et nous a été amené à l'hôpital avec tous les signes d'une fracture de la colonne vertébrale. Ces fractures donnent lieu à une même symptomatologie que celles du bassin, si ce n'est que dans la première on observe des phénomènes de paralysie et que dans la seconde on constate des accidents de dépression, et si par hasard il y a paralysie, celle-ci est très bornée et non pas étendue comme dans la fracture de la colonne vertébrale.

Notre blessé est mort un peu plus rapidement que cela n'a lieu d'habitude. D'abord, il a eu une première série d'accidents résultant de la compression de la moelle, puis une seconde série des mêmes phénomènes avec ceux d'une myélite consécutive. Enfin il a été emporté par une péritonite.

Mais ce sur quoi je veux surtout insister ici, c'est sur l'ensemble des lésions. Cet homme a fait une chute sur les deux pieds dont les résultats sont si caractérisés qu'ils sont importants à connaître. On peut tomber de bien des façons différentes, mais si l'on tombe verticalement sur les pieds, sur les genoux ou sur les ischions, il peut se produire des fractures indirectes, variées, sur différents points du corps. Nous en avons décrit, M. Berchon et moi, une fort intéressante, avec enfoncement de l'anneau péribulbien de l'occipital par la colonne vertébrale.

En résumé, notre blessé a eu une fracture des os du pied très caractérisée ainsi qu'une fracture de la douzième vertèbre dorsale, réellement typique des fractures par écrasement, avec pénétration en arrière de la portion antérieure du corps de la vertèbre. Dans la fracture des pieds il y avait fracture des deux talons, c'est-à-dire écrasement du calcanéum et fracture de l'astragale, disjonction de l'articulation péronéo-tibiale des deux côtés : à droite c'était un véritable diastasis ; à gauche, le péroné avait été fracturé par éclatement. A droite, l'astragale était brisée en trois fragments.

Nous avons donc deux types rares de lésions, c'est-à-dire un écrasement des talons produit par une chute verticale sur les pieds, en même temps qu'une fracture par écrasement aussi et par enfoncement de la douzième vertèbre dorsale.

III. Enfin, en terminant, je n'ai que quelques mots à vous dire d'une vieille femme de 77 ans, toujours bien portante jusque dans ces derniers temps, et qui portait depuis maintes années sur la cuisse droite, dans la région trochantérienne, une petite verrue. Il y a un an, l'idée lui vint de s'en débarrasser par une ligature. Elle s'en est en effet débarrassée, mais, en son lieu et place, il s'est développé rapidement une tumeur qui aujourd'hui affecte le volume d'un gros œuf, de couleur lie de vin, douloureuse, mobile et actuellement ulcérée.

A cette tumeur correspond un petit ganglion dans le pli de l'aine, de telle sorte que nous nous trouvons en présence d'un sarcome ou d'un épithélioma. Cette dernière affection nous paraît la plus vraie, la plus rationnelle, en raison même de l'âge de la malade, tandis que le sarcome appartient bien plutôt à la première moitié de la vie.

DE L'ATÉLECTASIE PULMONAIRE

Par le Dr Leviste (de Dreux).

I

En 1881, dans le service de notre maître M. C. Paul, nous avons eu l'occasion de rencontrer un cas d'*atélectasie pulmonaire* chez un adulte. Cette affection, rare et difficile à diagnostiquer, a été très bien étudiée par M. le professeur Rommelaere (de Bruxelles) (1). Aussi croyons-nous utile de faire une revue critique de son mémoire avant de rapporter notre observation.

« Le collapsus pulmonaire, dit M. le professeur Rommelaere, constitue un état anatomique caractérisé par l'affaissement complet des vésicules pulmonaires ; celles-ci ne renferment plus d'air et la fonction hématosique du poumon est supprimée dans toutes les parties de l'organe qui sont le siège de la lésion. »

Joerg, en 1832, avait donné à cet état le nom d'*atélectasie pulmonaire*. Pour lui, la respiration devenait insuffisante, par suite d'un arrêt de développement du fœtus.

En 1841, Hasse partage la même idée.

Laennec avait déjà rencontré cet état dans les pneumonies sous l'influence d'un épanchement pleurétique, et lui reconnaissait un caractère inflammatoire.

Grisolle se servait du mot *splénisation* qu'il regardait comme une inflammation arrivée au deuxième degré.

Stokes croyait que c'était une induration aiguë des poumons.

Pour Louis, cet état se présentait comme complication pulmonaire dans les fièvres typhoïdes ; mais les foyers de *carnification* étaient complètement isolés et distincts dans les poumons enflammés.

En 1844, Legendre et Bailly écrivent que la carnification et la splénisation doivent s'appliquer à l'*état fœtal pulmonaire*.

« L'état fœtal, considéré jusqu'ici comme une phlegmasie parenchymateuse à forme lobulaire, doit être distingué avec soin de la véritable hépatisation. »

Traube arriva d'abord aux mêmes conclusions, mais plus tard, en 1871, il fit de la splénisation un des stades de l'inflammation pulmonaire, et de la carnification un état atélectasique qui ne passe même pas à l'inflammation sans l'appoint de facteurs nouveaux.

Pour Félix Marchand, c'est une terminaison de la pneumonie fibrineuse.

En 1879, Lichtheim publia un mémoire où il traite de l'atélectasie survenue à la suite d'obstruction des bronches et après l'ouverture de la cavité pleurale : c'est l'*atélectasie par absorption*.

Jusqu'à Legendre et Bailly, on avait surtout étudié l'atélectasie pulmonaire chez les enfants. Depuis, l'attention des auteurs s'est portée chez les adultes. Toutefois il faut reconnaître que M. le professeur Rommelaere est le premier qui en ait fait une étude spéciale.

Nous allons donc maintenant passer en revue les différents chapitres de son remarquable travail où il laisse de côté l'atélectasie chez les nouveau-nés. Chez eux, l'asphyxie entraîne assez rapidement la mort.

Chez les adultes, les symptômes peuvent se rapporter à deux formes :

(1) *De l'atélectasie pulmonaire*, par M. le professeur Rommelaere. Bruxelles, 1881.

1° État primitif : atélectasie simple ;

2° État consécutif : atélectasie due à l'influence d'un épanchement pleurétique survenu dans le cours d'une pneumonie ou causé par une perforation de la plèvre.

A. *Atélectasie simple primitive.* — Le début est brusque et violent et le premier symptôme qui apparaisse est une dyspnée très forte avec angoisse durant parfois trois ou quatre heures et laissant le malade dans un profond anéantissement.

La matité est absolue, les vibrations thoraciques n'existent plus. On croit être en présence d'un épanchement pleurétique considérable, on fait la thoracentèse et aucun liquide ne s'écoule. C'est ce qui est arrivé à M. Rommelaere et à M. C. Paul, comme nous le verrons plus bas.

On n'entend pas de râles crépitants ou sous-crépitants au niveau de la zone atélectasiée. Mais tantôt il y a du souffle bronchique dans toute l'étendue de la matité quand il existe des adhérences pleuro-pulmonaires, tantôt le silence est absolu quand il n'y a pas d'adhérences. Le plus souvent on trouve de la bronchophonie, rarement de l'égophonie.

La toux est modérée, peu fatigante.

L'expectoration peu abondante ressemble à une solution concentrée de gourme.

Dans certains cas survient un point de côté assez douloureux, dans d'autres il fait défaut.

La fièvre est modérée ; le maximum de la température est de 38°,5 en moyenne. Nous verrons cependant que la courbe thermométrique de notre malade a dépassé 39° et s'y est même maintenue pendant longtemps. Cette courbe est irrégulière et ne présente rien de caractéristique.

La marche de cette affection est rapidement progressive. La mort arrive au bout de trente-six ou quarante-huit heures par suite des progrès incessants de l'asphyxie. Quelquefois on a obtenu des guérisons, mais elles sont lentes.

Obs. I. — *Atélectasie pulmonaire droite. Guérison.* — Le nommé D... (Pierre), âgé de 24 ans, boulanger, d'une constitution forte, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hôpital Saint-Pierre dans le service de M. le professeur Rommelaere (salle 19, lit 5), le 7 novembre 1880.

Il a toujours joui d'une bonne santé. Le 3 novembre dernier, en se réveillant le matin, il fut pris brusquement d'une oppression très vive avec angoisse et point douloureux du côté droit de la poitrine. L'oppression persista plusieurs heures à un degré très violent ; puis elle devint moins violente, sans disparaître ; le point de côté persista à droite. Il n'y eut ni toux ni expectoration.

On lui appliqua, en ville, un large vésicatoire du côté droit de la poitrine et on lui prescrivit un traitement par les sudorifiques qu'il suivit jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Nous constatons le 8 novembre, au matin, de la matité de tout le côté droit de la poitrine ; il existe à la base un léger épanchement pleurétique.

L'auscultation dénote dans la plus grande partie du poumon droit une diminution du murmure vésiculaire ; au sommet, en avant et en arrière, respiration légèrement supplémentaire ; à la base on entend, mais peu distinctement, du souffle tubaire ; pas de râle crépitant ; abolition de la vibration des parois thoraciques et perte d'élasticité.

L'oppression du malade est modérée. Les selles sont régulières. L'urine (1010) est transparente et ne renferme ni sucre ni albumine.

Guère de toux.

L'expectoration du malade est très peu abondante ; elle est légèrement spumeuse, muqueuse et ne présente pas de trace de coloration rouillée.

Le soir de son entrée, le malade est atteint de fièvre assez vive ; la température monte à 39°,9.

Le 8, au matin, elle baisse à 39° et, le soir, elle n'atteint plus que 38°,2.

En présence des symptômes notés à l'entrée, nous nous croyons autorisé à admettre l'existence d'une pleurésie avec épanchement modéré à droite.

Nous faisons des réserves sur la signification de la matité qui existe à la partie supérieure du poumon droit.

Nous prescrivons une potion sudorifique au sureau et au nitre et nous maintenons la diète absolue.

Le 9, la fièvre est moins vive (température axillaire 38° le matin et 39° le soir). Nous maintenons le même traitement et nous accordons deux laitages. Le vésicatoire qui avait été appliqué en ville continue à laisser couler de la sérosité.

Le 12, guère de modification dans les symptômes ; l'épanchement pleurétique a augmenté un peu, mais il reste encore toujours bien inférieur au niveau de la matité reconnue à la percussion de la poitrine.

Nous prescrivons une potion gommeuse de 200 grammes avec 2 grammes d'iodure de potassium et 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

A la date du 16, les symptômes d'oppression se sont accentués ; la face est bouffie. La nuit a été très mauvaise et le malade a eu beaucoup d'angoisse.

La percussion donne une matité absolue dans toute la région dorsale droite jusque dans la fosse sus-épineuse ; en avant, la matité est également absolue jusqu'à 3 centimètres au-dessous de la clavicule. Ce niveau de matité ne se modifie pas en changeant la position du malade. Perte complète d'élasticité des parois thoraciques et des vibrations de la voix. Sous la clavicule droite, il y a de la submatité et un bruit de pot fêlé très manifeste.

A l'auscultation, inspiration tubaire partout et expiration rude donnant par moments un bruit de cuir neuf, à d'autres du piaulement.

L'expectoration plus abondante mesure environ 150 grammes de mucus non aéré, ressemblant à une solution gommeuse ; pas de coloration de ce mucus.

L'état du malade dénote une forte angoisse.

En présence de ces conditions, qui nous paraissent établir nettement l'existence d'un épanchement pleurétique assez abondant pour produire l'angoisse du malade, nous nous décidons à pratiquer la ponction thoracique par l'appareil de Potain. Nous introduisons la canule la plus forte de cet appareil sur la ligne axillaire droite, dans le septième espace intercostal, au siège d'élection, là où les signes physiques nous paraissent dénoter l'existence du foyer de l'épanchement.

Dès que le trocart a pénétré dans la poitrine, nous pouvons nous convaincre que nous arrivons dans le poumon ; nous ne parvenons en effet à retirer aucun liquide par l'aspiration, et nous n'arrivons pas à un résultat plus satisfaisant en déplaçant l'extrémité de la canule, enfoncée dans un tissu mou ; nous introduisons de nouveau le trocart dans la canule, nous retirons un peu l'instrument pour le faire pénétrer dans un endroit voisin. Cette tentative répétée trois fois ne donne aucun résultat et nous nous décidons alors à retirer l'appareil. En le lavant par un courant d'eau, nous constatons qu'il n'y avait dans l'intérieur de la canule que des caillots de sang et des débris de tissu.

L'auscultation pratiquée immédiatement après la ponction ne nous fait constater aucune modification, si ce n'est du râle sous-crépitant fin au niveau du siège de la ponction ; partout ailleurs respiration bronchique.

Le 17, pas de modification dans l'état général du malade ; oppression persistante. La matité thoracique persiste en arrière jusque dans la fosse sus-épineuse ; en avant, dans la position assise, elle remonte à 2 centimètres au-dessus du mamelon ; au même niveau dans la position couchée. A l'auscultation respiration amphorique à l'inspiration et à l'expiration dans la fosse sus-épineuse ; partout ailleurs souffle bronchique mêlé de râle crépitant dans le

voisinage du siège de la ponction. En avant, respiration supplémentaire sous-claviculaire; partout ailleurs souffle bronchique.

On constate partout l'abolition de la vibration des parois thoraciques. Au niveau de la deuxième articulation chondro-sternale droite, bruit de pot fêlé.

Le 18, la fièvre a augmenté; la température, qui ne s'était élevée le 16 qu'à 40° le soir, monte à 40°,6 le 17 au soir. Les signes physiques sont les mêmes. Nous prescrivons au malade :

Potion gommeuse.	150 grammes.
Carbonate d'ammoniaque. . . .	1 —
Extrait thébaïque.	5 centigrammes.

Les crachats du malade, examinés à plusieurs reprises, présentent les caractères que nous avons décrits plus haut.

Le 19, il y a une légère amélioration; la fièvre est moindre; une selle. Les signes fournis par l'auscultation et la percussion sont les mêmes. L'urine ne renferme ni sucre ni albumine.

Le 20, l'amélioration se soutient; la température est revenue à 37°,8, le pouls est à 72, régulier. L'urine des vingt-quatre heures mesure 4,000 grammes, elle renferme 30gr,96 d'urée, 10gr,27 de chlorure de sodium et 2gr,37 d'acide phosphorique.

Les crachats, examinés au microscope, ne renferment plus de protozoaires; on y retrouve des cellules vibratiles, caliciformes et pavimenteuses et des leucocytes, le tout emprisonné dans un réticulum fibrineux.

Le 21, l'amélioration de l'état général se soutient. L'examen microscopique des crachats donne le même résultat que la veille. L'urine totale mesure 3,000 grammes; elle renferme 15gr,83 d'urée, 17gr,25 de chlorure de sodium et 1gr,98 d'acide phosphorique.

Le 22, le progrès s'accentue. L'urine (3,800 grammes) renferme 19gr,08 d'urée, 21gr,85 de chlorure de sodium et 1gr,9 d'acide phosphorique.

Du 22 au 27, l'amélioration se soutient. A la date du 27, on ne retrouve plus autre chose que des signes d'imperméabilité vésiculaire à la base droite : matité, égophonie, souffle tubaire et absence de vibration des parois thoraciques. Le bruit de pot fêlé a disparu.

Même situation les jours suivants; à la date du 28 cependant les crachats, toujours également gommeux, présentent une teinte bleu verdâtre qui persiste les jours suivants. Le pouls varie de 104 à 116, la respiration de 32 à 36 et la température de 37°,2 à 39°.

La fièvre reprend un peu plus forte le 6 décembre, mais cette recrudescence ne dure qu'un jour.

L'expectoration diminue graduellement de quantité; le souffle tubaire disparaît à la base droite le 12. Le malade est tenu en observation jusqu'au 22; à cette époque la sonorité est revenue du côté droit de la poitrine et le murmure vésiculaire y est perçu.

Le malade quitte l'hôpital le 22 décembre complètement guéri.

Le traitement médical a été continué jusqu'au 7 par la prescription du carbonate d'ammoniaque associé à l'extrait thébaïque. A partir du 7, le malade n'a plus pris de médicaments.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 août 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret approuvant l'élection de M. Lannelongue, dans la section de pathologie chirurgicale.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Huchard, qui pose sa candidature à la place vacante dans la section de thérapeutique et de matière médicale;

2° Un rapport de M. le docteur Cavailhon sur les épidémies de l'arrondissement de Carpentras pendant l'année 1882;

3° Une note sur le choléra, par M. le docteur Beaufils (de Rennes).

M. le Président annonce la mort de M. Parrot et exprime, au nom de l'Académie, les regrets que cause la perte de ce professeur qui avait su se faire, par sa science et ses travaux, une place si distinguée dans l'enseignement et la pratique de la médecine infantile.

COMMUNICATION

Recherches sur les graines du lathyrus cicer ou gesse, jarosse, pois cornu. — M. Raoul Guérin, pharmacien à Paris, lit un travail dont voici le résumé :

Les graines de la gesse commune, qui passent pour toxiques et ont déjà causé plusieurs empoisonnements à forme spéciale dit lathyrisme, ont l'aspect d'un pois aplati, un peu triangulaire; leur périsperme est d'une couleur gris lie de vin; il contient deux masses cotylédonaires, colorées en jaune soupe claire.

L'analyse chimique que vient d'en faire l'auteur de cette note, lui a fait connaître que ces graines, traitées par un excipient convenable, contiennent deux corps absolument différents quant à l'aspect physique.

Le premier, d'aspect un peu gras, comme oléo-résineux, d'un vert foncé, susceptible de se prendre en une masse molle comme figée.

L'autre est un liquide sirupeux de couleur jaune rouge foncé, non susceptible de solidification, possédant une odeur caractéristique de pois frais écrasé.

Ces deux corps sont solubles très inégalement dans les liquides suivants :

Éther, chloroforme, essence de thérébentine, sulfure de carbone, benzine.

Le chloroforme est le dissolvant actif de la substance jaune.

La benzine, l'éther, le sulfure de carbone, sont, au contraire, les dissolvants de la substance verte.

Ces deux corps, qui brûlent avec une flamme blanche pour la substance verte, et jaunâtre pour l'autre, paraissent être des hydrocarbures voisins des essences. Ils se sont rencontrés dans les proportions suivantes :

15 grammes de substance verte;
30 grammes de substance jaune,

pour 2 kilogrammes de farine fine de gesse.

L'auteur croit qu'on peut considérer ces deux substances comme nocives au titre des huiles essentielles.

LECTURE

La chaleur et le chancre simple. — M. Aubert, chirurgien en chef de l'Antiquaille à Lyon, lit sur ce sujet une série de recherches expérimentales et cliniques, d'où il conclut que nous possédons dans l'emploi de la chaleur un excellent moyen d'annihiler le virus chancreux et par conséquent de traiter le chancre simple. Il faut combiner l'élévation de la température centrale et le chauffage extérieur, et imiter ce qui se passe dans l'érysipèle, où il y a à la fois fièvre générale et locale.

L'auteur conseille l'emploi du bain de siège chaud, ou mieux encore du demi-bain entre 40° et 42°; il peut être supporté des heures entières; il élève suffisamment la température centrale en même temps que la chaleur périphérique des régions immergées. Il est bon de porter la chaleur centrale au voisinage et même au-dessus de 39°. On pourrait, avec ce moyen, détruire, en un temps très court, et peut-être du jour au lendemain, la virulence des surfaces chancreuses. C'est là certainement le meilleur traitement du phagédénisme et de ces interminables chancres sous phimosis que les pansements ne peuvent atteindre. C'est aussi le moyen de transformer, avant l'ouverture, tout bubon chancreux en un bubon simple, qui, traité par la ponction unique et très étroite, guérit sans laisser de trace.

RAPPORT

M. Colin lit le rapport général sur le service des épidémies pendant l'année 1881.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire usuel des sciences médicales, par les docteurs A. Dechambre, Mathias Duval et L. Lereboullet (1).

Il y a dictionnaires et dictionnaires. Depuis le simple glossaire ou vocabulaire, recueil de mots avec ou sans étymologie et explication de leur valeur significative, jusqu'à ces grandes collections descriptives et monographiques, véritables encyclopédies, — exemple : celles qui sont actuellement en voie de publication, où est largement exposé, sur chacun des sujets traités, l'état présent et complet de la science, — combien n'en avons-nous pas vu passer sous nos yeux, depuis près d'un demi-siècle, de toutes les dimensions, de tous les formats, de toutes les couleurs et de tous les degrés d'importance! Mais, comme abondance ne nuit jamais, nous ne nous en plaignons pas. Loin de là, nous nous réjouissons, au contraire, d'avoir à annoncer à nos lecteurs la bienvenue d'un nouvel ouvrage de ce genre, le *Dictionnaire usuel des sciences médicales*, par les docteurs A. Dechambre, Mathias Duval et L. Lereboullet, trois noms qui n'ont pas besoin de référence auprès du public. Rappeler qu'ils sont tous trois rédacteurs et l'un d'eux directeur du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, c'est assez dire qu'il n'a pu entrer dans leur visée de faire une concurrence à ce dernier. Il s'en faut d'ailleurs que cette nouvelle publication doive en avoir l'importance et l'étendue. Ce n'est ni une œuvre de longue haleine, ni un simple lexique. C'est moins que l'une et plus que l'autre, c'est un entre-deux, c'est-à-dire une façon de dictionnaire complet mais succinct et résumé, dans lequel chacun des sujets faisant partie des sciences médicales est traité en raccourci. Mais, dira-t-on, c'est un nouveau Nysten ! Nysten si l'on veut, puisque ce nom propre est devenu générique, mais un Nysten plus développé que celui de MM. Robin et Littré et ayant d'ailleurs, au point de vue doctrinal, autant qu'il nous a été permis d'en juger par un rapide aperçu de quelques articles, son cachet propre qui le différencie de celui-ci et le rattache au *Dictionnaire encyclopédique*, d'où il procède.

D'ailleurs, comme personne mieux que les auteurs eux-mêmes ne pourrait se flatter de dire plus exactement le but qu'ils se sont proposé, nous allons reproduire ici quelques-uns des termes dans lesquels M. Dechambre, en son nom et au nom de ses collaborateurs, a présenté la première livraison de cet ouvrage à l'Académie :

Les matières dont traite ce dictionnaire appartiennent à l'ensemble entier des sciences médicales : les diverses branches de l'histoire naturelle, la physique, la chimie, la météorologie, la climatologie, l'anatomie et l'histologie normales, l'embryologie, l'anthropologie et l'ethnologie, la physiologie, l'anatomie pathologique, la tératologie, la pathologie générale, la pathologie spéciale, la chirurgie, l'obstétrique, la pharmacologie, l'hygiène, la médecine légale et police médicale, la déontologie professionnelle, et enfin quelques sujets de psychologie.

Le dictionnaire usuel comprendra 120 feuilles d'impression petit texte sur deux colonnes : soit environ 4,000 colonnes. M. Dechambre promet, pour paraître avec la dernière livraison, une préface dans laquelle il exposera, sous l'inspiration de M. Egger, professeur d'éloquence grecque à la Sorbonne, les règles qui doivent présider à la formation des mots nouveaux, afin que le médecin puisse juger du mérite des néologismes courants et se trouver en état d'en créer lui-même que la science puisse avouer... Quant au fond, ajoute M. Deschambre, tout en donnant aux questions d'ordre scientifique tous les développements nécessaires, nous nous sommes efforcés d'imprimer au *Dictionnaire usuel* un caractère plus pratique qu'on ne le fait d'ordinaire dans les dictionnaires abrégés de médecine.

Trois fascicules ou livraisons parues depuis le commencement de l'année, en janvier, constituent la première moitié de l'œuvre dont la deuxième moitié devra être terminée avant la fin de l'année.

Ajoutons que les auteurs dont les noms figurent au-dessous du titre de cet ouvrage et qui en acceptent par conséquent toute la responsabilité n'ont pas absolument tout fait par eux-mêmes; ils se sont donné des collaborateurs; et indiquent, parmi ceux-ci, les noms de MM. Hahn, le savant bibliothécaire-adjoint de la Faculté, Vidau (du Val-de-Grâce), Lefèvre le naturaliste, Letourneau l'anthropologue; Charvot, enfin, pour quelques articles de chirurgie : de MM. V. et E. Egger, l'un pour la psychologie, l'autre pour la revision de l'étymologie et de la synonymie des mots, c'est dire à quel concours utile et compétent ils ont eu recours.

L'œuvre répondra-t-elle de tous points au but et aux espérances de ses auteurs ? Il y a tout lieu de le croire, bien que dans un travail de ce genre il soit toujours très difficile de se tenir dans les limites strictes de ce que l'on a voulu faire, ayant, à chaque article, le risque de n'en pas dire assez ou d'en dire trop, de mécontenter les uns par la prolixité, les autres par le laconisme. Mais satisfaire tout le monde est une prétention que nul ne saurait s'arroger. Toutes réserves faites, à cet égard, nous considérerons cet ouvrage comme devant être très utile pour les praticiens qui peuvent à chaque instant s'estimer heureux d'avoir sous la main ce *Dictionnaire usuel*, comme ces messieurs l'ont justement appelé, ainsi que toutes les personnes qui s'intéressent aux sciences médicales.

(1) Paris, 1883, G. Masson. — L'ouvrage paraîtra en 6 fascicules; prix de chaque fascicule : 5 francs.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE.

Mutations.

Par décision ministérielle les médecins militaires dont les noms suivent, ont été désignés :

Médecins principaux de première classe.

M. Maffre, directeur du service de santé du 18e corps d'armée, à Bordeaux, pour l'emploi de directeur du service de santé du 15e corps d'armée, à Marseille. — M. Poncet, des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie, pour l'emploi de directeur du service de santé du corps d'occupation de Tunisie.

Médecins principaux de deuxième classe.

M. Dieu, des hôpitaux de la division de Constantine, pour les hôpitaux de la division d'Alger. — M. E. Lévy, de l'hospice civil de Besançon, pour l'hospice mixte de Reims (emploi créé). — M. Albert (P.), des hôpitaux de la division d'Alger, pour l'hôpital de la Rochelle. — M. Pernod, de l'hôpital de Bourges pour l'hôpital de la Charité, à Lyon. — M. Arnaud, de l'hôpital de Perpignan, pour l'hospice mixte de Tarbes. — M. Dupeyron, de l'hôpital de Versailles, pour l'hospice mixte de Nîmes. — M. Moussu, désigné pour l'hospice mixte de Tarbes, pour être maintenu aux hôpitaux militaires du corps d'occupation de Tunisie.

Médecins-majors de première classe.

M. Bablon, pour l'hôpital de Bourges. — M. Mounier, pour l'hôpital Saint-Martin, à Paris. — M. Granjean, pour l'hôpital de Versailles. — M. Bertelé, pour l'hôpital de Toulouse. — M. Oberlin, pour l'hôpital de Nancy. — M. Lœwel, pour l'hôpital de Chambéry. — M. Blaise, pour l'hôpital de Vincennes. — M. Ringeisen, pour l'hôpital de Bayonne. — M. Baudon, pour l'hôpital de Bastia. — M. Talon, pour les hôpitaux de la division d'Alger. — M. Nicaud, pour les hôpitaux de la division d'Alger (provisoirement). — M. Gobil, pour les hôpitaux de la division d'Alger (provisoirement). — M. Schaumont, pour les hôpitaux de la division d'Oran. — M. André (E.-A.-S.), pour les hôpitaux de la division d'Oran (provisoirement). — M. Florance, pour les hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie (provisoirement). — M. Lepage, pour les hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie (provisoirement). — M. Roy,

pour l'hospice mixte de Vannes. — M. Blin, pour l'hospice mixte de Besançon. — M. Guimberteau, pour l'hospice mixte du Mans. — M. Roux, pour l'hôpital de Bourges (pour ordre). — M. Labrevoit, pour la légion étrangère, à Sidi-bel-Abbès. — M. Crussard, pour le 28e d'artillerie, à Vannes. — M. Bourgois, pour le 110e d'infanterie, à Dunkerque. — M. Letellier, pour le 46e d'infanterie, à Paris. — M. Mazellier, pour le 2e régiment du génie, à Montpellier.

Médecins-majors de deuxième classe.

M. Radouan, pour le 105e d'infanterie, à Riom. — M. Bouchoir, pour le 103e de ligne, à Alençon. — M. Huguenard, pour le 124e d'infanterie, à Laval (provisoirement). — M. Petitpoisson, pour le 1er spahis, à Médéah. — M. Cicile, pour le 91e d'infanterie, à Mézières. — M. Grodvolle, pour le 66e d'infanterie, à Tours. — M. Massonnaud, pour le 11e dragons, à Montauban. — M. Bachos, pour le 122e d'infanterie, à Montpellier. — M. Michel (E.-J.-B.), pour le 112e d'infanterie, à Aix (provisoirement). — M. Chouet, pour le 30e bataillon de chasseurs à pied, à Clermont-Ferrand. — M. Castaing, pour le 12e escadron du train des équipages, à Limoges (provisoirement). — M. Robert (H.-L.), pour le 94e d'infanterie, à Verdun. — M. Gils, pour le 111e d'infanterie, à Antibes. — M. Barthe, pour le 26e bataillon de chasseurs à pied, à Longwy. — M. Daymard, pour le 21e dragons, à Évreux. — M. Chavier, pour le 3e régiment de chasseurs à cheval, à Abbeville. — M. Cluzant, pour le 28e d'infanterie (provisoirement). — M. Emmerique, pour le bataillon de gendarmerie mobile, à Paris. — M. Marestaing, pour le 8e bataillon de chasseurs à pied, à Amiens. — M. Grandmougin, pour le 9e bataillon de chasseurs à pied, à Rocroi. — M. Pouchet, pour le 12e cuirassiers, à Angers. — M. Laval, pour le 40e d'infanterie, à Privas. — M. Vidal, pour le 10e dragons, à Tarascon. — M. Héricourt, pour le 5e cuirassiers, à Senlis. — M. Warion, pour le 98e d'infanterie, à Roanne. — M. Pilet, pour le 3e cuirassiers au camp de Châlons. — M. Bassompierre, pour le 2e hussards, à Orléansville. — M. Perrin (A.-C.-M.), pour le 1er zouaves, à Alger (provisoirement). — M. Ferrié, pour le 99e d'infanterie, à Gap (provisoirement). — M. Cortial, pour les hôpitaux de la division d'Alger (provisoirement). — M. Tournade, pour les hôpitaux de la division de Constantine. — M. Audet, pour l'École de Saint-Cyr. — M. Vercoutre, pour les hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie. — M. Coustan, pour l'hôpital de Bordeaux.

Médecins aides-majors de première classe.

M. Fribourg, pour l'hôpital de Vincennes, détaché à l'École de gymnastique, à Joinville-le-Pont. — M. Spire, pour l'École d'application de cavalerie, à Saumur. — M. Paquy, pour la légion de la garde républicaine, à Paris. — M. Redon, pour l'École polytechnique. — M. Bodet, pour les hôpitaux de la division d'Oran. — M. Loup, pour les hôpitaux de la division d'Oran. — M. Médieux, pour les hôpitaux de la division d'Oran. — M. Coindreau, pour les hôpitaux de la division de Constantine. — M. Lemoine (L.-F.-E.-A.), pour les hôpitaux de la division de Constantine. — M. Castellanet, pour les hôpitaux de la division d'Alger. — M. Véron, pour les hôpitaux de la division d'Alger. — M. Durand, pour les hôpitaux de la division d'Alger. — M. Torthe, pour être attaché à la direction du service de santé du 17e corps d'armée. — M. Schmit, pour être attaché à la direction du service de santé du corps d'occupation. — M. Darde, pour le service de la place de Paris (bataillon du 64e d'infanterie). — M. Follenfant, pour le service de la place de Paris (bataillon du 41e d'infanterie). — M. Vedel, pour le service de la place de Paris (bataillon du 70e d'infanterie). — M. Amat (L.-C.), pour le 18e chasseurs à cheval, à Rambouillet. — M. Wissemans, pour le 76e d'infanterie, à Paris. — M. Bouchereau, pour le 1er chasseurs d'Afrique, à Blidah. — M. Costé, pour le 4e zouaves, à Tunis. — M. Baills, pour le régiment de sapeurs-pompiers, à Paris. — M. Bonnet, pour le 20e dragons, à Limoges. — M. Béquin, pour le bataillon du 63e d'infanterie, détaché en Algérie. — M. Plaulié, pour le bataillon du 117e d'infanterie, détaché en Algérie. — M. Peyret, pour le bataillon du 130e d'infanterie, détaché en Algérie. — M. Larroque, pour le service de la place de Paris (bataillon du 47e d'infanterie). — M. Leneveux, pour le 11e d'artillerie, à Versailles. — M. Perret, pour le 2e zouaves, à Oran. — M. Colson, pour le 2e chasseurs d'Afrique, à Tlemcen. — M. Jaubert, pour le 2e chasseurs d'Afrique, à Oran. — M. Melnotte, pour la légion étrangère, à Sidi-bel-Abbès. — M. Gérardin, pour le 17e bataillon de chasseurs à pied, à Paris-Courbevoie. — M. Duriez, pour le 140e d'infanterie, à Lyon. — M. Mickaniewski, pour le 103e d'infanterie, à Paris. — M. Janicot, pour le bataillon du 98e d'infanterie, détaché en Algérie. — M. Gaye, pour le 22e d'artillerie, à Versailles. — M. Mandoul, pour le 1er génie, à Versailles. — M. Sabatié, pour le 37e d'artillerie, à Bourges. — M. Guillemot, pour le 13e d'artillerie, à Vincennes. — M. Gauthier, pour le 105e d'infanterie, à Lyon. — M. de Poul de Lacoste, pour le 13e chasseurs à cheval, détaché en Algérie. — M. Farcy, pour le 3e spahis, à Batna. — M. Dupret, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, à Batna. — M. Dumas (M.-L.-C.), pour le bataillon du 137e d'infanterie, détaché en Tunisie. — M. Bayvel, pour le 15e chasseurs à cheval, à Fontainebleau. M. Pauzat, pour le bataillon du 77e d'infanterie, détaché en Tunisie. — M. Frilet, pour le 6e hussards, détaché en Tunisie. — M. Renaut (F.-H.) pour le service de la place de Paris (bataillon du 114e d'infanterie). — M. Bony, pour le 4e d'infanterie, à Montargis. — M. Duponchel, pour le 21e d'artillerie, à Angoulême. — M. Godet, pour le 2e chasseurs à cheval, à Tours. — M. Mathelin, pour être attaché à la direction du service de santé du 2e corps d'armée. — M. Darre, pour le 1er cuirassiers, à Lunéville. — M. Lagrange, pour le 144e d'infanterie, à Bordeaux. — M. Butel, pour le 102e d'infanterie, à Paris. — M. Noël (M.-E.-N.), pour le 25e bataillon de chasseurs à pied, à Montmédy. — M. Salle, pour la place de Paris (bataillon du 65e d'infanterie). — M. Ferry, pour le 7e cuirassiers, à Paris. — M. Didier, pour le 4e génie, à Grenoble. — M. Comte (H.-M.-P.-F.), pour le service de la place de Paris (bataillon du 118e d'infanterie). — M. Favier, pour le 1er tirailleurs algériens, à Blidah. — M. Marotel, pour le 86e d'infanterie, à Lyon. — M. Félix, pour le 13e dragons, à Compiègne. — M. Kauffmann, pour le 31e d'artillerie, au Mans. — M. Altemaire, pour le 6e cuirassiers, au camp de Châlons. — M. Brousses, pour le 14e dragons à Valenciennes. — M. Chenu, pour le 29e bataillon de chasseurs à pied, à Castel-Sarrazin. — M. Godin, (L.-A.-J.-A.), pour le 1er chasseurs à cheval, à Melun. — M. Uffoltz, pour le 4e chasseurs d'Afrique, à la Manouba (Tunisie). — M. Fournot, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied, à Besançon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une mesure libérale vient d'être prise par le doyen de la Faculté de médecine. Plusieurs professeurs ayant demandé à se faire remplacer pendant l'année scolaire pour les examens, le doyen a prévenu officiellement la Société des agrégés afin qu'elle voulût bien désigner le tour de remplacement des agrégés libres pour les examens et des agrégés en exercice pour les cours. Les agrégés se sont réunis, le classement a été fait et le président de la Société des agrégés va le transmettre à la Faculté de médecine. Pour ce qui est des agrégés en exercice, il n'y a rien de changé; le plus ancien, à tour de rôle, sera appelé à remplacer le professeur pour le cours. Aucune exception n'a été faite ; car c'est au titre d'agrégé que la Faculté veut donner, sous une forme nouvelle, une considération. Ceux-là seuls qui s'excuseront en raison de l'âge, des fonctions ou de l'éloignement seront exceptés sur leur demande. Parmi ceux-là nous pouvons citer sans indiscrétion MM. Monod père, Nonat et Burguières.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Pendant les vacances, du 6 août au 15 octobre, le secrétariat sera ouvert de une heure à trois heures.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Depaul est autorisé à se faire suppléer, jusqu'au 31 octobre prochain, par M. Charpentier, agrégé.

— Le concours pour la nomination aux places d'élèves internes des hôpitaux et hospices de Paris et les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie s'ouvrira le lundi 8 octobre 1883, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. Les élèves externes de deuxième et de troisième année sont tenus de prendre part au concours des prix sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au lundi 24 septembre, inclusivement.

— La mission scientifique chargée d'aller étudier le choléra en Égypte se compose de MM. le docteur Strauss, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, Roux et Thuillier, attachés au laboratoire de l'École normale, et Nocard, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.

— M. Jules Aronssohn (de Paris), professeur de chimie organique, est chargé d'une mission scientifique et médicale en Égypte. Il devra étudier le choléra au point de vue étiologique, en même temps qu'au point de vue de la chimie physiologique et de la thérapeutique appliquées.

— *Choléra.* — La décroissance de la mortalité cholérique au Caire s'accentue. Voici les derniers chiffres connus :

2 août. Le Caire, 194 ; Tantah, 46 ; Alexandrie, 5 ; Ismailia, 5.
3 août. Le Caire, 170 ; Alexandrie, 4.
4 août. Le Caire, 160.
5 août. Le Caire, 114 ; Alexandrie, 9 ; Rosette, 15 ; Ninieh, 28 ; Girgeh, 25 ; Zagazig, 35 ; Beni-Souet, 20.
6 août. Le Caire, 78 ; Alexandrie, 9 ; Rosette, 15 ; Ninieh, 27 ; Girgeh, 24 ; Zagazig, 21 ; Tantah, 18 ; autres localités indiquées, 25.

— Un concours s'ouvrira le lundi 7 janvier 1884 à l'École du Val-de-Grâce, pour un emploi de professeur agrégé en médecine. Les médecins-majors de première et de deuxième classe seront seuls admis à prendre part au concours.

Les candidats adresseront au ministère de la guerre une demande qui devra, sous peine de rejet, être revêtue de l'avis motivé de leurs chefs. Cette demande sera transmise par la voie hiérarchique et devra être parvenue au ministère avant le 1er décembre 1883, terme de rigueur.

— Le conseil d'administration de la Société française de tempérance, dans sa séance du 6 juin 1882, a décidé : 1° que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours ; 2° que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

La Société ne met au concours aucune question spéciale, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur les questions suivantes : De l'alcoolisme héréditaire ; action sur l'économie des eaux-de-vie de cidre et de poiré ; mesures qu'il convient de prendre à l'égard des ivrognes d'habitude.

Une somme de 2,000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés.

Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier de l'année 1884.

— M. le docteur Charles Monod, agrégé, chirurgien des hôpitaux, suppléant M. le professeur Trélat durant les vacances, commencera ses conférences cliniques le jeudi 16 août à 10 heures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dumez (de Saint-Dyé-sur-Loire).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14905.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Fracture par écrasement de vertèbres cervicales : pachyméningite, myélite descendante consécutives ; atrophies musculaires, épilepsie spinale. — Anesthésie symétrique des extrémités chez un alcoolique atteint de parésie trémulente à redoublements. — L'Angleterre et le choléra. — De l'atélectasie pulmonaire. — Luxation sous-coracoïdienne complète. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Récompenses décernées aux vaccinateurs. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Fracture par écrasement de vertèbres cervicales : pachyméningite, myélite descendante consécutives ; atrophies musculaires, épilepsie spinale.

L'année dernière, dans nos Revues cliniques, nous avons longuement parlé de l'exagération des réflexes, de la contracture potentielle et de l'épilepsie spinale consécutives au mal de Pott. Nous avons dit que ces phénomènes, et la paralysie totale qu'on observe également parfois dans cette même maladie, dépendaient, non point, comme on le croyait autrefois, d'une compression directe de la moelle par les vertèbres déplacées, mais d'une pachyméningite de voisinage, c'est-à-dire d'une inflammation avec épaississement des enveloppes de la moelle, formant tumeur et comprimant le tissu nerveux.

Les cellules nerveuses sont détruites à ce niveau ; la continuité des faisceaux de fibres blanches peut se trouver elle-même partiellement interrompue, comme celle des colonnes de substance grise.

L'altération du tissu nerveux ne se borne pas à cette sorte de traumatisme. Il se produit une irritation autour des points ainsi altérés, irritation qui peut s'étendre à toute l'épaisseur de la moelle. Cette myélite transverse a pour résultat la sclérose consécutive de certains faisceaux déterminés, sclérose ascendante quand il s'agit des cordons antérieurs, et descendante quand il s'agit des cordons postérieurs.

Les troubles de la sensibilité peuvent se rattacher à diverses lésions, soit primitives, soit secondaires en ce qui concerne la moelle. L'interruption de la continuité de la substance blanche ou de la substance grise de la moitié postérieure de la moelle épinière peuvent, en effet, influer sur les modalités de la sensibilité, qu'elle ne détruit pas généralement alors qu'elle n'est pas complète.

La paralysie proprement dite peut aussi survenir brusquement, en dehors de toute sclérose secondaire, par une lésion primitive du tissu nerveux.

Mais la contracture, soit actuelle, soit latente et en puissance pour ainsi dire, l'exagération des réflexes, l'épilepsie spinale, semblent se rattacher exclusivement, ou à peu près, à la sclérose descendante des faisceaux pyramidaux et des faisceaux de Turck dans les cordons postérieurs.

Aussi sont-ce là des phénomènes qui se développent tardivement, progressivement, souvent très longtemps après l'effondrement du corps de la vertèbre et la production de la gibbosité.

Or ce qui s'observe journellement dans le mal de Pott peut également se rencontrer à la suite d'un traumatisme portant sur la colonne vertébrale.

L'histoire d'un malade qui se trouve actuellement à l'hôpital Laennec, salle Bayle, n° 7, dans le service de M. Damaschino, est à ce point de vue fort instructive.

Cet homme, actuellement âgé de 53 ans, est né dans le Tyrol, mais il est venu en France tout enfant. Il est bien constitué, solide, et n'a jamais fait que deux maladies, une fièvre typhoïde vers l'âge de 25 ans, et une fièvre cérébrale il y a quatre ans.

A ce qu'il raconte, cette fièvre cérébrale a commencé par un certain degré d'hémiplégie. Il sciait du bois, quand il s'aperçut qu'il ne pouvait plus tenir la scie de la main gauche. Il eut toutes les peines du monde à remonter chez lui, au premier étage, tant il lui était difficile de se servir de la jambe gauche. Il se coucha, et quand sa femme rentra, un peu plus tard, il battait la campagne. On le transporta à l'hôpital et pendant 25 jours il eut le délire. Il n'en sortit qu'au bout de 66 jours, parfaitement guéri, aussi robuste qu'auparavant.

Tels sont les commémoratifs.

Quelques semaines avant l'accident qui a provoqué la maladie actuelle, il commença à éprouver, durant la nuit, des crampes fréquentes dans les jambes. Mais, à tout autre point de vue, il allait très bien.

Il y a vingt mois, le 27 octobre 1881, il était occupé au badigeonnage d'une maison, quand il tomba d'une hauteur de deux mètres et demi. Cette chute fut produite par un faux mouvement qui fit basculer la planche sur laquelle il se trouvait ; mais il soutient qu'à ce moment il n'avait eu ni éblouissement, ni crampe, ni rien qui pût nuire à son équilibre.

Il tomba perpendiculairement sur les mains et sur la tête. Il perdit connaissance et délira pendant plusieurs

jours. Quand il revint à lui, ses mains étaient enflées et il ne pouvait pas s'en servir. L'enflure disparut peu à peu, mais la liberté des mouvements ne revint pas. Au contraire, au bout de quelque temps, il y a un an environ, cet homme s'aperçut que ses mains maigrissaient beaucoup; il y éprouvait des douleurs, et il s'en servait de plus en plus mal. Les jambes aussi devenaient de moins en moins agiles. Elles étaient fréquemment le siège de contractures pénibles.

Bref, cet homme, voyant son état empirer de jour en jour au lieu de s'améliorer, entra le 14 février à l'hôpital Laennec.

Quand on l'examine, on remarque d'abord qu'il a la tête pour ainsi dire rentrée entre les épaules. Le cou est très court, peu mobile latéralement. Les apophyses épineuses des trois dernières vertèbres cervicales forment une saillie arrondie extrêmement marquée, à laquelle succède un creux profond; en d'autres termes, cette région de la colonne vertébrale a la forme d'un S, dont la moitié inférieure ressort en arrière et un peu à droite.

Il est évident qu'il y a eu là une énorme exagération de la double courbure normale, par tassement, écrasement, fractures multiples et sous-luxations des vertèbres.

Les membres supérieurs sont affectés surtout vers leurs extrémités, le droit plus encore que le gauche. L'atrophie musculaire y est des plus marquées.

Les mains sont en forme de griffe, leur extrémité est un peu fléchie, tandis que les premières et secondes phalanges sont en extension. Leurs mouvements sont très limités. Il est impossible au malade de fermer le poing, de redresser entièrement le pouce, toujours un peu fléchi et tourné en dedans, de le porter en opposition, d'écarter les doigts, de fléchir les premières phalanges, etc. Les éminences thénar et hypothénar ont complètement disparu, ainsi que les interosseux; la peau paraît à peu près vide entre le pouce et le reste de la main; les muscles de l'avant-bras ont diminué eux-mêmes, surtout vers le bord externe. Ils sont le siège de douleurs quand on les presse ou quand le malade veut mouvoir ses doigts. Il raconte d'ailleurs que ses mains étaient depuis plus d'un an sujettes à des douleurs semblables.

C'est à peu près le seul phénomène insolite du côté de la sensibilité : et encore faut-il remarquer que ces douleurs sont seulement musculaires. La piqûre, le pincement, le contact, la température, sont perçus sur toute la surface du corps d'une manière absolument normale. Il n'y a donc ni anesthésie ni hyperesthésie cutanée à aucun degré.

Mais le malade se plaint de ressentir dans les mains tantôt une chaleur brûlante et tantôt un froid excessif.

Il se plaint également d'avoir toujours froid aux membres inférieurs depuis un an environ.

Déjà précédemment, depuis au moins quinze mois, il s'était aperçu que sa jambe droite était souvent le siège de sortes de crampes très pénibles. Suivant son expression, elle dansait quelquefois en s'étendant alors qu'il marchait, et elle s'étendait aussi malgré lui quand il était couché dans certaines positions.

Aujourd'hui tous ces phénomènes se sont singulièrement accrus, surtout depuis deux ou trois mois. Il suffit de relever la plante du pied droit pour provoquer un accès très violent d'épilepsie spinale, c'est-à-dire une longue série de trépidations épileptiformes, à grandes secousses, dans tout le membre inférieur de ce côté.

Ces espèces de convulsions cloniques qui se prolongent un certain temps sont également provoquées, non seulement par la percussion du tendon rotulien, mais surtout par celle des muscles de la région postérieure et de la région interne de la cuisse alors que la jambe est soulevée étendue. Celle des muscles de la région antérieure produit ce même résultat à un moindre degré; celle de la région externe, très peu.

Au membre inférieur gauche, le redressement forcé de la pointe du pied provoque encore quelques secousses; mais la percussion du tendon rotulien ne dévoile que l'exagération du réflexe normal, et celle des muscles de la cuisse est absolument inefficace.

Cet homme, qui marche de plus en plus mal, se plaint en outre d'être faible des reins, suivant son expression.

Ainsi non seulement il est moins maître de ses mouvements à cause des contractures, mais il a conscience d'avoir moins de force dans les mouvements volontaires.

La vessie et le rectum ont également perdu de leur puissance contractile, en tant qu'obéissant à la volonté.

Cet homme se plaint d'être toujours et de plus en plus constipé. Il lui faut faire de très grands efforts pour expulser les matières fécales. Il n'urine pas à volonté; pour qu'il puisse vider sa vessie, il faut qu'elle soit presque complètement pleine ou qu'il en éprouve le besoin très vivement par action réflexe.

On voit que l'histoire de cet homme rappelle, par certains côtés, celle des individus atteints du mal de Pott.

Comme eux, il présente actuellement, à un très haut degré, l'épilepsie spinale et la contracture latente des membres inférieurs.

Il doit donc avoir une sclérose des faisceaux pyramidaux des cordons antérieurs, sclérose dont le point de départ doit être cherché à la région cervicale, car c'est là que la colonne vertébrale présente cette déformation considérable qui a succédé à la chute.

Il doit y avoir à ce niveau, à la partie antérieure de la moelle, un certain degré de myélite transverse par compression, et il est probable que l'agent direct de cette compression, intermédiaire entre la lésion osseuse et l'irritation médullaire, est une pachyméningite qu'aura provoquée la présence de fragments saillants, ou le travail irritatif accompagnant la formation du cal.

La myélite transverse ne paraît pas d'ailleurs avoir été très envahissante, puisqu'on ne remarque aucune espèce de trouble de la sensibilité cutanée, par augmentation, diminution ou changement de modalité : la moitié postérieure de la moelle épinière doit donc être restée relativement indemne.

Mais ce n'est pas tout. L'atrophie des muscles de la main, celle de quelques muscles de l'avant-bras, la douleur ressentie dans toute la masse des muscles de cette même région quand on les touche ou quand ils agissent, trahissent une lésion portant soit sur les racines antérieures des nerfs brachiaux, soit sur leurs cellules d'origine, soit sur la partie des faisceaux radiculaires des cordons antérieurs qui les rattache à ces cellules.

S'il n'y avait pas eu d'accident initial, on pourrait songer à cette affection des cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière qui est la lésion caractéristique de l'atrophie musculaire progressive.

Mais dans ce cas il est bien évident, la fracture des vertèbres ayant été la cause, qu'il faut plutôt chercher l'altération

nerveuse le plus près possible des points fracturés. Les mains n'ont jamais recouvré la liberté de leurs mouvements depuis le moment où l'accident s'est produit. L'atrophie, il est vrai, n'est survenue que plus tard, et l'impotence s'est accentuée dès lors. Mais il est probable que quelques racines antérieures du plexus brachial avaient souffert dès le début, lors de l'écrasement des vertèbres, et que la pachyméningite, étant survenue autour d'elles, les aura lésées davantage en les comprimant circulairement. L'atrophie des muscles serait donc la conséquence d'une névrite avec sclérose de ces racines.

Il ne serait pourtant pas impossible que cette atrophie dépendît, au moins en partie, de l'altération des grosses cellules motrices des cornes antérieures sous l'influence de la myélite transverse développée à ce même niveau.

Anesthésie symétrique des extrémités chez un alcoolique atteint de parésie trémulente à redoublements.

Si les formes de l'alcoolisme varient suivant l'espèce de liquide ingéré, elles varient aussi, encore plus, suivant certaines dispositions individuelles dont il faut tenir un grand compte.

Nous avons décrit, sous le nom de *trémulence parétique à redoublements*, un syndrome qui se rencontre fréquemment chez les buveurs de liqueurs fortes, mais qui peut se trouver aussi, à ce qu'il semble héréditairement, chez des individus très sobres. Lorsque les enfants d'un ivrogne tremblent un peu des mains dès leurs premières années, c'est généralement l'indice d'une prédisposition spéciale au développement complet de ce syndrome.

Tel est le cas chez un homme de 30 ans, solidement bâti, qui occupe le n° 6 dans le service de M. Lancereaux. Chez cet homme, buveur de liqueurs fortes, il nous a paru fort intéressant de rechercher s'il existait aussi le signe que M. Lancereaux donne comme caractéristique de cette catégorie d'ivrognes, l'anesthésie symétrique des extrémités.

Or chez lui cette anesthésie s'étend même plus haut que chez le malade précédent ; elle monte jusqu'au tiers de la cuisse et jusqu'au tiers du bras. En outre, quand on promène l'ongle sur la peau des membres, on voit apparaître ces lignes rouges, marques de troubles vaso-moteurs, qu'on désignait autrefois sous le nom de *taches méningitiques*.

Pour tout le reste, cet homme présente, classiquement pour ainsi dire, le tableau de la *parésie trémulente à redoublements* tel qu'il a été décrit par nous.

Bien qu'ayant le système musculaire très développé, nullement atteint dans son volume par les ravages de l'alcoolisme, à certains jours, surtout quand il fait de l'orage ou lorsque le temps va changer, cet homme ressent une faiblesse telle qu'il peut à peine soulever ses bras et se tenir debout.

Dans ces moments-là, au lieu d'un léger tremblement des mains, qui lui est habituel et qui date, à ce qu'il raconte, de la première enfance, il éprouve une agitation de tout le corps, et les mouvements oscillatoires des mains prennent une amplitude et une continuité plus grandes ; il lui serait alors impossible d'écrire.

Son caractère, toujours un peu fantasque, qui le conduit à rompre avec les gens à peu près sans causes, devient sous les mêmes influences encore beaucoup plus impressionnable.

A tous ces signes d'excitation nerveuse se joint une sensation pénible de constriction autour du thorax, une oppression semblable à celle que causerait un poids pressant sur la poitrine et sur l'abdomen.

La mémoire est par excellence une mémoire à trous. Il ne reste plus la moindre trace, le moindre souvenir de certains faits ; tandis que d'autres faits datant de la même époque, n'ayant pas plus d'importance, au contraire, reviennent à l'esprit dans tous leurs détails.

La vue est bonne, en ce sens que cet homme peut distinguer au premier moment les caractères même les plus fins. Mais elle se fatigue vite, et la lecture devient rapidement presque impossible parce que toutes les lettres se brouillent.

Le sommeil est court, peu réparateur, agité par des rêves effrayants.

Ce n'est que très exceptionnellement que ce malade a eu des pituites ou des vomissements le matin. Il n'éprouve pas de nausées ; mais habituellement, quand il se lève et quand il pose les pieds à terre, des vertiges, qui se prolongent plus ou moins longtemps, parfois plus d'une heure.

Nous avons dit déjà que c'était un grand buveur de liqueurs fortes, comme en général ceux qui exercent les mêmes métiers que lui. Il a d'abord été chauffeur ; puis, à la suite d'un accident qui lui a abîmé l'avant-bras droit, il a changé de profession pour devenir fondeur. Mais au milieu de tous ses excès alcooliques, il a, dit-il, très peu bu d'absinthe. Aussi rapporterais-je plutôt au syndrome de la parésie trémulente qu'à l'hypothèse d'un absinthisme, les zones d'hyperesthésie qu'il accuse sur les épaules, sur le haut des bras, sur le haut des cuisses, etc. A ce niveau, le plus léger contact à la surface de la peau lui cause souvent de la douleur.

Il est probable qu'il deviendra phtisique, ainsi qu'il arrive si habituellement aux alcooliques de toute espèce qui habitent les grandes villes. Il a déjà les sommets suspects.

Son père, qui était chauffeur-mécanicien et qui, comme lui, buvait beaucoup de liqueurs fortes, est mort de phtisie pulmonaire.

Il est probable que c'est aux habitudes alcooliques de ce père, qui cependant, affirme-t-il, n'a jamais tremblé, qu'il doit d'avoir tremblé lui-même et d'avoir offert dès l'enfance la première ébauche d'une parésie trémulente à redoublements.

L'Angleterre et le choléra.

L'Angleterre vient d'entrer directement, officiellement, dans la discussion sur la doctrine de l'importation du choléra, et cela par une sorte de communiqué transmis par ses ambassadeurs aux ministres des affaires étrangères des divers pays, avec prière de lui donner toute la publicité possible.

Cette pièce a paru au *Journal officiel*, sans réplique ni commentaire.

Nous nous proposons de la placer *in extenso* sous les yeux de nos lecteurs, en mettant en regard de nouveaux documents qui démontrent, une fois de plus, par l'histoire du choléra dans d'autres contrées, ce que l'étude de cette maladie en Égypte avait prouvé surabondamment : son origine indienne, sa marche envahissante quand elle n'est pas arrêtée par des quarantaines sévères, et le danger pour le monde entier des théories intéressées que l'Angleterre vient encore défendre.

La place nous manquant aujourd'hui, nous renvoyons cette publication à lundi prochain. Mais nous ne voulions pas attendre davantage pour mentionner, parmi ces documents, en première ligne, une lettre extrêmement probante de M. le docteur Le Juge de Segrais sur les importations du choléra indien et l'application efficace des quarantaines à l'île Maurice, possession anglaise.

DE L'ATÉLECTASIE PULMONAIRE (1)

Par le Dr Leviste (de Dreux).

II

B. *Atélectasie pulmonaire compliquant la pneumonie.* — Dans ce cas, l'évolution est masquée en partie par les symptômes de la pneumonie ; et, sans cause apparente, il arrive une aggravation subite dans l'état du malade.

Souffle bronchique, matité, suppression des vibrations thoraciques, tels sont les signes principaux de cette forme.

La mort arrive au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures.

Toujours l'atélectasie pulmonaire se produit en dehors de la portion pulmonaire enflammée, fait qui résulte des autopsies pratiquées par M. Rommelaere. Et pour lui l'atélectasie est une cause fréquente de mort dans la pneumonie.

Deux observations sont rapportées à l'appui de cette thèse. Dans la première, le diagnostic ne fut posé du vivant du malade que par l'insuccès de la thoracentèse. Dans la seconde, le diagnostic fut établi du vivant de la malade sans qu'on ait pratiqué de ponction et confirmé par l'autopsie.

Obs. II. — *Pneumonie ; atélectasie pulmonaire gauche simulant une pleurésie ; mort.* — Le nommé K... (Joseph), âgé de quarante-deux ans, ouvrier gazier, entre à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles (salle 19, lit 11), le 26 décembre 1878.

A son entrée à l'hôpital, le malade est dans un état d'oppression extrême qui ne lui permet pas de fournir de longs détails commémoratifs. Nous parvenons à nous assurer que le début de son affection remonte à trois semaines et s'est traduit, à la suite d'un refroidissement, par une dyspnée très forte avec point de côté à gauche. Il y a eu des frissons répétés sans grande réaction consécutive. En nous en rapportant aux renseignements fournis, le malade a présenté les symptômes d'une pneumonie aiguë.

L'évolution de la maladie a été lente ; il y a eu cependant un amendement assez prononcé pendant quelque temps, mais depuis vingt-quatre heures il s'est produit une accentuation très grande des symptômes. A l'entrée du malade à l'hôpital, l'interne de garde constate une oppression extrême avec matité absolue de tout le côté gauche de la poitrine ; il administre 30 grammes de teinture de jalap composée, qui amènent trois évacuations liquides très abondantes, suivies d'un léger amendement.

Le lendemain matin, nous trouvons le malade en proie à une dyspnée très grande ; le pouls est régulier, à 120 ; la respiration abdominale, à 40 ; la température, qui était hier soir de 39°,1, est tombée à 37°,8.

La pointe du cœur est déviée vers la droite, mais modérément.

Le côté gauche de la poitrine est d'une matité absolue à la percussion, sauf à la partie inférieure ; il y a de la voussure à la base où l'on voit les espaces intercostaux se contracter. Absence de vibration vocale des parois thoraciques. A l'auscultation, on entend des râles muqueux en avant, du souffle tubaire et de la bronchophonie en arrière, en haut ; abolition de tout bruit respiratoire à la base.

L'expectoration est peu abondante et gommeuse.

L'urine peu abondante a une densité de 10,20 ; elle renferme une légère proportion d'albumine ; pas de glycosurie.

En présence de ces symptômes, nous avons cru à l'existence d'un épanchement pleurétique abondant du côté gauche de la poitrine. Deux signes cependant nous avaient inspiré de la réserve dans notre diagnostic ; la pointe du cœur était très peu déviée de sa position normale ; nous ne retrouvions pas là le déplacement notable que l'on observe habituellement dans les épanchements pleurétiques abondants. D'autre part, l'expectoration avait le caractère d'une solution gommeuse et ne ressemblait pas non plus à celle que l'on voit dans les cas de pleurésie.

Malgré ces signes, en présence du danger imminent d'asphyxie que présentait ce sujet, nous nous décidons à pratiquer la thoracentèse à gauche ; le trocart pénètre dans le tissu pulmonaire et nous ne retirons aucun liquide.

Cet insuccès, en nous prouvant qu'il n'y avait pas d'épanchement pleurétique, ne nous laisse d'autre diagnostic que celui d'atélectasie pulmonaire. L'autopsie nous a prouvé qu'il en était ainsi.

Nous nous bornons à appliquer un large vésicatoire au sternum et à prescrire une potion au carbonate d'ammoniaque.

Le malade succombe aux progrès de l'asphyxie dans la matinée du 28 décembre.

Autopsie. — L'autopsie ne porta, par suite d'opposition de la famille, que sur les organes thoraciques ; elle établit l'existence de carnification de la plus grande partie du poumon gauche.

Obs. III. — *Rétention de débris du placenta ; processus embolique multiple ; pneumonie ; atélectasie pulmonaire ; mort.* — La nommée Thérèse D..., épouse P..., âgée de vingt-six ans, d'une constitution forte, tempérament lymphatique, entre à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles (salle 35, lit 13), le 5 mars 1881.

Elle est accouchée à terme, huit jours auparavant, d'un enfant vivant et bien portant. L'accouchement a été facile et normal, l'expulsion du placenta n'a rien présenté de particulier, au dire de la malade. Il y a eu des pertes modérées. La sécrétion lactée ne s'est pas établie.

A son entrée, elle se plaint d'être souffrante depuis l'accouchement de malaise général, courbature, fièvre modérée ; ces symptômes se sont peu à peu accentués et traduits en douleurs par tout le corps. En même temps, la fièvre est devenue plus forte.

Avant son entrée à l'hôpital, on lui avait appliqué à la base du thorax, à gauche, un large vésicatoire pour combattre les phénomènes douloureux de cette région. Nous constatons de la matité dans toute la moitié gauche du thorax en arrière, en même temps que l'abolition complète des vibrations de la paroi ; souffle tubaire à la même région et égophonie dans la fosse sus-épineuse gauche. Le cœur n'est pas refoulé et on n'y entend aucun bruit morbide.

La toux est fréquente et l'expectoration est séro-purulente, non rouillée, et surtout remarquable par sa ressemblance avec une solution gommeuse dans laquelle nageraient des crachats purulents de bronchite aiguë.

Nous diagnostiquons une pneumonie du sommet avec atélectasie du lobe inférieur gauche, sous l'influence d'une fièvre puerpérale.

Le pronostic est posé comme très grave.

Le traitement consiste dans l'application de ventouses sèches dans le dos et l'administration d'une potion renfermant 10 centigrammes d'extrait thébaïque et 5 centigrammes de tartre émétique.

L'agitation augmente avec la fièvre ; la nuit du 5 au 6 est agitée d'un délire assez violent, occasionné par des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Les symptômes thoraciques se sont maintenus avec les mêmes caractères, avec accentuation de l'égophonie et voix de polichinelle au niveau de l'angle de l'omoplate gauche.

Le 8, l'oppression est devenue beaucoup plus grande ; la respiration est à 56 ; il y a refroidissement général.

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 août 1883.

Nous rapportons l'aggravation des symptômes notée depuis hier à la production de l'épanchement péricardique ; l'examen des organes respiratoires nous fournit les mêmes résultats que ceux que nous avons constatés les autres jours. Toutefois, en présence d'une oppression aussi forte avec menace d'asphyxie, nous tenons à nous assurer positivement qu'il n'existe pas d'épanchement de la plèvre et nous pratiquons une ponction exploratrice dans le septième espace intercostal gauche sur la ligne axillaire. Cette ponction ne donne issue qu'à une très petite quantité de liquide sanieux. Notre diagnostic se trouvant ainsi confirmé, nous nous bornons à soulager la malade par l'application d'un large vésicatoire à la région précordiale et de douze sangsues à la région épigastrique. Pour soutenir les forces, nous administrons en même temps la mixture camphrée.

Le soulagement obtenu par ces moyens fut très prononcé, mais de courte durée ; le lendemain, en effet, les symptômes d'asphyxie reprirent le dessus et la malade succomba le 9 mars 1881.

Dans tout le cours de la maladie, il ne se produisit aucun symptôme du côté des organes abdominaux.

Autopsie pratiquée le 11 par M. le professeur Wehenkel, chef du service des autopsies.

Caractères extérieurs. — État d'embonpoint satisfaisant. Cadavre fort décomposé.

Dans la *cavité pleurale gauche*, on constate une adhérence épaisse fibrino-purulente entre le poumon et la paroi thoracique ; cette adhérence se fait vers la cinquième côte et présente un peu plus de largeur que la paume de la main. Le restant de la cavité pleurale renferme un liquide légèrement purulent, peu abondant.

Poumon gauche. — A l'endroit de l'adhérence déjà signalée, il est recouvert de dépôts fibrineux.

Dans sa partie inférieure, il présente de l'atélectasie avec légère congestion. Le restant de ce poumon est également congestionné, plus friable que normalement, et présente de l'hépatisation rouge qui tranche d'une façon assez nette par son aspect gélatinoïde et luisant sur la partie atélectasiée ; *sur cette dernière partie, on constate un assez grand nombre de petites nodosités limitées par une zone rouge et présentant les caractères de foyers emboliques.*

Poumon droit. — Congestionné et sans autre lésion.

Péricarde. — Il renferme à peu près 100 grammes d'un liquide séro-purulent.

Cœur. — La surface, de même que le péricarde, est recouverte de dépôts fibrineux assez abondants.

Les valvules sont saines. La substance cardiaque est en voie de décomposition.

Foie. — De volume à peu près normal. Il présente de l'emphysème cadavérique et sa décomposition est fort avancée.

Rate. — Elle est augmentée de volume, sans lésion apparente.

Rein droit. — Fort décomposé ; il paraît avoir été congestionné.

Le *rein gauche*, l'*estomac*, l'*intestin grêle*, sont décomposés.

Gros intestin. — Dans le côlon ascendant, la vascularisation est plus prononcée que normalement, le restant paraît normal.

Matrice. — Augmentée de volume. Elle est flasque et renferme des gaz par suite de décomposition. En l'ouvrant, outre du sang en voie de décomposition, on trouve encore un morceau de placenta adhérant fortement au fond de l'organe. La paroi de cette matrice mesure 1 demi-centimètre d'épaisseur. Le péritoine présente une légère pigmentation générale ancienne.

Cerveau. — Les méninges sont infiltrées et légèrement épaissies. La substance encéphalique est œdématiée et plus injectée que normalement. Les vaisseaux de la base sont normaux. Le mésocéphale est légèrement œdématié.

LUXATION SOUS-CORACOÏDIENNE COMPLÈTE.

Par M. le Dr Léon Dufour.

Je fus appelé, au mois d'août dernier, auprès du nommé G..., agent de police.

C'est un homme de tempérament nerveux et de bonne constitution, rarement malade et n'ayant jamais que des affections professionnelles.

Je le trouvai au lit ; il se plaignait d'une douleur à l'épaule droite et de ne pouvoir remuer le membre de ce côté.

Après examen, je reconnus une luxation sous-coracoïdienne complète.

Le malade me raconta qu'il y avait une demi-heure, il dormait, selon son habitude, les bras relevés et les mains derrière la tête, quand il s'entendit appeler de la rue.

Réveillé en sursaut et voulant se lever, encore à demi endormi, il dégagea ses bras de derrière la tête. Une douleur très vive, à l'épaule droite, le fit retomber sur ses oreillers.

Il constata alors l'impotence fonctionnelle de son membre.

Son bras n'avait été retenu par rien dans le mouvement pour s'asseoir dans le lit, rien d'ailleurs n'était là où il eût pu s'accrocher ou se heurter.

Cette observation m'a paru digne de remarque, à cause du mécanisme de la luxation. Il me semble dû uniquement à l'action musculaire sur des points dont les parties constituantes se sont trouvées, un moment, troublées dans leurs rapports physiologiques habituels.

Le malade, en se levant, a eu le sentiment inconscient de ramener ses bras en bas et en avant. Sans doute, dans ce mouvement, il a tordu le droit, peut-être en le portant en arrière. Par suite d'une contraction des muscles de l'épaule, ceux de la partie antérieure auront rencontré une résistance moindre de l'humérus dont la tête aura été amenée de ce côté et l'auront entraîné en avant.

Pour n'avoir aucun détail sur la manière dont le bras s'est comporté quand le malade s'est assis, encore endormi, nous n'en avons pas moins la certitude que rien que l'action musculaire a produit cette luxation. Le membre, en effet, n'a été arrêté et ne pouvait être arrêté par aucun obstacle.

Après examen attentif et après guérison, cette articulation, non plus que les autres, n'est altérée. Jamais le malade n'a eu d'affections de ces régions.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE.

Mutations.

Par décision ministérielle les médecins militaires dont les noms suivent, ont été désignés :

Médecins aides-majors de deuxième classe.

M. Descours, pour le 12e bataillon de chasseurs à pied, à Lyon. — M. Lacronique, pour le 5e cuirassiers, à Senlis. — M. Boppe, pour le 10e bataillon de chasseurs à pied, à Épinal. — M. Hassler, pour le 22e dragons, à Provins. — M. Hartigalas, pour le 57e d'infanterie, à Bordeaux. — M. Duval, pour le 35e d'artillerie, à Vannes. — M. Schoull, pour le 5e hussards, à Sézanne. — M. Boisson, pour le 14e chasseurs à cheval, à Bar-le-Duc. — M. Lévy (A.), pour le 8e chasseurs à cheval, à Bar-le-Duc. — M. Couillault, pour le 10e hussards, à Sézanne. — M. Ribes (L.), pour le 3e d'artillerie, à Castres. — M. Ferrand, pour le 18e dragons, à Vitry-le-François. — M. Buy, pour le 2e dragons, à Chartres. — M. Couette, pour le 21e bataillon de chasseurs à pied, à Montbéliard. — M. Marchand, pour le 4e dragons, à Chambéry. — M. Claude, pour le 14e d'artillerie, à Tarbes. — M. Chuffard, pour le 19e chasseurs à cheval, à Lille. — M. Berthoud, pour le 19e dragons, à Saint-Étienne. — M. Bellouard, pour le 7e d'artillerie, à Rennes. — M. Roux (L.-A.-E.), pour le 17e dragons, à Carcassonne. — M. de Voisins, pour le 18e d'artillerie, à Toulouse. — M. Guérard, pour le 72e d'infanterie, à Toul. — M. Évesque (F.-L.-J.), pour le 120e d'infanterie, à Givet. — M. Tavenaux, pour le 15e bataillon de chasseurs à pied, à Dijon.

— M. Joly (P.-L.), pour le 4e chasseurs à cheval, à Épinal. — M. Hublé, pour le 93e d'infanterie, à La Roche-sur-Yon. — M. Hutin, pour le 8e dragons, à Paris. — M. Mosimann, pour le 3e cuirassiers, au camp de Châlons. — M. Béchard, pour le 9e dragons, à Paris. — M. Petit (J.-J.-H.), pour le 2e bataillon de chasseurs à pied, à Versailles. — M. Stœbel, pour le 33e d'artillerie, à Poitiers. — M. Lafille, pour le 84e d'infanterie, à Avesnes. — M. Février, pour le 21e dragons, à Évreux. — M. Carlier, pour le 15e dragons, à Libourne. — M. Debrie, pour le 9e hussards, à Belfort. — M. Tayac, pour le 23e bataillon de chasseurs à pied, à Limoges. — M. Vachez, pour le 20e chasseurs à cheval, à Châteaudun. — M. Sabatier, pour le 29e d'artillerie, à Laon. — M. Poirier, pour le 110e d'infanterie, à Dunkerque. — M. Pelletier, pour le 75e d'infanterie, à Lyon. — M. Germaix, pour le 5e bataillon de chasseurs à pied, à Dijon. — M. Pelix, pour le 12e chasseurs à cheval, à Rouen. — M. Vogelin, pour le 42e d'infanterie, à Belfort. — M. Boussavit, pour le 3e chasseurs à cheval, à Abbeville. — M. Billet, pour le 12e hussards, à Dinan. — M. Ott, pour le 59e d'infanterie, à Pamiers. — M. Cornille, pour le 1er d'infanterie, à Cambrai. — M. Pascaud, pour le 74e d'infanterie, à Rouen. — M. Bonnamy, pour le 16e chasseurs à cheval, à Auxonne. — M. Rostan, pour le 6e bataillon de chasseurs à pied, à Romorantin. — M. Delorme, pour le 10e chasseurs à cheval, à Vendôme. — M. Doze, pour le 39e d'infanterie, à Givet. — M. Dève, pour le 25e d'artillerie, à Châlons-sur-Marne.

RECOMPENSES DÉCERNÉES AUX VACCINATEURS.

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées, aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en France et aux colonies, pendant l'année 1881 :

Prix de la valeur de 1,500 francs partagé entre : M. Longet, médecin-major de première classe au 32e d'artillerie, à Orléans. — M. le docteur Mazaé-Azéma, à l'île de la Réunion. — M. Petit, médecin de colonisation, à Zanmorah (Algérie).

Médailles d'or : M. le docteur Artance, à Clermont-Ferrand. — Mlle Bauduin, sage-femme, à Vannes. — M. Chambon, vaccinateur, à Paris. — M. Sourris, aide-major de première classe au 9e chasseurs, à Béziers.

Médailles d'argent : Mme Alvergne, sage-femme, à Mazamet. — Mme Auclair, sage-femme, à Bonnétable. — M. le docteur Augé, à Pithiviers. — M. le docteur Baley, à Châteaulin. — Mme Barbare, sage-femme, à Fontainebleau. — M. le docteur Bardy, à Belfort. — Mme Barra, sage-femme, à Saint-Martin-Boulogne. — M. le docteur Barriod, à Étrepagny. — Mme Bastien, sage-femme, à Épernay. — M. le docteur Beaupoil, à Ingrandes. — Mme Beccat, sage-femme, à Bourg. — Mme Bellehache, sage-femme, à Cherbourg. — M. le docteur Benoist, à Saint-Nazaire. — M. le docteur Benoît, à Dieulefit. — M. Bergerat, officier de santé, à Neuilly-le-Réal. — M. le docteur Besnier (Jules), à Paris. — Mme Beulins, sage-femme, à Roubaix. — M. le docteur Bois, à Saint-Laurent-de-Chamousset. — M. le docteur Bordes-Pagès, à Seix. — M. le docteur Bosq, à Montdauphin. — Mme Bouland, sage-femme, à Saint-Georges-sur-Loire. — M. le docteur Boulel, à Saint-Didier-la-Séauve. — M. le docteur Bricard, à Luzy. — Mme Brunel, sage-femme, à Mende. — Mme Cabouat, sage-femme, à Aubervilliers. — M. le docteur E. Carpentier-Méricourt fils, à Paris. — Mme Caumel, sage-femme, à Monflanquin. — M. le docteur Chambaud, à Vars. — Mme Champion, sage-femme, à Donnemarie. — M. le docteur Charcot, à Beaurepaire. — Mme Charlon, sage-femme, à Issoudun. — M. le docteur Coillot, à Montbozon. — M. le docteur Cougit, à Toulon. — Mme Creténel, sage-femme, à Champagnole. — M. le docteur Dagand, à Alby. — M. Delrieu, médecin de première classe de la marine (Cochinchine). — Mme Derud, sage-femme, à Besançon. — Mlle Desaint, sage-femme, à Bethisy-Saint-Pierre. — Mme Dinant, sage-femme à Givet. — M. le docteur Dubreuilh, à Bordeaux. — M. le docteur Dugat, à Orange. — M. Duhail, officier de santé, à Gorron. — Mme Faure, sage-femme, à Bourganeuf. — Mme Ferrier, sage-femme, à Alais. — M. le docteur Feyge, à La Chambre. — Mme Finqueneisel, sage-femme, à Constantine. — M. le docteur Fuzet-du-Pouget, à Casteljau. — M. le docteur Gascon, à Redon. — M. le docteur Gerbier, à Celles. — Mme Goalard, sage-femme, à Soustons. — M. Granier, médecin-major de première classe au 38e de ligne, en Tunisie. — M. le docteur Grinda, à Nice. — Mme Guesnier, sage-femme, à Lignières. — M. Guichot, officier de santé, à Pau. — Mme Guimart, sage-femme, à Estagel. — Mme Haran, sage-femme, à Bordeaux. — M. le docteur Jeanbernat, à Toulouse. — Mme Laborde, sage-femme, à Bergerac. — M. le docteur Lagarde, à Montauban. — M. Lartigues, médecin-major de première classe de la marine, à Guérigny. — Mme Leblond, sage-femme, à Saint-Setiers. — M. le docteur Leboucq, à Paris. — Mlle Leclerc, sage-femme, à Alençon. — M. le docteur Lecoq, à Cany. — Mme Lecorre, sage-femme, à Palaiseau. — M. le docteur Lécuyer, à Beaurieux. — M. le docteur Léonardi, à Aubervilliers. — M. le docteur Lesenne, à Saint-Riquier. — M. le docteur de Lignerolles, au Havre. — Mme Luro, sage-femme, à Plaisance (Gers). — M. le docteur Maheut, à Caen. — M. le docteur Maritoux, à Liernais. — M. le docteur Mergant, à Bayon. — M. le docteur Mey, à Beaumont-sur-Oise. — Mlle Morin, sage-femme, à Verdun. — M. Mourson, médecin de première classe de la marine en Cochinchine. — Mlle Naizin, sage-femme, à Vannes. — M. Nègre (Jean) père, officier de santé, à Collioure. — M. le docteur Parisot, à Le Thillot. — M. le docteur Petiteau, aux Sables-d'Olonne. — M. le docteur de Piétra-Santa, à Paris. — Mme Poilpré, sage-femme, au Mans. — M. le docteur Pourquier, à Montpellier. — Mme Rastoy, sage-femme, à Pontaumur. — M. le docteur Richard, à Paris (1er arrondissement). — Mme Rigault, sage-femme, à Blois. — Mlle Rozé, sage-femme, à Paimpol. — M. le docteur Romieu, à Digne. — Mme Rutard, sage-femme, à Nogent-le-Rotrou. — M. le docteur Sclafer, à Martel. — Mme Sire et sa fille, sages-femmes, à Châtellerault. — Mme Soffray, sage-femme, au Creusot. — M. le docteur Souleyre, à Boën. — M. Tarradé, officier de santé, à Châteauneuf. — M. Taquoy, médecin-major de première classe au 5e d'infanterie, à Caen. — M. le docteur Henri Thorens, à Paris. — Mme Thorné, sage-femme, à Bagnères. — M. le docteur Tramoni, à Sartène. — Mme Uzols, sage-femme, à Aurillac. — Mme Vigneron-Struf, sage-femme, à Troyes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes au 1er janvier 1884 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le mardi 9 octobre 1883, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au jeudi 27 du même mois inclusivement.

Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les engagés volontaires qui doivent être libérés au mois de novembre prochain et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours seront appelés à subir la première épreuve à partir du jour de leur libération du service militaire.

— En raison des craintes soulevées par l'épidémie de choléra

qui sévit actuellement en Égypte, le ministre de la guerre a décidé que toutes les mesures préventives seront appliquées de la manière la plus rigoureuse chaque fois qu'un casernement sera soupçonné de renfermer des germes infectieux.

La dépense qui résultera de l'application exceptionnelle de ces mesures préventives (telles que désinfection par le soufre, l'acide phénique ou toute autre opération analogue) sera imputée sur le fonds de la masse générale d'entretien (2e portion).

Une circulaire adressée aux gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, aux généraux commandant les corps d'armée et aux intendants militaires les prie d'assurer, chacun en ce qui le concerne, l'exécution immédiate de cette décision.

— *Choléra*. — Tandis que le choléra diminue au Caire et dans plusieurs autres localités, il continue, au contraire, à s'étendre dans la haute Égypte. Voici les chiffres des décès connus pour les journées des 7 et 8 août :

7 août. Le Caire, 70 ; Alexandrie, 13 ; Assiout (capitale de la haute Égypte), 64.

8 août. Le Caire, 78 ; Minieh, 26 ; Girgeh, 26 ; Zagazig, 19 ; Samanoud, 18 ; Alexandrie, 13 ; Rosette, 10.

La mortalité au Caire, depuis le 15 juillet, s'élève au chiffre de 3,385, et de 16,972 dans toute l'Égypte, depuis le début du fléau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Étude clinique et expérimentale sur la transformation ammoniacale des urines, spécialement dans les maladies de voies urinaires (ammoniurie), par le docteur F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux, ouvrage accompagné de nombreuses courbes et couronné par la commission du prix Civiale. In-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, Coccoz.

La médecine publique en Angleterre, par M. le docteur Walter Douglas Hogg, docteur en médecine, pharmacien de première classe. Brochure in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

Étude physiologique et thérapeutique de la caféine, par E. Leblond. 1 vol. in-8° de 180 pages avec 27 figures et 8 planches. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

De la délivrance par tractions et par expression, par Alban Ribemont-Dessaignes, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, ancien maître de conférences d'accouchements, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur à l'hôpital Tenon. 1 vol. in-8° de 145 pages avec 8 figures et 14 tracés. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Des méthodes antiseptiques chez les anciens et les modernes, par le docteur Sabatier. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris Delahaye et Lecrosnier.

Du diagnostic de l'ectopie rénale, par le docteur Frédéric Buret, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris. In-8° de 89 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des formes diverses d'épidémies puerpérales, par le docteur Charles Maygrier, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, chef de clinique d'accouchements de la Faculté de médecine, accoucheur des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 108 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

L'obésité et son traitement, par W. Ebstein, professeur de clinique médicale à l'Université de Gœttingue, traduit de l'allemand sur la quatrième édition. 1 vol. grand in-8° de 60 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, F. Savy.

Lettres sur l'industrie nourricière, par le docteur A. Legendre (mémoire couronné par la Société protectrice de l'enfance de Paris). In-12 de 72 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14909.

N° 93. — MARDI 14 AOUT 1883. 56e ANNÉE. MARDI 14 AOUT 1883. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. L'Angleterre et le choléra. — HÔTEL-DIEU. De la tuberculose testiculaire. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. Règlement relatif aux médecins et aux pharmaciens auxiliaires. — Thèses. — Nouvelles.

Paris, le 13 août 1883.

L'ANGLETERRE ET LE CHOLÉRA.

La dépêche-circulaire de lord Granville est datée du 31 juillet, c'est-à-dire que sa rédaction est postérieure de huit jours à la séance de l'Académie de médecine dans laquelle M. Fauvel, en sa qualité d'inspecteur général des services sanitaires, a fait sa communication officielle sur le choléra.

M. Fauvel, pièces en mains, rendait responsable de l'importation du choléra en Égypte le délégué de l'Angleterre, qui, au nom des intérêts anglais, avait empêché le conseil sanitaire international de prendre à temps, contre les arrivages des parties infectées de l'Inde, les précautions quarantenaires exigées par les circonstances. M. Fauvel racontait comment ce représentant de l'Angleterre était arrivé à son but. Désespérant d'obtenir la majorité pour un laisser-faire si dangereux dans une assemblée internationale de médecins, il avait profité de ce que le règlement, pour rendre les décisions prises obligatoires, exigeait un nombre de votants déterminé, et en se retirant, lui, et ceux qui dépendaient de l'Angleterre par leurs places et leur traitement, il avait rendu tout vote illusoire. M. Fauvel avait ajouté que, non content de répéter à plusieurs reprises cette tactique, de manière à paralyser pendant des semaines le conseil international, le délégué de l'Angleterre, déclarant qu'il avait d'abord à protéger les intérêts anglais, avait proféré des menaces contre ceux qui songeaient à protéger l'Égypte par des quarantaines nuisibles aux intérêts du commerce anglais.

M. Fauvel rappelait, en outre, que l'importation du choléra en Égypte et sa date même avaient été dès lors prévues et prédites par lui dans des documents officiels communiqués à l'Angleterre.

C'étaient là des faits bien précis qu'il était facile de contester s'ils s'étaient trouvés inexacts.

Mais le gouvernement anglais ne s'est pas placé sur le terrain. Il a pensé que le plus avantageux serait de choisir, pour y répondre, des articles de journaux qui ne précisaient rien.

Voici la dépêche-circulaire de lord Granville :

Foreign-Office, 31 juillet 1883.

Le gouvernement de Sa Majesté a observé, avec regret, le ton adopté par un grand nombre de journaux du continent, au sujet de la récente explosion du choléra en Égypte. L'article ci-annexé du *Moniteur universel*, reproduisant un article du *Lloyd de Pesth*, en est un juste échantillon.

Le gouvernement de Sa Majesté n'aurait pas cru opportun, dans les circonstances ordinaires, de relever de pareilles attaques ; mais, dans le moment actuel, elles paraissent susciter contre ce pays des sentiments non justifiés par les faits.

Les différents articles auxquels nous faisons allusion prétendent :

1° Que l'origine et le mode de propagation du choléra sont bien connus et bien compris ;

2° Que la quarantaine est le moyen reconnu et toujours couronné de succès d'empêcher la propagation de l'épidémie ;

3° Que le choléra est toujours importé par navires venant des Indes ;

4° Que le gouvernement de Sa Majesté a profité de sa situation actuelle en Égypte pour contraindre le gouvernement égyptien à se relâcher des seules précautions connues, et cela pour éviter au commerce britannique des inconvénients ;

5° Que, par conséquent, le gouvernement de Sa Majesté a volontairement introduit le choléra en Égypte.

Je me propose de vous exposer les opinions du gouvernement de Sa Majesté sur ces différents points, dans l'ordre où ils se trouvent énoncés ci-dessus.

1° Il doit être généralement reconnu, par tous ceux qui considèrent les Indes comme étant le berceau du choléra asiatique, que le gouvernement de Sa Majesté, depuis très longtemps, a eu des occasions plus nombreuses et s'est trouvé dans une nécessité plus urgente d'étudier l'origine et la marche de l'épidémie, ainsi que les moyens de la guérir et de la contrôler, que n'ait eues aucune autre puissance. Les autorités médicales et scientifiques ont été constamment employées à étudier toutes les phases de la maladie, ainsi que les causes et les conditions de la forme épidémique qu'elle prend quelquefois. Le résultat en a été, malgré quelques divergences d'opinion, en ce qui concerne la contagion du choléra, l'aveu qu'aucune théorie sur l'origine ou sur la propagation du choléra ne doit être acceptée comme vraie, et que l'historique, les causes et la nature de la maladie, soit dans sa forme endémique, soit dans sa forme épidémique, sont encore à découvrir.

2° Mais, quelles qu'aient été les divergences d'opinion des hommes scientifiques au sujet du « contagium » du choléra, il existe un accord parfait parmi tous ceux qui ont acquis une connaissance pratique de la question, soit dans les Indes, soit dans le Royaume-

Uni, sur ce point, savoir : que la théorie généralement admise, ainsi que l'emploi de la quarantaine, sont non seulement inutiles, mais encore réellement nuisibles.

L'habitude d'enfermer les personnes en bonne santé avec les malades, soit à bord des navires, soit dans des lazarets ou dans des villes, est de nature à augmenter, pour des raisons physiques et morales faciles à comprendre, le nombre des personnes atteintes, à accroître la violence du mal et à convertir la prison en foyer d'infection; tandis que, d'un autre côté, la croyance mal fondée dans la sécurité résultant de la quarantaine empêche l'adoption de mesures sanitaires que l'expérience a démontré être seules efficaces pour entraver la marche de l'épidémie.

Ces mesures sanitaires ont été expliquées et recommandées dans une circulaire récemment promulguée dans ce pays par le *Local Government Board*, et dont copie vous a été adressée avec ma dépêche du 14 de ce mois, pour votre information personnelle, afin d'être communiquée au gouvernement auprès duquel vous êtes accrédité ;

3° Toutes les fois qu'il y a eu explosion du choléra, on a inventé quelque récit plus ou moins vraisemblable pour démontrer de quelle manière la maladie a été importée. Ces récits ont été soigneusement étudiés en temps opportun ; aussi le gouvernement de Sa Majesté n'éprouve aucune hésitation à affirmer qu'aucune explosion du choléra en Égypte ou même en Europe ne saurait être considérée comme occasionnée par l'importation de la maladie à bord d'un navire venant des Indes.

4° et 5° Muni de ces renseignements, le gouvernement de Sa Majesté oppose une objection sérieuse et bien fondée à la théorie généralement admise et à la coutume des quarantaines ; mais il n'ignore pas qu'il existe chez différents gouvernements et divers peuples une forte croyance en l'efficacité des quarantaines et il respecte également le droit qu'ont le gouvernement égyptien et les autres gouvernements d'adopter toutes les mesures raisonnables qu'ils jugeront nécessaires pour préserver leurs pays respectifs de toute infection possible.

Par conséquent, tout en ne croyant pas à l'efficacité des règlements en matière de quarantaine, et malgré les pertes et les inconvénients énormes que ces règlements occasionnent aux voyageurs et au commerce des Indes, et même malgré l'opinion que la quarantaine aura probablement pour effet plutôt de mettre en péril que de sauvegarder la santé des troupes de Sa Majesté en Égypte, le gouvernement de Sa Majesté s'est abstenu d'insister sur un adoucissement quelconque des règlements quarantenaires à Suez. Les règlements de la commission maritime et quarantenaire n'ont pas été modifiés et l'explosion actuelle du choléra dans des circonstances extrêmement favorables à sa propagation fournit un nouvel et très fort argument à l'appui de l'inefficacité du système des quarantaines.

On aurait pu espérer que la présence en Égypte de nombreux soldats de Sa Majesté aurait été acceptée comme un motif pour lequel le gouvernement de Sa Majesté aurait dû veiller à ce que le choléra ne s'introduisît pas dans le pays.

Il eût été fort à désirer que les auteurs de cette assertion mal fondée eussent pris la peine de vérifier les faits auxquels ils faisaient allusion ; mais, puisque la malveillance causée par les faux rapports en question paraît s'accroître en l'absence de toute contradiction de la part des autorités, vous voudrez bien donner lecture de la présente dépêche et de son annexe à M. le ministre des affaires étrangères, lui en laisser copie et le prier de vouloir bien prendre les mesures nécessaires pour en faire généralement connaître le contenu.

Je suis, etc.

Pour le comte Granville :

Signé : J.-V. Lister.

C'est on ne saurait mieux trouvé. Lord Granville a l'air d'ignorer tout ce qu'a dit, tout ce qu'a écrit M. Fauvel, jusqu'aux communications officielles faites par la France à son gouvernement. Il n'a jamais lu que les articles de journaux politiques qui incriminent l'Angleterre, en l'accusant de n'avoir pas veillé à ce que le choléra ne s'introduisît pas en Égypte. « Il eût été fort à désirer, dit-il, que les auteurs de cette assertion eussent pris la peine de vérifier les faits auxquels ils faisaient allusion... Le gouvernement de Sa Majesté s'est abstenu d'insister sur un *adoucissement* quelconque des règlements quarantenaires à Suez. Les règlements de la commission maritime et quarantenaire n'ont pas été *modifiés.* »

Non, sans doute, ils ne l'ont pas été. Les délégués des divers pays représentés au conseil sanitaire international ne l'eussent pas permis. Mais ils sont devenus lettre morte par la faute de l'Angleterre. Ils n'ont pas été appliqués quand il le fallait, par suite de la tactique odieuse du représentant de l'Angleterre. Telle est l'accusation portée par ceux qui sont à même de vérifier les faits, et malgré le ton cassant de cette dépêche-circulaire, au milieu de tous les faux-fuyants dont elle est pleine, lord Granville n'y répond rien.

Mais n'insistons pas davantage sur ce qui n'est que question de fait. Ce qui doit nous occuper surtout, c'est la question de doctrine, la question médicale.

Lord Granville prétend que l'importation du choléra dans les pays autres que l'Inde n'est pas prouvée ; que les quarantaines n'ont aucune efficacité pour empêcher cette importation.

Nous ne reviendrons pas sur les preuves si convaincantes tirées de l'histoire des épidémies de choléra en Égypte.

Mais, pour varier la démonstration, il n'y a qu'à se transporter dans un autre milieu.

L'île Maurice est une colonie devenue pleinement anglaise, qui se trouve par rapport à l'Inde dans des conditions analogues à celles de l'Égypte. Or M. le docteur Le Juge de Segrais, qui y a pratiqué longtemps la médecine, et dont la lettre a, par conséquent, toute la valeur d'un témoignage personnel, nous écrit ceci :

« Bien que vous ayez prouvé, par les faits que vous avez constatés vous-même en Égypte pendant l'épidémie de 1865, que la contagion du choléra est une vérité qui n'est plus discutable aujourd'hui, permettez-nous d'ajouter une nouvelle preuve à celles que vous avez avancées.

Nous irons la chercher un peu au loin, mais elle n'en sera pour cela que plus décisive.

En 1819, l'île Maurice, colonie anglaise de la mer des Indes, fut ravagée par une épidémie de choléra qu'un vaisseau de guerre, venant de l'Inde, lui apporta en y débarquant des troupes parmi lesquelles le choléra s'était déclaré pendant la traversée. Jamais, avant cette époque, on n'avait constaté dans l'île une maladie semblable à celle qui sévit alors après l'arrivée de ce vaisseau. Le fléau frappa sur toutes les classes de la population, qui fut décimée.

Pendant un grand nombre d'années, la colonie fut préservée, *grâce aux mesures sévères qui furent prises contre toutes les provenances de l'Inde, où régnait le choléra.*

En 1854, il y eut une nouvelle introduction, cette fois par des coolies venus de l'Inde comme travailleurs engagés pour les usines de cette colonie. La maladie se déclara inopinément ; on était complètement désarmé pour la combattre, et le taux de la mortalité dépassa de beaucoup celui de l'épidémie de 1819. Deux médecins des plus distingués succombèrent victimes du devoir et de leur dévouement.

Deux ans après, en 1856, il y eut une nouvelle épidémie venant de la même source. Elle éclata, malgré les leçons du

passé, par l'incurie des autorités administratives. Celles-ci s'émurent à la fin ; les lois de quarantaine, jugées insuffisantes, furent revisées ; les mesures les plus sévères et les plus énergiques furent prises ; on augmenta le nombre des jours imposés aux navires en quarantaine ayant eu des cholériques à leur bord. Les cargaisons furent soumises à des moyens de désinfection aussi complets que possible. La colonie fut épargnée des atteintes du terrible fléau grâce à un accord parfait entre les autorités militaires et les autorités civiles. A plusieurs reprises différentes, des navires ayant le choléra à leur bord arrivèrent devant Port-Louis, capitale de l'île Maurice ; mais à chaque fois les lois de quarantaine étant observées rigoureusement, il n'y eut aucune introduction de la maladie.

En 1862, au mois de décembre, le choléra sévissait épidémiquement à Calcutta, à Bombay et dans plusieurs autres villes de l'Inde, dans celles qui fournissent le plus grand nombre de travailleurs à l'île Maurice. Le médecin, qui était à cette époque à la tête du département médical de l'île, était imbu des doctrines généralement admises en Angleterre et dans l'Inde que le choléra n'est pas contagieux. Partant de là, il ne fit pas exécuter les lois de la quarantaine aussi strictement qu'elles devaient l'être et qu'elles l'avaient été par ses prédécesseurs. Des communications eurent lieu de la terre par des pêcheurs qui portèrent des provisions et du poisson à un navire ayant des cholériques à son bord. Ces infractions furent signalées au médecin en chef, mais il était déjà trop tard, et deux pêcheurs qui s'étaient rendus à bord du navire contaminé succombèrent, après quelques heures de maladie, au choléra.

Quelques jours après, le choléra se répandait dans la ville de Port-Louis, dans les faubourgs, et de là gagnait rapidement l'île, semant sur son passage de nombreuses victimes. Nous exercions à cette époque la médecine à Port-Louis et nous pouvons affirmer que la colonie eût été préservée encore cette fois du terrible fléau si à la tête du département médical nous avions eu quelqu'un qui eût fait prévaloir les idées que professait le reste du corps médical. Cette épidémie fut une des plus meurtrières. Ainsi, dans la seule ville du Port-Louis, dont la population était alors d'environ 80,000 âmes, il y eut plus de 300 décès par jour. C'était le véritable choléra asiatique, avec ses attaques subites, foudroyantes, tuant en quelques heures, comme celui dont vous avez été témoin à Suez. Aucune classe de la population ne fut épargnée.

Depuis 1862 jusqu'à ce jour, les différents médecins placés à la tête du conseil sanitaire de la colonie, instruits par l'expérience du passé, ont apporté de nouvelles améliorations aux lois de la quarantaine. Le lazaret où étaient débarqués les cholériques, et qui était placé sur une langue de terre, à une petite distance de Port-Louis, a été transporté sur un îlot, éloigné de plusieurs kilomètres de la terre ferme. Une surveillance sévère et continuelle y est exercée ; aucune communication du dehors ne peut avoir lieu avec les habitants de l'îlot. Chaque année, l'on peut dire qu'il arrive devant la rade de Port-Louis des navires venant de l'Inde ayant eu des décès de cholériques pendant leur traversée ; à chaque fois, grâce au système actuel mis en vigueur, la colonie a été préservée, et elle le sera aussi longtemps que ce système prévaudra.

Vous excuserez la longueur de cette lettre, que nous avions désiré faire aussi courte que possible ; mais, par la relation de ces diverses apparitions du choléra dans une île, isolée au milieu des mers, en communication fréquente, journalière, avec l'Inde, foyer des épidémies de choléra, nous avons tenu à prouver une fois de plus que *cette maladie est toujours importée, et que, par une stricte et rigoureuse observance des règlements de quarantaine, on peut et l'on doit toujours s'en préserver.* »

Ainsi le gouvernement anglais, dans une colonie anglaise, a été obligé de laisser opposer au choléra les quarantaines les plus rigoureuses. Si, à la suite des faits qui l'ont amené là, il n'est pas encore convaincu que le choléra peut être importé, il est vraiment difficile à convaincre.

Ceux qui ont étudié le choléra à la Mecque, les médecins sanitaires de cette ville ont vu, comme à l'île Maurice, comme en Égypte, le choléra s'implanter par importation.

Au dernier Congrès des médecins grecs tenu à Athènes, M. le docteur Stékoulis, de Constantinople, a tracé l'histoire des diverses épidémies de la Mecque, d'après les documents officiels que le gouvernement ottoman lui avait pleinement communiqués.

En 1831, 1838, 1839, 1840, 1848, 1850, 1852, 1856, 1858, 1862, 1865, 1871, 1872, 1881, le choléra fit son apparition dans la ville sainte pendant le pèlerinage, et il régnait dans l'Inde au moment où les pèlerins s'y étaient embarqués pour la Mecque. Il était d'autant plus violent à la Mecque qu'il avait été plus violent dans l'Inde. Ainsi toutes ces épidémies cholériques développées en Arabie peuvent être considérées comme le contre-coup d'épidémies régnant dans l'Inde et transportées par les pèlerins.

Une seule fois le choléra parvint à la Mecque en dehors du pèlerinage. Ce fut en 1846. Mais sa marche, à partir de l'Inde, n'en est pas moins facile à tracer : il avait graduellement envahi le Kaboul, Boukhara et la Perse, et était arrivé d'abord à Bagdad.

Bagdad communiqua le fléau à la Mecque par Bassorah, le golfe Persique et le littoral d'Adramaout.

C'est là une de ces marches lentes, de proche en proche, que l'extrême rapidité des communications rend maintenant relativement plus rares. Aussi, sauf cette seule exception, est-ce toujours le pèlerinage qui transporte en peu de temps le choléra indien dans les villes saintes, d'où il menace l'Égypte et l'Europe.

M. Stékoulis montre comment les dernières épidémies se sont éteintes dans les lazarets de la mer Rouge : celle de 1877-1878, dans le lazaret d'El-Tor ; celle de 1881, dans le lazaret d'El-Ouedj. Comme il faisait cette communication l'année dernière, avant que l'Angleterre eût fait suspendre l'application des mesures quarantenaires, il concluait que, grâce à ces mesures, il était désormais facile de protéger l'Égypte et l'Europe.

Ce travail, très bien fait du reste, prouve à chaque page qu'à la Mecque le choléra est toujours venu par importation.

Mais il n'est pas besoin d'aller si loin pour avoir la preuve que le choléra peut se propager par importation.

Il suffit de choisir des observations prises dans un milieu assez isolé pour qu'il soit possible d'y savoir quand, comment, d'où, le mal a pu venir.

C'est ainsi que M. le docteur Fournier, de Serrouville, a pu, à trois reprises différentes, remonter jusqu'à l'origine d'épidémies locales très meurtrières.

« Je quittai, nous écrit-il, les bancs de l'École de Paris au

mois de mars 1854, bien convaincu, comme on l'était alors, que le choléra n'était pas contagieux : je ne fus pas longtemps sans être désillusionné. Le 5 juillet de la même année, je fus appelé dans la commune d'Aumetz, village de l'arrondissement de Briey, aujourd'hui annexé à la Prusse, pour voir un enfant qui arrivait de Paris où le choléra régnait alors et qui était atteint de diarrhée cholériforme. Tout le pays était à cette époque dans un état de santé parfait. Deux jours après, je fus mandé en toute hâte dans la maison où était arrivé le petit Parisien ; les habitants de la susdite maison étaient atteints de choléra ; et les jours suivants la même maladie se manifesta dans les maisons voisines, pour envahir successivement le village entier. La mortalité fut effrayante : il y eut 145 décès, c'est-à-dire que le sixième de la population succomba au terrible fléau. Se fait-on une idée de ce que serait un pareil désastre frappant une grande ville ?

Au mois de juillet 1864, le même fait se produisit à Auderny. Un nourrisson arriva de Paris, où régnait alors le choléra, atteint de diarrhée cholériforme : il n'y avait alors, ni dans la localité d'Auderny ni dans les communes avoisinantes, aucune espèce d'affection qui pût faire craindre l'invasion du choléra. Quelques jours après l'arrivée du nourrisson, le choléra éclata dans la maison du père nourricier de l'enfant, et ensuite dans les maisons voisines, pour s'étendre de proche en proche à tout un côté de la rue, en respectant le côté opposé qui n'était pas distant de plus de cinquante mètres : malgré cette localisation, le dixième de la population fut victime du fléau.

Au mois d'août de la même année 1866, un agent d'assurances qui parcourait nos campagnes et qui avait séjourné à Auderny, vint pour passer la nuit, comme cela lui arrivait souvent, dans le village que j'habite. La maîtresse d'hôtel, femme fort avisée, ayant su que cet homme venait d'un endroit infecté et qu'il avait de la diarrhée, lui dit qu'elle ne pouvait le recevoir, en prétextant que les travaux de la moisson l'empêchaient de s'occuper des voyageurs. Force fut donc à ce malheureux de gagner le village voisin, Fillières, où il alla demander l'hospitalité à des parents et où la santé publique ne laissait rien à désirer. La nuit même, il fut pris de choléra et succomba en quelques heures. Deux jours après, le gendre de son hôte, qui habitait la maison de celui-ci et qui était un cultivateur de trente ans, extrêmement robuste, fut enlevé par la même maladie, d'une façon plus rapide encore. Ce fut la première victime de la localité. Le choléra se répandit de proche en proche dans le village, en choisissant de préférence les individus les plus robustes, qu'il frappait généralement d'une façon foudroyante. »

L'observation conduit donc partout à des résultats analogues quand le milieu lui est favorable par son isolement relatif.

Aujourd'hui nous arrêterons là nos citations. Mais si la doctrine de l'importation était jamais sérieusement menacée, les témoignages pour l'établir afflueraient bientôt en si grand nombre qu'on ne saurait comment les enregistrer tous.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

De la tuberculose testiculaire.

Nous allons faire tout à l'heure une opération de castration. Il s'agit d'un jeune homme de seize ans, qui nous arrive de la campagne, pour une tumeur du testicule droit. Ce jeune garçon, employé dans une ferme, est d'apparence chétive, quoiqu'il se soit toujours bien porté, du moins jusqu'au début des accidents dont nous avons à vous parler.

C'est au mois d'octobre dernier qu'il s'est aperçu pour la première fois que son testicule du côté droit était plus volumineux que celui du côté opposé. A dater de ce moment, il a vu cet organe peu à peu augmenter de volume, sans entraîner cependant de bien grandes souffrances. Pendant ce temps, au mois de février dernier, à la suite d'un refroidissement, il fut atteint d'une affection thoracique, très probablement une pleurésie, pour laquelle on lui appliqua des vésicatoires multiples. Depuis cette époque, il a conservé au même niveau une matité relative ainsi qu'une diminution dans l'expansion vésiculaire. De plus, lorsque l'on ausculte la poitrine, il semble qu'il y ait au sommet du poumon gauche un peu d'obscurité du son, un peu de sibilance ; c'est encore peu de chose, néanmoins je serais très porté à admettre un commencement d'induration. En tous cas, le sommet du poumon gauche me paraît douteux, tandis que, d'autre part, je doute aussi que la plèvre soit redevenue parfaitement saine ; je ne serais pas étonné que la matité que j'ai constatée fût due à la présence de quelques granulations tuberculeuses. Mais tout cela, je le répète, je ne l'indique encore qu'avec plusieurs points d'interrogation.

Quoi qu'il en soit, la maladie testiculaire a progressé, le testicule a augmenté de volume ; un abcès, à sa partie externe, s'est formé, il y a deux mois environ, lequel donne lieu à un trajet fistuleux et à la sortie d'une matière blanchâtre grumeleuse. Tout cela n'est pas douloureux, mais il occasionne au malade une grande gêne et quelques tiraillements dans les lombes, de temps à autre, d'où son arrivée à Paris et le désir de se faire opérer.

Voici son état actuel. Comme je vous l'ai déjà dit, c'est un garçon chétif, mais sans mauvaise apparence ; sa santé générale est assez bonne, il ne tousse pas, et, d'après ce qu'il nous dit, il n'est pas prédisposé à s'enrhumer facilement. Le testicule droit, comparé à celui du côté opposé, paraît triplé de volume ; il présente une forme très arrondie, les cônes testiculaires sont très développés et paraissent avoir été le point de départ de la maladie ; ils ne présentent d'autre ramollissement qu'au niveau de la petite fistule, laquelle est située au niveau de l'épididyme. Celui-ci est également gonflé ; le cordon spermatique est aussi un peu plus volumineux qu'à l'état normal, mais sans aucune nodosité. Si, par le toucher rectal, on examine les voies séminales profondes, on reconnaît bien vite que les vésicules séminales sont tuméfiées et doivent être remplies d'une matière blanchâtre analogue à celle que l'on rencontre dans le testicule. La prostate, par contre, ne paraît pas malade, elle n'est pas douloureuse, et lorsque j'ai demandé à ce jeune garçon s'il n'avait jamais rendu, en urinant, aucune matière blanchâtre par le canal de l'urètre, comme cela s'observe dans le cas où la prostate se trouve également envahie, il m'a répondu négativement.

En résumé, nous sommes en présence d'un jeune homme de seize ans, dont le testicule est devenu malade, il y a dix mois, et a considérablement augmenté de volume depuis cette époque ; qui a eu au mois de février une pleurésie intercurrente ; qui présente actuellement une fistule testiculaire non oblitérée et dont le sommet du poumon gauche est extrêmement douteux ; d'où je crois pouvoir conclure que nous avons affaire à une affection tuberculeuse du tes-

ticule avec tuméfaction des voies séminales remplies aussi de matière tuberculeuse.

Dans ces conditions, l'opinion qui règne aujourd'hui assez généralement dans le monde médical, est que la tuberculose testiculaire n'est pas susceptible d'une opération chirurgicale, le malade étant condamné à périr par généralisation tuberculeuse. Cette opinion, j'avoue que je ne la partage pas complètement, et mon intention, parfaitement arrêtée, est de pratiquer, chez le malade qui nous occupe aujourd'hui, la castration. Voici, du reste, pourquoi. Tout d'abord je dois vous faire remarquer que toutes ces affections tuberculeuses ne se ressemblent pas. Ici la maladie n'est pas généralisée, la tuberculisation est isolée, et l'un des anciens médecins de cet hôpital, Louis, a dit, avec beaucoup de raison, que la tuberculose des testicules avait une marche moins sérieuse et moins grave que celle des autres organes. Pour moi, je vais plus loin, et j'ajoute que la tuberculisation du testicule n'est pas la seule qui fasse exception, qu'il en est des glandes lymphatiques de même que du testicule. C'est ce qui fait que j'opère également les glandes lymphatiques tuberculeuses.

De plus, nous avons recueilli une certaine quantité de la matière qui s'écoule par la fistule épididymaire, afin de l'analyser dans notre laboratoire ; et ne voulant pas nous fier à notre inspection seule, nous en avons envoyé au laboratoire de M. Cornil, à la Faculté de médecine. Notre collègue de l'École nous a fait savoir qu'il avait trouvé, dans les échantillons qui lui avaient été adressés, les bacilles de la tuberculose. Enfin j'ajouterai encore qu'il y a une différence très grande entre cette matière blanchâtre que l'on trouve toujours en pareils cas dans le testicule et celle que l'on rencontre dans les poumons atteints de tuberculose ; le fait a été parfaitement établi, notamment dans la thèse d'un de mes anciens internes, M. Maugin, sur l'épididymite caséeuse : d'où il résulte que la tuberculose testiculaire ne doit pas être traitée comme celle des autres organes. Voilà le motif pour lequel, dans les cas analogues à celui de notre malade actuel, je crois utile d'intervenir chirurgicalement, c'est-à-dire de procéder à l'amputation de l'organe malade.

Voici, maintenant, le procédé de castration auquel je vais avoir recours : je commence par découvrir le cordon, je passe ensuite au-dessous de lui un fil de soie retors, solide, pour en faire la ligature en masse, bien serrée. Autrefois, je faisais la ligature isolée, mais elle n'avait pas l'avantage de permettre la dissection de l'organe sans grande douleur, même lorsque le patient n'est pas chloroformisé, comme la ligature en masse dans laquelle tous les nerfs sont étreints. De plus encore, je n'ai pas d'hémorragie.

Mais ce n'est pas tout, et, l'opération terminée, faut-il chercher à réunir la plaie ou se contenter d'en rapprocher les bords ? Pour moi, il est bien prouvé que la réunion par première intention est très difficile. Les premiers jours on croit pouvoir y parvenir, on croit que le procédé réussira, mais bientôt on est détrompé, et au bout de quelques jours, comme cela est arrivé encore dernièrement dans le service, pendant mon absence, on est obligé d'inciser de nouveau pour donner issue à une sorte de collection purulente. Je ne chercherai donc pas à réunir par première intention ; mais laissant la ligature au dehors, je me bornerai à rapprocher seulement les bords de la plaie.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Règlement relatif aux médecins et aux pharmaciens auxiliaires.

Le ministre de la guerre arrête, au sujet de l'application du décret du 5 juin 1883 (1), relatif aux médecins et aux pharmaciens auxiliaires, les dispositions suivantes :

Article premier. — Le recensement des officiers de santé, des pharmaciens de deuxième classe et des étudiants en médecine possédant douze inscriptions valables pour le doctorat, s'opère d'une manière permanente, au moyen de l'envoi régulier au ministre de la guerre, par les soins des secrétaires des facultés, des écoles supérieures de pharmacie et des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, de bulletins individuels certifiant l'obtention du diplôme, pour les officiers de santé et les pharmaciens de deuxième classe, et la prise de douze inscriptions pour les étudiants en médecine. — Après constatation de la situation des intéressés au point de vue du recrutement, l'obtention du diplôme d'officier de santé ou de pharmacien de deuxième classe, et la possession de douze inscriptions par les étudiants en médecine, sont immédiatement signalées aux directeurs du service de santé, par l'intermédiaire de MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Art. 2. — Après une enquête sur l'honorabilité des candidats, enquête à laquelle il est procédé par les soins de MM. les généraux commandant les corps d'armée, les directeurs du service de santé font connaître au ministre, par la voie hiérarchique, les noms des officiers de santé et des pharmaciens de deuxième classe qui leur paraissent susceptibles d'être nommés à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire. — Il est procédé de même à l'égard des étudiants possédant douze inscriptions pour le doctorat. Toutefois ces derniers ne peuvent être présentés au ministre par les directeurs du service de santé, pour l'emploi de médecin auxiliaire, qu'à la condition expresse d'avoir subi avec succès l'examen d'aptitude prévu par l'article 2 du décret précité. — Les matières de cet examen sont spécifiées à l'article 17 ci-après.

Art. 3. — Ne peuvent être nommés à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire : 1° ceux à qui l'enquête prescrite par l'article 2 ci-dessus a été défavorable ; 2° ceux qui ont été l'objet d'une condamnation correctionnelle, lorsque la nature du délit ou la gravité de la peine paraissent s'opposer à leur nomination ; 3° ceux qui ont été déclarés en état de faillite ; 4° ceux qui ont été exemptés pour infirmités par les conseils de révision ; 5° ceux qui, après avoir été reconnus bons pour le service par les conseils de révision, ont été réformés par les commissions spéciales de réforme.

Art. 4. — Les candidats, régulièrement présentés au ministre par les directeurs du service de santé, reçoivent des lettres de nomination à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire, selon leur spécialité. — Ces lettres sont établies dans les bureaux du ministère. — A chacune de ces lettres est annexé un ordre de route, pour le cas de mobilisation. Cet ordre de route indique, d'une manière précise, le corps ou le service auquel l'intéressé est affecté en cas de mobilisation, ainsi que le lieu et le jour de la mobilisation. — Il donne droit au transport gratuit sur les voies ferrées, mais en cas de mobilisation seulement et pour rejoindre la localité assignée.

Art. 5. — Avis des nominations est donné aux commandants des bureaux de recrutement, qui les inscrivent sur les contrôles en regard des noms des intéressés au moyen de la mention : « Nommé à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire, par décision ministérielle du... » — Les commandants des bureaux de recrutement se font ensuite remettre, sans retard, par les intéressés, les livrets individuels dont ceux-ci sont porteurs, et y inscrivent, d'une manière apparente, la même mention que ci-dessus à la partie réservée aux incorporations et immatriculations successives (pages 4, 5 et 6). — En même temps, ils annulent, dans les livrets

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 9 juin 1883.

individuels, l'ordre de route et la feuille spéciale aux appels. — Les livrets individuels sont ensuite rendus aux intéressés.

ART. 6. — Après avoir mentionné sur les contrôles les nominations aux emplois de médecin ou de pharmacien auxiliaire, les commandants des bureaux de recrutement prennent toutes les mesures nécessaires pour que les officiers de santé, les pharmaciens et les étudiants en médecine, qui ont été l'objet de ces nominations, soient désaffectés des corps pour lesquels ils avaient été désignés en cas de mobilisation ou d'appel.

ART. 7. — Les médecins auxiliaires sont affectés, en cas de mobilisation, soit aux portions actives des corps de troupe, soit au service des hôpitaux et ambulances. — Les pharmaciens auxiliaires sont affectés au service de santé dans les hôpitaux militaires ou dans les places.

ART. 8. — Si les besoins du service l'exigent, des mutations peuvent être opérées, en temps de paix, dans le personnel des médecins et des pharmaciens auxiliaires. — Dans ce cas, de nouveaux ordres de route sont transmis aux intéressés, et ceux dont ils étaient précédemment détenteurs leur sont retirés.

ART. 9. — Les médecins et les pharmaciens auxiliaires sont tenus, à partir du moment où le décret de mobilisation est publié, et sous peine d'encourir les pénalités prévues par le code de justice militaire, de rejoindre directement le lieu de mobilisation indiqué sur le dernier ordre de route dont ils ont été mis en possession. — Le délai mentionné sur cet ordre de route est de rigueur.

ART. 10. — En temps de paix, les médecins et les pharmaciens auxiliaires sont soumis aux mêmes obligations que les hommes de troupe, en ce qui concerne les changements de domicile et de résidence. — Ils sont assimilés, au point de vue du service, aux médecins et aux pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale. Ils peuvent être appelés, comme ces derniers et dans les mêmes conditions, à accomplir des périodes d'instruction, dont la date et la durée sont fixées par des décisions ministérielles spéciales.

ART. 11. — Chaque année, du 15 au 30 novembre, les médecins et les pharmaciens auxiliaires qui passent dans l'armée territoriale le 1er juillet suivant, doivent, conformément à la recommandation qui leur est faite en tête du livret individuel, déposer ce livret à la mairie ou à la gendarmerie de leur résidence. — Les livrets individuels sont transmis, du 5 au 10 janvier, par la gendarmerie, aux commandants des bureaux de recrutement qui, après y avoir certifié le passage dans l'armée territoriale et sa réserve, transmettent immédiatement au ministre, par la voie hiérarchique (7e direction, bureau des hôpitaux), une liste indiquant les noms, prénoms et lieux de domicile des médecins et des pharmaciens auxiliaires appelés à passer dans l'armée territoriale. — Il est procédé d'une manière identique pour les médecins et les pharmaciens auxiliaires dont le passage dans l'armée territoriale peut être devancé par suite d'engagement conditionnel ou pour toute autre cause. — Les livrets sont ensuite rendus aux intéressés.

ART. 12. — Le médecin ou le pharmacien auxiliaire qui a accompli dans l'armée active, dans la réserve de l'armée active et dans l'armée territoriale, les vingt années de service imposées par la loi sur le recrutement est rayé de droit, à moins qu'il ne demande à être maintenu. L'ordre de route dont il est détenteur lui est retiré par les soins du directeur du service de santé du corps d'armée où il réside, et cette pièce est ensuite renvoyée au ministre de la guerre.

ART. 13. — Le ministre de la guerre peut, sur le rapport du directeur du service de santé, casser de son grade tout médecin ou pharmacien auxiliaire qui aura donné lieu à des plaintes graves.

ART. 14. — Les médecins et les pharmaciens auxiliaires peuvent, pour convenance personnelle, renoncer au grade et à l'emploi dont ils ont été pourvus. Ils sont alors tenus de faire connaître cette renonciation au directeur du service de santé du corps d'armée auquel ils ont été affectés. — Le directeur du service de santé en informe le ministre et le commandant du bureau de recrutement de la région où est domicilié le renonciataire.

ART. 15. — Dans les cas prévus aux articles 13 et 14 ci-dessus, le dernier ordre de route est retiré aux intéressés. — Ceux qui auraient été cassés de leur grade seraient considérés comme simples soldats et resteraient soumis aux obligations imposées aux hommes de la classe à laquelle ils appartiennent. — Il en sera de même de ceux qui renonceront volontairement à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire; toutefois, ces derniers rentreront, s'il y a lieu, en possession du grade qu'ils possédaient avant leur renonciation.

ART. 16. — Au point de vue de la discipline générale, les médecins et les pharmaciens auxiliaires sont soumis à toutes les règles de la hiérarchie. — Leur pouvoir disciplinaire, réglé d'après leur correspondance de grade, s'exerce dans les mêmes conditions que celui des membres du corps de santé militaire.

ART. 17. — Les examens que doivent subir les étudiants en médecine possédant douze inscriptions valables pour le doctorat portent sur les matières suivantes : — Notions sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie militaires. — Notions sur l'organisation du service de santé à l'intérieur et en campagne (instructions provisoires des 7 novembre 1882 et 26 février 1883). — Infirmeries régimentaires : composition des sacs et sacoches d'ambulance, de l'approvisionnement d'infirmerie régimentaire de campagnes. — Hôpitaux militaires : postes de secours, infirmiers et brancardiers régimentaires. — Ambulances : infirmiers et brancardiers d'ambulance. — Hôpitaux mobiles et sédentaires de campagne. — Ambulances d'évacuation : trains d'évacuation, ambulances provisoires de gare. — Secours à donner aux blessés sur les champs de bataille : bandages et appareils improvisés; relèvement et transport des blessés, brancards et voitures. — Convention de Genève.

ART. 18. — Ces examens sont passés devant un jury composé d'un médecin-major de première classe, président, et de deux médecins-majors de deuxième classe. — Ils ont lieu dans chaque ville siège de faculté ou d'école de médecine. — Les membres du jury sont désignés par MM. les généraux commandant les corps d'armée, sur la proposition des directeurs du service de santé. Les étudiants en médecine doivent demander à prendre part à ces examens par une lettre adressée au directeur du service de santé du corps d'armée où ils résident. — Ils font connaître dans cette lettre, d'une manière très précise, leurs nom et prénoms, et l'adresse à laquelle la convocation doit leur être adressée par le directeur du service de santé. — Les examens terminés, le président du jury adressse aux directeurs du service de santé la liste des candidats qui les ont subis avec succès, et qui est ensuite transmise au ministre.

ART. 19. — Tant que les étudiants en médecine n'ont pas subi ces examens avec succès, ils ne peuvent être nommés à l'emploi de médecin auxiliaire ; ils conservent leur position militaire antérieure et continuent à faire partie de leurs corps respectifs.

ART. 20. — Tout étudiant en médecine qui ne demande pas à prendre part aux examens, reçoit d'office une convocation à son domicile. — S'il ne répond pas à cette convocation, il ne peut prétendre à être nommé ultérieurement au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve, qu'à la condition de subir les examens dont il s'agit.

Paris, le 22 juillet 1883.

Le Ministre de la guerre,

THIBAUDIN.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

288. M. RONSIN. Variations de l'urée, des chlorures et des phosphates dans la tuberculose. — 289. M. RUAULT. Recherches sur le pouls capillaire visible. — 290. M. GADIE. Contribution à l'étude du traitement de la rupture de l'utérus pendant et après le travail de l'accouchement. — 291. M. MORTREUIL. Contribution à l'étude des pseudo-étranglements de l'intestin. Iléus traumatique. — 292.

M. Lagarrigue. Contribution à l'étude de l'influence du moral sur le physique. — 293. M. Saissinel. De quelques accidents de l'emploi de la morphine. — 294. M. Fichoud-Lavergne. Étude sur le convallaria maïalis physiologique et thérapeutique. — 295. M. Fayseler. Étude sur l'angine sèche. — 296. M. Milan Vassitch. Étude sur les chorées des adultes. — 297. M. Cousyn. Quelques considérations sur la pathogénie des troupes d'infanterie de marine en Nouvelle-Calédonie. — 298. M. Édouard Chanut. Contribution à l'étude du souffle amphorique et caverneux dans la pleurésie. — 299. Mme Héring. Contribution à l'étude de la lithiase biliaire. — 300. M. Trilhe. Contribution à l'étude de la périencéphalite diffuse et de son traitement. — 301. M. Reddon. Contribution à l'étude des troubles cérébraux consécutifs à la dothiénentérie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Mahé, médecin de la marine et membre du conseil sanitaire de Constantinople, vient de s'embarquer pour l'Égypte, chargé spécialement par le gouvernement français de rechercher les rapports qui, par filiation, peuvent exister entre le choléra actuel exerçant ses ravages en Égypte et le choléra asiatique venant de l'Inde.

— Le gouvernement allemand a résolu d'envoyer aussi en Égypte, à l'imitation du gouvernement français, une mission scientifique chargée d'y étudier l'origine, la nature et la marche du choléra, ainsi que les mesures propres à en arrêter les progrès. La mission sera dirigée par M. le docteur Koch, membre de l'office de santé de l'empire.

— Le dimanche 2 septembre, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du XIXe arrondissement, à l'élection de trois médecins attachés au service du traitement à domicile.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Nous apprenons avec regret la mort, à Dijon, de M. le docteur Victor Brulet, directeur de l'École de médecine et de pharmacie de cette ville, et conseiller général de la Côte-d'Or.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14920.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 31000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Traitement des tumeurs érectiles. — De l'atélectasie pulmonaire. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE PARIS (9e chambre). Homicide par imprudence. Une infirmière d'hôpital et une surveillante laïque. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance toute de lectures. M. Gautier a lu plusieurs rapports ; M. Moura, un long travail où sont indiqués les résultats de diverses mensurations prises dans le larynx ; M. Burq, un nouveau mémoire sur l'efficacité du cuivre dans le choléra.

A ce dernier propos, nous trouvons dans une lettre de M. le docteur Fourrier, de Serrouville, le passage suivant :

« Il est encore un point sur lequel je désire attirer l'attention : c'est celui de l'action préservatrice du cuivre. J'avais vu faire à M. Burq, dans le service de Rostan, ses curieuses recherches sur les métaux, et j'avais pu me convaincre *de visu* que M. Burq, pour être un des plus beaux hommes de son temps, n'en était pas moins un des plus ingénieux. Il me vint donc à l'esprit, en 1866, qu'en somme, cet observateur pouvait bien avoir raison, et qu'en tout cas, comme dit l'ancienne maxime, *melius est remedium anceps quam nullum*. Ce fut là ce qui me décida à recommander à un grand nombre de personnes, habitant des localités infectées par le choléra, de porter autour d'elles une ceinture, formée soit par des plaques de cuivre, soit par des anneaux de laiton ; je dois dire que toutes celles qui se conformèrent à cette prescription, furent absolument exemptes des atteintes du choléra. Si ce résultat fut dû au hasard, il faut reconnaître que le hasard m'a admirablement servi. »

Ajoutons que M. Bouley, qui se trouvait aujourd'hui présider la séance de l'Académie, est un partisan déclaré de la méthode de M. Burq.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

M. DE SAINT-GERMAIN.

Traitement des tumeurs érectiles.

Nous avons en ce moment dans nos salles trois cas de tumeurs érectiles identiques comme nature et comme forme, c'est-à-dire des tumeurs érectiles cutanées. Je dis cutanées, car leur véritable division n'est pas en tumeurs artérielles ou veineuses, mais bien en tumeurs érectiles cutanées ou sous-cutanées.

Chez les malades qui nous occupent ici, il ne s'agit pas de simples taches érectiles, mais bien de véritables saillies gaufrées. Leur siège est : pour deux d'entre elles, la partie moyenne du front ; pour l'autre, l'épaule droite.

Mon intention est de leur faire subir une petite opération, d'intervenir chirurgicalement, et non de les laisser tranquilles, sans quoi elles continuent à se développer plus ou moins, au point même quelquefois de devenir réellement énormes, voire même de se décupler et de constituer, dans ce cas, une véritable difformité. De plus, elles ont assez souvent une tendance à s'ulcérer et, par suite, à donner lieu à des hémorragies qui peuvent être quelquefois extrêmement graves. Aussi faut-il opérer de bonne heure dans ce genre de tumeurs.

Comme procédés opératoires, certains médecins ont proposé, avec une certaine insistance, de vacciner sur la tumeur. Je ne partage pas leur manière de voir, car pour que l'opération soit couronnée de succès, il ne suffit pas d'avoir de bon vaccin et de pratiquer des piqûres sur la tumeur. Tout d'abord ces dernières peuvent donner lieu à des hémorragies, ensuite elles exigent de placer deux ou trois fils à travers la tumeur. Enfin la vaccination entraîne aussi quelquefois à sa suite, comme vous le savez, la formation de cicatrices. Or ce qui se passe pour la vaccination ordinaire sur le bras peut se produire également sur les tumeurs érectiles et la vaccination donne lieu à des cicatrices en trèfle, dont la forme correspond aux trois piqûres que l'on pratique habituellement.

Que faut-il donc faire alors ? Comment faut-il intervenir pour obtenir une bonne guérison des tumeurs érectiles de la nature de celles dont nous parlons ici ?

Deux procédés opératoires sont en présence. L'un, que j'ai expérimenté au début de ma carrière chirurgicale dans cet hôpital, c'est-à-dire la cautérisation ignée au moyen du thermo-cautère. C'est une méthode qui m'a donné de bons résultats, mais qui exige beaucoup trop de précautions pour éviter d'avoir des hémorragies, et tandis que le thermo-cautère porté au rouge vif est un instrument qui favorise les accidents hémorragiques, le thermo-cautère porté seulement au rouge sombre est d'un emploi assez difficile, d'abord parce qu'il tend constamment à s'éteindre, ensuite parce qu'il ne fait que griller la peau, enfin parce qu'il faut ponctionner ensuite comme pour cuire la tumeur lentement.

Comme autre procédé de guérison des tumeurs érectiles,

on a proposé l'emploi de la pâte de Vienne. Si cet autre moyen a donné des succès, il présente aussi certains inconvénients. C'est ainsi que, si la tumeur est très vasculaire, si la peau est très fine, à peine le caustique est-il appliqué qu'il peut déterminer une hémorragie, et le sang, en s'écoulant, donne lieu à la formation d'une escarre tout le long de la joue, en raison du caustique dilué dans le sang.

Mais, entre ces deux modes d'agir, il existe un troisième procédé, que l'on peut appeler le procédé mixte, c'est-à-dire l'emploi de la liqueur de Piazza (1), soit un mélange de perchlorure de fer, de chlorure de sodium et d'eau. Il y a bien encore un autre moyen, mais assez long et qui demande un certain temps avant de pouvoir l'appliquer. Il consiste à mettre sur un verre de montre une goutte du sang du petit malade et d'y ajouter une goutte de perchlorure de fer qu'on dilue jusqu'à ce qu'on obtienne la coagulation du sang. On connaît alors le degré auquel le médicament doit être employé pour agir comme on le désire. Mais, je le répète, c'est là un moyen qui exige une assez grande perte de temps.

Donc je reviens à la liqueur de Piazza que l'on introduit dans la tumeur de façon à coaguler le sang, sans scarifier en rien les tissus. Il faut seulement avoir soin de bien graduer le nombre de gouttes que l'on veut introduire. Cela est très important, car si l'aiguille, qui sert à faire pénétrer le liquide dans la tumeur, est bien enfoncée parallèlement à la peau, sans dépasser les limites de la tumeur érectile, cela va bien. Mais si au contraire elle dépasse la tumeur, la liqueur fusant dans les tissus, cela devient un accident grave pour l'avenir, en ce sens qu'il peut donner lieu, dans la suite, à la formation de cicatrices très laides.

Deux choses sont donc importantes à bien savoir : 1° que l'aiguille est bien dans la tumeur et ne la dépasse pas ; 2° graduer le liquide convenablement.

Je suppose maintenant que l'on pratique cette opération, bientôt vous verrez le contenu de la tumeur se constituer en une masse dure, et sa coloration se modifier. En effet, la liqueur de Piazza détermine d'abord la coagulation du sang ; 2° un certain degré d'inflammation, c'est-à-dire la production de lymphe plastique, la formation de tractus fibreux cicatriciels qui enserreront les vaisseaux et empêcheront leur nutrition.

Quelquefois l'on n'obtient qu'un demi-succès, on voit bien la tumeur enrayée dans son développement, mais on voit aussi persister des taches rouges. Dans ce cas, il faut, un peu plus tard, compléter l'opération par l'emploi de la pâte de Vienne qui donnera alors de très bons résultats. J'ai vu quelquefois ainsi des tumeurs érectiles considérables guérir seulement dans l'espace de huit ou neuf mois.

J'ai vu aussi, dans certains cas, la tumeur érectile sous-cutanée guérie et remplacée par une sorte de dépression plus ou moins profonde, la liqueur de Piazza ayant eu un effet escarrotique. Ce sont là sortes d'accidents à prévoir et dont il faut avoir soin de prévenir les parents de l'enfant que l'on doit opérer. L'escarre produite ainsi par le médicament employé guérira comme une escarre ordinaire. L'opération des tumeurs érectiles par l'injection de la liqueur de Piazza ne nécessite aucun pansement consécutif.

(1) La liqueur de Piazza se formule ainsi :

Eau	60 grammes.
Perchlorure de fer à 30°	20 —
Chlorure de sodium	15 —

DE L'ATÉLECTASIE PULMONAIRE (1)

Par le Dr Leviste (de Dreux).

III

Dans son chapitre consacré à l'anatomie pathologique, M. Rommelaere fait ressortir clairement les différences qu'il y a entre l'atélectasie et l'hépatisation rouge, deux états morbides qui ont été confondus pendant longtemps.

La partie atélectasiée du poumon est rouge sombre, lie de vin, présentant une surface nettement lobulée et une consistance flasque, souple, comparable à celle du tissu musculaire. Dans l'hépatisation rouge, au contraire, la surface du poumon est uniforme, sa consistance est dure au toucher.

Dans l'atélectasie, le tissu pulmonaire gagne plus lentement le fond de l'eau, quelquefois même il surnage encore à moitié, dans les cas récents. L'épithélium, au lieu d'être détruit, est hyperplasié. L'insufflation peut se faire.

Enfin le système vasculaire pulmonaire n'est plus traversé par le sang. Et cet arrêt de la circulation dans l'artère pulmonaire est dû à la présence de caillots qui se trouvent dans les divisions artérielles se rendant au lobule atélectasié.

Le savant professeur de Bruxelles est le premier qui établisse des caractères cliniques pour permettre de reconnaître l'atélectasie du vivant du malade, ce qu'on n'avait jamais fait auparavant.

Le diagnostic pendant la vie peut se faire par la coexistence des quatre signes suivants :

1° Matité absolue à la percussion ;

2° Absence d'élasticité et de vibration des parois thoraciques dans toute l'étendue de la matité ;

3° Tantôt souffle tubaire et bronchophonie à ce niveau ; tantôt respiration nulle ;

4° Expectoration gommeuse.

Tels sont les éléments du diagnostic.

Le diagnostic entre l'atélectasie primitive et la pneumonie sera facile au début, car dans l'atélectasie il n'y a pas de râle crépitant. L'expectoration gommeuse et l'absence des vibrations thoraciques ne se rencontrent pas à la période d'hépatisation rouge. Pour éviter l'erreur de croire à une hépatisation grise, il faudra examiner attentivement les crachats qui ressemblent à une émulsion de pus et ont une odeur sanieuse dans cette sorte d'hépatisation et qui ne présentent pas ces caractères dans le collapsus pulmonaire. La fièvre est également plus modérée dans ce dernier cas.

Mais il n'est pas aussi facile de diagnostiquer l'atélectasie quand elle survient dans le cours d'une pneumonie. Pour cela, il faudra avoir recours à la coexistence des quatre symptômes indiqués plus haut. Ici en effet l'expectoration n'a pas de caractères particuliers, l'auscultation et la percussion feront percevoir des signes communs aux deux affections et qu'il sera presque impossible de séparer. Ce qui devra surtout attirer l'attention, c'est l'affaissement considérable et subit du pneumonique chez lequel s'établit un foyer d'atélectasie ; mais encore là il y aura lieu de distinguer entre l'atélectasie et l'hépatisation grise : « le seul élément qui permette dans certaines limites d'apprécier la situation, consiste à tenir compte de la température qui s'élève encore dans les cas d'hépatisation grise, alors qu'elle

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 août 1883.

reste stationnaire ou même s'abaisse dans les cas d'atélectasie.

C'est surtout avec la pleurésie que l'erreur a été le plus souvent commise et souvent ce n'est que l'insuccès de la thoracentèse qui a fait établir le diagnostic. Les observations de M. Rommelaere et celle que nous avons recueillie dans le service de M. C. Paul le prouvent. Si dans les deux cas on a de la matité, de l'absence des vibrations thoraciques, on ne rencontrera pas dans la pleurésie de souffle bronchique au niveau de cette matité, et l'expectoration, qui dans la pleurésie est fort peu abondante et visqueuse, est gommeuse et plus considérable dans l'atélectasie. De plus, le professeur de Bruxelles dit que dans l'atélectasie du poumon gauche la pointe du cœur n'est jamais refoulée vers la droite comme elle l'est à la suite d'un épanchement pleurétique. Dans notre observation cependant, on verra que le côté correspondant au poumon atélectasié mesurait une plus grande étendue que l'autre et que la pointe du cœur était refoulée vers la droite. Comment expliquer ce phénomène ? Nous ne pourrions le faire, nous nous contentons de le signaler.

L'auteur passe ensuite à l'étiologie et fait l'examen critique des causes admises jusqu'à ce jour.

1° Atélectasie congénitale ;

2° Atélectasie acquise ;

(*a*). Par compression du poumon ;

(*b*). Par obstruction des tuyaux bronchiques ;

(*c*). Par ouverture de la plèvre consécutive soit à une perforation des bronches, soit à une perforation externe.

Les cas d'atélectasie congénitale trouvent leur raison d'être bien justifiée dans l'état de la circulation sanguine fœtale.

L'atélectasie consécutive à une compression soit par engorgement ganglionnaire, soit par épanchement pleural, est excessivement rare. Il faudrait une compression bien longue des alvéoles pulmonaires pour en déterminer l'affaissement complet. Et c'est précisément ce qui n'arrive jamais ; le liquide pleural une fois évacué ou disparu, les alvéoles redeviennent perméables à l'air et le murmure vésiculaire reparaît.

L'ouverture de la plèvre, soit externe, soit interne, détermine rarement du collapsus pulmonaire. Pour en arriver là, il faudrait admettre une action de très longue durée sur le poumon. « Le poumon, écrit M. Rommelaere, reprend en grande partie sa fonction après les cas d'empyème terminés par guérison. »

L'obstruction bronchique peut se faire de deux manières :

Par compression exercée sur les bronches par une tumeur extérieure. Cette cause est trop rare pour qu'il soit nécessaire de la discuter.

Par accumulation de sécrétions muqueuses à l'intérieur des bronches. C'est surtout cette dernière cause, admise par Legendre et Bailly, Traube, Lichtheim, Lebert, Niemeyer, que M. Rommelaere critique. Sans vouloir la méconnaître absolument, il montre que les faits cliniques sont en désaccord avec elle. Il a bien remarqué en effet que chez les individus morts de collapsus pulmonaire il y avait toujours un amas de mucosités dans les bronchioles avoisinant le siège de l'atélectasie. Mais il a constaté aussi ce même phénomène dans l'emphysème pulmonaire, la bronchite et le catarrhe bronchique ; les bouchons muqueux étaient plus volumineux que dans les cas d'atélectasie, et cependant il n'y avait pas trace d'atélectasie. « C'est, dit-il, l'affaissement du poumon qui domine la scène morbide, et non l'accumulation du mucus. »

La vraie cause, M. Rommelaere paraît l'avoir trouvée dans les trois autopsies qu'il a faites. En disséquant les branches de l'artère pulmonaire jusqu'aux points atélectasiés, il a trouvé que les ramifications de cette artère étaient obstruées par un caillot volumineux, adhérant intimement aux parois du vaisseau et présentant tous les caractères des caillots formés pendant la vie. Sur un autre sujet, il a injecté les ramifications de l'artère pulmonaire avec une matière colorante. Partout où le tissu était collabé, l'injection n'avait pas passé, tandis qu'au contraire elle avait pénétré dans toutes les branches, se rendant au tissu non atélectasié. De ces expériences sur le cadavre, M. Rommelaere tire la conclusion suivante : *Dans les cas d'atélectasie se produisant sur le vivant, en dehors de toute lésion traumatique et de toute obstruction de la bronche, la circulation du sang est arrêtée dans l'artère pulmonaire, et c'est cet arrêt que nous considérons comme étant la cause de l'atélectasie pulmonaire.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 août 1883. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une note de M. le docteur Perrochet (de Montmédy) *sur le traitement du choléra* ; 2° une note de M. Léon Daille (d'Auxerre), relative à la *toxicologie de la cantharidine.*

RAPPORTS

M. ARMAND GAUTIER donne lecture de son rapport sur le prix Henri Buignet. (Les conclusions de ce rapport devront être lues en comité secret.)

M. Gautier lit aussi une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter diverses sources minérales.

LECTURES

M. BURQ lit un mémoire intitulé : *Du cuivre contre le choléra.* (Sera publié.)

M. MOURA lit un complément de ses quatre mémoires précédents sur la laryngométrie, intitulé : *Mémoire sur l'anche vocale ou crico-glottique de l'homme.*

M. Moura compare l'organe vocal de l'homme à un basson ; la partie de cet organe comprise entre le bord supéro-antérieur du cricoïde et le bord libre de la glotte représente pour lui l'anche vocale.

Il étudie successivement les diverses dimensions de cette anche dans les deux sexes, en en comparant la hauteur à la longueur des cordes ou lèvres vocales, longueur qui varie selon que ces lèvres sont à l'état de repos et à l'état de tension.

M. Moura résume lui-même ainsi les résultats que lui ont donnés ces mensurations comparatives :

1° La hauteur de l'anche vocale mesure, en moyenne, 13 millimètres chez la femme et 16 millimètres chez l'homme ;

2° Cette hauteur varie de 6 millimètres pour chaque sexe, et la différence entre l'anche féminine et l'anche masculine est de 3 à 4 millimètres ou 1/3 environ ;

3° La hauteur de l'anche et la lèvre vocale ont, sur le même larynx féminin, une dimension identique 2 fois sur 11, soit pour l'état de repos, soit pour l'état de tension. Quant aux larynx masculins, leur identité n'existe que pour l'état de repos ; elle a lieu 5 fois sur 33 ou 1/6 environ ;

4° Leurs dimensions sont semblables dans le sexe féminin, 5 fois sur 11 pour l'état de repos, 2 fois pour l'état de tension et, dans le sexe masculin, 5 fois sur 8 pour le premier, 3 fois sur 8 pour le second état ;

5° La hauteur de l'anche est plus grande que la lèvre vocale à l'état de repos, 7 fois et à l'état de tension, 2 fois sur 11, chez la femme 4 fois sur 7 et 1 fois sur 33 chez l'homme ;

6° La lèvre vocale, à l'état de repos, est par conséquent plus longue que la hauteur de l'anche, 2 fois et à l'état de tension 7 fois sur 11, pour le sexe féminin, 1 fois sur 2 et 5 fois sur 7 pour le sexe opposé ;

7° La différence entre les deux dimensions sur le même larynx féminin ne peut s'élever ou descendre à 6 millimètres, et sur le même larynx masculin jusqu'à 10 millimètres ;

8° Entre la hauteur de l'anche et la longueur de la lèvre vocale du larynx de la femme, il peut y avoir en plus ou en moins 6 millimètres, c'est-à-dire 12 variétés pour le sexe en général. Chez l'homme, ces variétés sont de 10 millimètres en plus ou en moins pour un même larynx, et de 20 pour le sexe en général ;

9° La hauteur de l'anche vocale diffère de 1 millimètre avec le diamètre inférieur ou calibre du cricoïde chez la femme ; l'un et l'autre sont identiques 2 fois sur 11 et semblables 7 fois ;

10° Chez l'homme, l'anche mesure aussi 1 millimètre de moins que le calibre du bocal cricoïdien, 17 millimètres contre 16 ;

11° La hauteur de l'anche vocale et le calibre du bocal cricoïdien ont un rapport plus direct et plus stable chez la femme que chez l'homme ;

12° La hauteur de l'angle du thyroïde présente 1 millimètre en plus, dans les deux sexes, que la hauteur de l'anche vocale, savoir : 14 et 17 millimètres contre 13 et 16 millimètres. Leur similitude existe 3 fois sur 11 chez le sexe féminin, 2 fois sur 3 chez le sexe opposé ;

13° L'anche vocale a une hauteur égale à 2 fois celle du ligament crico-thyroïdien au repos dans les deux sexes ;

14° L'insertion thyréoïdienne inférieure de la commissure des lèvres vocales a la même hauteur que celle du ligament thyréo-cricoïdien, en général, dans les deux sexes ; celle du sexe féminin mesure 6 millimètres, et celle du sexe masculin mesure 8 millimètres ou un tiers en plus ;

15° L'insertion thyréoïdienne supérieure de cette commissure présente dans chaque sexe, 2 millimètres de plus que l'insertion commissurale inférieure en moyenne ;

16° La hauteur du ligament thyréo-cricoïdien et l'insertion commissurale inférieure réunie représentent, à 1 millimètre près, la longueur de la corde vocale au repos, chez la femme comme chez l'homme. L'identité entre ces deux dimensions existe 9 fois sur 11 chez la première, 8 fois sur 33 ou 1 fois sur 4 chez le second, et leur similitude 10 fois sur 11 et 9 fois sur 11. Leurs variétés comprennent 3 millimètres pour l'un et 4 millimètres pour l'autre ;

17° Le ligament thyréo-cricoïdien est plus petit que la hauteur de l'insertion commissurale supérieure, 8 fois sur 11 chez la femme, 1 fois sur 2 chez l'homme. (Commissaires : MM. Verneuil, Proust et Cusco.)

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er août 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS.

Sclérose hypertrophique du nez. — M. **Dandon** adresse l'observation et les photographies d'un malade atteint de sclérose hypertrophique du nez, auquel il a pratiqué la décortication à l'aide du thermo-cautère. Le résultat plastique a été des plus favorables.

M. **Lucas-Championnière** a assisté M. Dandon dans cette opération, qui s'est exécutée très facilement. Le développement du nez était énorme. Il y avait, au pourtour de la région saillante, de petits îlots d'hypertrophie que M. Dandon a traversés avec le thermo-cautère. La réparation a été très rapide, le résultat définitif très favorable.

M. **Marc Sée** a fait la même opération sur un malade chez lequel les bourgeons hypertrophiés étaient tellement volumineux que la respiration était gênée. Il s'est servi du thermo-cautère. Le résultat a été des plus satisfaisants.

M. **Trélat**, dans un cas analogue, a fait, avec le bistouri, une double incision allant jusqu'à la sous-cloison, a enlevé une tranche de tissu morbide exactement comme il aurait enlevé une tumeur, et a réuni ensuite par une suture les deux bouts de la plaie. Le résultat a été très favorable.

M. **Després** a fait la même opération et, comme M. Trélat, a été frappé de la facilité avec laquelle on obtient la réunion de ces tissus anomaux.

Influence du traumatisme sur la tuberculose. — M. **Mannoury** fils (de Chartres) envoie l'observation d'un homme de trente ans, vigoureux, habituellement bien portant, qui, au mois de janvier, a la jambe écrasée par une locomotive : huit heures après l'accident, amputation de la jambe au-dessus de la partie moyenne ; hémorragie consécutive ; gangrène du moignon nécessitant l'amputation de la cuisse quelques jours après. L'autopsie de la partie enlevée révèle l'existence d'une phlébite suppurée, heureusement circonscrite au-dessous du point où avait porté la seconde opération. Huit jours après, le nouveau moignon présentait un aspect favorable, et cependant l'état général restait mauvais. Bientôt apparurent de la toux, de la dyspnée, une douleur et de la matité au côté droit de la poitrine, des crachats purulents. Deux ponctions furent pratiquées dans la plèvre à dix jours d'intervalle, ponctions qui donnèrent issue à un litre de sérosité. Environ deux mois après, le malade succombait.

A l'autopsie on trouva les poumons farcis de granulations tuberculeuses ; au centre du poumon droit existe une caverne purulente de la grosseur d'une orange : s'agit-il d'une caverne tuberculeuse ou d'un abcès métastatique ? M. Mannoury accepte la première hypothèse et considère ce cas comme un exemple de phtisie aiguë déterminée par un traumatisme.

M. **Després** croit que c'est s'avancer beaucoup que de dire que cet homme a succombé à une tuberculose pulmonaire produite par un traumatisme. Pour lui, cet homme a succombé à une infection purulente. Aujourd'hui on ne veut plus voir d'infection purulente nulle part, et il est à craindre que M. Mannoury n'ait été influencé par cette opinion.

Rétrécissements cancéreux de l'œsophage, gastrotomie. — M. **Faucon** considère la gastrotomie comme absolument contre-indiquée dans les cas de ce genre et croit que le seul traitement palliatif consiste dans l'alimentation par le rectum.

Hernie inguinale congénitale, étranglée. — M. **Trélat** fait un rapport sur une observation adressée par M. Damalin. Il s'agit d'un homme de trente et un ans qui était atteint d'une hernie inguinale, congénitale, réductible, remontant, disait-il, à l'âge de six mois.

Une nuit, à trois heures du matin, à la suite de violents efforts de toux, sa hernie sortit et ne put rentrer. A six heures, le docteur Jamin appelé fit une première tentative de taxis ; elle fut sans résultat. A quatre heures du soir, nouvelle tentative avec le chloroforme, également infructueuse.

Le malade est envoyé à Necker, et là, MM. Petit, chef de clinique, et Lejars, interne du service, après un bain d'une heure, recommencent le taxis avec le chloroforme. Nouvel insuccès ; comme les vomissements, le pouls, la fièvre, etc., sont peu intenses, que la hernie est volumineuse, puisqu'elle est plus grosse qu'un poing, on juge à propos de ne pas opérer ce malade et on se borne à faire des applications de glace sur la tumeur.

Le lendemain, trente-deux heures après l'accident, M. Trélat voit le malade ; en apprenant les essais infructueux dont il vient d'être

question, il se décide immédiatement à l'opération, et cela malgré le peu d'intensité des symptômes généraux.

La nécessité d'une opération hâtive paraissait d'autant plus pressante qu'il s'agissait là d'une hernie congénitale.

L'opération se fit sans encombre, et cependant le malade succombait le lendemain. Les lésions locales produites par l'étranglement (ulcérations intestinales, péritonite, etc.) étaient nulles ou à peu près, ce qui s'explique par la rapidité de l'intervention, mais il en était tout autrement des lésions d'ordre réflexe que déterminent habituellement les étranglements très serrés. C'est ainsi que le poumon, en particulier, était le siège d'une congestion occupant la totalité de son parenchyme. Cette congestion, d'ailleurs, s'était traduite pendant la vie par des troubles fonctionnels intenses, et c'est à eux qu'il faut attribuer la mort du malade.

M. BERGER fait remarquer que cette observation prouve, une fois de plus, la justesse de la loi établie par M. Verneuil, à savoir la fréquence de la mort par complication pulmonaire, dans les cas de hernie étranglée.

Cette observation démontre encore le danger qu'il y a à renouveler outre mesure les tentatives de taxis, lorsqu'on se trouve en présence d'un étranglement serré.

En pareil cas, ce qu'il y a de mieux à faire est encore de s'en rapporter à la règle si nette, si précise, posée par M. Gosselin : Lorsqu'on se trouve en présence d'une hernie irréductible, d'un petit volume ou d'un volume moyen, faire une tentative de réduction, et si elle ne réussit pas, procéder immédiatement à l'opération.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que l'observation de M. Trélat est certainement très intéressante, mais qu'à côté de ce fait on pourrait en opposer un certain nombre dans lesquels la hernie a parfaitement guéri, bien qu'elle fût d'origine congénitale. Il est assez disposé à attribuer, dans une certaine mesure, la mort de ce malade aux tentatives de taxis prolongées.

Ce n'est pas la première fois que l'on constate l'inconvénient de semblables manœuvres ; les malades opérés, avant toute espèce de taxis, sont dans de bien meilleures conditions que ceux opérés après un taxis plus ou moins répétés.

M. DESPRÉS partage complètement l'opinion de M. Championnière sur la gravité spéciale du pronostic des hernies préalablement soumises au taxis. Ses statistiques paraissent démonstratives. C'est même pour cela qu'il proscrit l'emploi du chloroforme comme adjuvant des manœuvres de taxis.

Quant à la congestion pulmonaire à laquelle a succombé le malade, elle peut s'expliquer autrement que par une action réflexe. Ces congestions s'observent surtout après la réduction des hernies enflammées ; or ces réductions ne peuvent se faire sans que l'on introduise dans le péritoine des produits septiques qui déterminent une péritonite et consécutivement la paralysie des instestins et du diaphragme. La congestion pulmonaire est la conséquence directe de l'inaction du poumon après cette paralysie du diaphragme.

M. MONOD croit que les hernies congénitales étranglées sont particulièrement dangereuses et insiste sur la gravité des hernies malaxées. C'est là d'ailleurs un fait banal.

Le chloroforme, donné raisonnablement, dans de bonnes conditions, facilite singulièrement les manœuvres d'un taxis qui, fait méthodiquement, modérément, offre des chances sérieuses de succès. Ce n'est qu'après avoir constaté que ses efforts sont vains qu'il fait l'opération. Si le malade a été malaxé par cinq ou six individus avant son entrée à l'hôpital, il renonce à ces tentatives et il pratique d'emblée la kélotomie.

M. TRÉLAT fait observer que l'explication de la congestion pulmonaire donnée par M. Després ne saurait être applicable à son cas particulier, puisque l'autopsie n'a révélé aucune trace d'inflammation péritonéale, septique ou autre.

Relativement aux préceptes formulés par M. Gosselin, M. Trélat trouve que ce chirurgien n'a pas suffisamment indiqué le principe de l'intervention précoce. C'est pourquoi M. Trélat a cherché à introduire dans la pratique cette idée, que le médecin, mis en présence d'une hernie congénitale étranglée, doit bien plus se tenir en défiance que s'il s'agissait d'une hernie ordinaire, et qu'il ne faut pas abandonner le malade sans avoir réduit sa tumeur.

L'hypothèse d'une malaxation exagérée de la hernie de son malade ne lui paraît pas justifiée. Si on était allé au delà de ce qui est légitime, il aurait trouvé pendant son opération des traces de contusion, des ecchymoses, des épanchements sanguins entre les enveloppes, ou même dans le sac. Il n'a rien trouvé de semblable ; donc le taxis n'a pas dépassé les limites permises.

En ce qui concerne le chloroforme appliqué à la réduction des hernies, il s'en déclare très partisan, convaincu que le taxis est bien plus efficace lorsqu'on le pratique sur un malade dont les muscles sont mis en état de relâchement. Ce n'est jamais qu'après avoir constaté l'impossibilité de réduire dans ces conditions que le chirurgien a le droit d'intervenir.

M. BERGER dit qu'en présence d'une hernie devenue subitement irréductible, on doit essayer le taxis. S'il ne réussit pas, on doit prendre immédiatement ses dispositions pour renouveler ses tentatives au moyen du chloroforme, et s'il échoue encore, il faut de suite opérer ou faire opérer son malade.

Lorsqu'il s'agit de hernie étranglée, quelques heures perdues ne sont que trop souvent la perte du malade.

En ce qui concerne l'opinion émise par M. Gosselin, elle est exprimée dans son livre de la manière la plus formelle.

M. DESPRÉS prétend qu'en présence d'un malade atteint de hernie étranglée, la première chose à faire est de le placer dans un bain, et si l'on a la chance d'arriver moins de six heures après l'accident, on obtiendra constamment la réduction à l'aide du taxis simple, sans chloroforme. Dans toute autre circonstance, la seule chose à faire, si l'on n'obtient pas la réduction par les mêmes moyens, c'est d'opérer. Tout autre conseil, quel qu'il soit, est un mauvais conseil, et sera cause d'un grand nombre de décès de hernieux.

M. Gosselin a certainement fait faire un pas énorme à la thérapeutique des hernies étranglées, mais on ne peut nier que, sous certains rapports, il n'ait nui à cette même thérapeutique en se montrant un partisan un peu trop chaud du taxis sous ses diverses formes, avec ou sans chloroforme.

M. Gosselin, d'ailleurs, est revenu de l'opinion qu'il professait à l'égard du taxis, et il ne l'emploie aujourd'hui qu'avec une certaine réserve.

M. MARC SÉE trouve rationnel l'emploi du chloroforme dans la réduction des hernies. Cependant il n'a jamais, jusqu'à présent, réduit, à l'aide du chloroforme, une hernie reconnue irréductible par d'autres procédés.

M. BERGER a obtenu plusieurs réductions dans ces conditions.

M. TRÉLAT a également réduit avec le chloroforme une hernie irréductible par d'autres moyens, mais il reconnaît que les succès de ce genre sont rares. Ce n'est pas une raison pour abandonner le procédé, et cela d'autant mieux que la chloroformisation n'est, en somme, que le premier temps de l'opération avec le bistouri.

M. Després s'est montré injuste à l'égard de M. Gosselin. S'il n'a pas formulé avec toute la netteté désirable le principe de réduire ou d'opérer séance tenante, il a du moins le mérite de s'être élevé contre la doctrine de la péritonite herniaire.

M. DESPRÉS reproche surtout à M. Gosselin d'avoir défendu le taxis prolongé.

M. TRÉLAT fait observer que ce mot de taxis prolongé exprime admirablement le sens de la réaction dont M. Gosselin est l'auteur.

La séance est levée.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE PARIS (9e chambre)

Présidence de M. Pillet-Desjardins. — Audience du 10 août.

Homicide par imprudence. Une infirmière d'hôpital et une surveillante laïque. — Ces deux remplaçantes laïques de Sœurs attachées autrefois aux hôpitaux sont :

1° La femme Thiébaut, 29 ans, infirmière à l'hôpital Laenne

2° La femme Prugnaud, 23 ans, surveillante, attachée au même hôpital.

Le 5 février dernier, une jeune fille de 18 ans, la demoiselle Deullien, douée d'une bonne constitution et d'une santé robuste, était admise à l'hôpital Tenon comme atteinte d'une fièvre typhoïde de caractère assez bénin.

Les deux prévenues auraient causé par imprudence et inattention la mort de cette jeune fille, dans les circonstances qu'on va connaître.

Disons d'abord que la pharmacie de l'hôpital ne prépare que les potions pour lesquelles il faut combiner plusieurs médicaments ; les surveillantes et infirmières font les préparations simples, et à cet effet elles reçoivent de la pharmacie et gardent dans les salles de véritables provisions de médicaments souvent fort dangereux.

Ceci exposé, écoutons l'interrogatoire des prévenues :

M. le président (à la femme Prugnaud). — La fille Thiébaut était sous vos ordres ; c'est vous qui lui avez dit de préparer pour une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde un lavement phéniqué suivant les prescriptions du docteur ?

La prévenue. — Oui, monsieur.

M. le président. — Quelles prescriptions lui avez-vous données ?

La prévenue. — Je lui ai dit de mettre 40 centigrammes d'acide phénique, en lui recommandant de prendre le verre à doses pour mesurer, de mettre à peine le fond du verre.

M. le président. — Aviez-vous déjà préparé des lavements phéniqués ?

La prévenue. — Jamais je n'avais eu l'occasion d'en préparer depuis mon entrée à ce service, mais j'avais vu une fois l'infirmière Clotilde en préparer.

M. le président. — Par qui les médicaments sont-ils livrés ?

La prévenue. — Par la pharmacie, sur la feuille du docteur.

M. le président. — Les médicaments non dangereux ; mais les autres ?

La prévenue. — Les autres nous sont envoyés tout préparés par la pharmacie.

M. le président. — C'était à vous qu'incombait le soin de préparer le lavement.

La prévenue. — Je le reconnais, mais la femme Thiébaut m'ayant dit qu'elle avait déjà préparé des lavements phéniqués, je l'ai chargée de celui-là.

M. le président (à la femme Thiébaut). — Racontez-nous ce qui s'est passé.

La prévenue. — La surveillante m'a dit de préparer un lavement phéniqué à 40 centigrammes ; elle m'avait dit que je trouverais la fiole d'acide phénique dans son armoire ; ne l'y trouvant pas, je suis allé prendre une fiole de cet acide dans une autre armoire.

M. le président. — C'était une faute de votre part ; vous deviez en référer à votre surveillante.

La prévenue. — C'est vrai ; je me suis aperçue, du reste, que la dose était trop forte.

M. le président. — C'était une raison de plus d'en référer à votre surveillante ; si vous aviez fait cela, le malheur dû à votre imprudence ne serait pas arrivé.

M. Guinochet, pharmacien en chef, fait connaître que les médicaments placés dans les armoires des salles sont sous la garde des surveillantes. Il explique que, en général, les lavements phéniqués sont préparés par l'interne ; mais comme dans le service du docteur Rendu se trouvaient beaucoup de typhiques, l'interne avait préparé une solution réduite, et les lavements étaient préparés, à l'aide de cette solution, par les surveillantes. Le témoin ne peut préciser dans quelles circonstances le flacon d'acide phénique pris par la prévenue dans la salle Bouillaud a été délivré. J'en délivre, dit-il, chaque fois qu'on m'en demande sur une note de médicaments collectifs, de même que je délivre aussi de l'acide nitrique, du laudanum, etc. Enfin le témoin fait connaître que, dans toutes les salles autres que celles du docteur Rendu (à laquelle les deux prévenues sont attachées), les lavements phéniqués sont préparés par les internes. Sur interpellation, le témoin explique que les solutions concentrées sont au 20e, quelquefois au 10e.

M. le docteur Rendu. — Vers le milieu de février, on amena dans mon service une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde ; comme cette fièvre était assez intense, j'ai prescrit un lavement de 45 centigrammes d'acide phénique.

Le lendemain, à ma visite, je trouvai la malade agonisante.

Le témoin explique que, par suite de l'épidémie survenue en septembre dernier, l'interne Gérardin lui avait demandé l'autorisation de préparer un flacon d'acide phénique titré au centième, pour les lavements, au lieu d'avoir à les préparer pour chaque malade ; le docteur, n'y voyant aucun inconvénient, avait autorisé.

Une fois l'épidémie disparue, le témoin devait supposer que les choses avaient repris leur cours normal.

Après audition d'un interne, M. le substitut Toutée soutient la prévention.

Me Querener, avocat, a plaidé pour la femme Prugnaud, et Me Laviolette, pour la femme Thiébaut.

Le tribunal a condamné la première à 15 jours de prison et 50 francs d'amende ; l'autre, à 8 jours et 50 francs.

(*Gazette des Tribunaux.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aux termes du règlement sur le service de santé, les étudiants en médecine qui désirent prendre part au concours pour les places d'externes sont tenus de produire, indépendamment des autres pièces exigées, un certificat de vaccine.

MM. les candidats sont prévenus, qu'à l'avenir, et pour le concours qui doit s'ouvrir le 9 octobre prochain, cette pièce devra être remplacée par un *certificat de revaccination* dûment légalisé et portant une date récente.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Pendant les vacances, MM. les professeurs de clinique seront remplacés par MM. les agrégés dont les noms suivent :

Hôtel-Dieu. — Service de M. Richet, M. Peyrot.
Charité. — Service de M. Gosselin, M. Berger.
Pitié. — Service de M. Verneuil, M. Pozzi.
Necker. — Service de M. Trélat, M. Monod.
Hôtel-Dieu. — Service de M. G. Sée, M. Hallopeau.
Charité. — Service de M. Hardy, M. Landouzy.
Saint-Louis. — Service de M. Fournier, M. Quinquaud.
Salpêtrière. — Service de M. Charcot, M. Joffroy.
Hôtel-Dieu. — Service de M. Panas, M. Peyrot.
Clinique d'accouchements. — Service de M. Depaul, M. Charpentier.

— Par décisions ministérielles, M. Fée, médecin principal de première classe à l'hôpital de Toulouse a été désigné pour les fonctions de directeur du service de santé du 16e corps d'armée et de médecin chef des salles militaires de l'hospice civil de Montpellier.

Les médecins-majors de 2e classe dont les noms suivent ont été désignés :

M. Bernad (A.-C.-L.), pour le 67e de ligne ; — M. Colnenne, pour les hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie ; — M. Ferrié, pour être maintenu au 100e d'infanterie ; — M. Laval, pour être maintenu au 10e dragons ; — M. Castaing a été maintenu au 92e d'infanterie ; — M. Guillemot, pour le 105e d'infanterie ; — M. Bayard, pour le 12e escadron du train des équipages ; — M. Jonanno, pour le 48e d'infanterie ; — M. Médieux, pour être maintenu au 25e d'infanterie ; — M. Hassler, pour être maintenu provisoirement au 82e d'infanterie ; — M. Vidal, pour être maintenu au 126e d'infanterie ; — M. Troy, pour le 83e d'infanterie (provisoirement) ; — M. Pozzo di Borgo, pour le 10e dragons.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie,

pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Action de l'eau minérale de Contrexéville chez les calculeux étudiée au point de vue du diagnostic de la pierre et du résultat ultérieur des opérations, par le docteur Jules Brongniart, médecin consultant à Contrexéville, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 90 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14925.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE......... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE... 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU. Amblyopie hystérique, vomissements incoercibles, anesthésie absolue de tout le côté droit, paralysie complète de la vessie, etc. Traitement par le platine. — De l'atélectasie pulmonaire. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Thèses. — Nouvelles.

HOTEL-DIEU. — M. PANAS.

Amblyopie hystérique, vomissements incoercibles, anesthésie absolue de tout le côté droit, paralysie complète de la vessie, etc., etc. — Traitement par le platine.

(Observation recueillie par M. le Dr V. BURQ.)

L'observation qui va suivre a été recueillie, il y a quatre ans, dans le service de M. le professeur Panas. C'est, comme on va le voir, un digne pendant à celle qui a été publiée, le 26 juin dernier, par la *Gazette des hôpitaux*. En effet, on y voit aussi, entre autres choses, apparaître, pour la première fois, le platine comme remède, et les injections sous-cutanées surtout en donner la notion.

L'action du platine ne s'exerça point ici d'une manière moins prestigieuse que celle de l'aluminium chez Mlle X..., de Nevers. Il y eut, de plus, cette circonstance singulièrement démonstrative, que le traitement ayant été interrompu à quatre reprises différentes, dont deux intentionnellement, et une rechute inévitable s'en étant suivie à bref délai, le platine renouvela chaque fois ses prouesses.

Le 1er mai 1879 entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 12, une nommée J. M..., 27 ans, ferronnière, née à Voulvetmont (Ardennes).

Hérédité. — Mère bien portante, mais père sujet à de violentes migraines qui, malgré sa vie au grand air, — il est cantonnier, — l'obligeaient, tous les trois ou quatre jours, d'interrompre son travail et de s'aliter.

Antécédents. — Dès l'âge de 8 ans, J. M.. eut aussi la migraine, mais *dans l'estomac*, suivant l'expression d'un médecin du pays. A cette époque elle fut prise de vomissements qui, depuis, n'ont cessé de faire le fond de son affection. Elle vomissait sans effort ni fatigue les solides comme les liquides, sauf la bière, et tout aussitôt après elle pouvait se remettre à manger. Ces vomissements étaient si persistants que, le jour de sa première communion, on dut faire communier M... séparément, tout au matin. Ce fut un des rares jours où elle ne vomit pas.

Peu de temps après sa deuxième dentition, M... fut prise de rages de dents *à se rouler par terre*. Le médecin de son village ne trouva rien de mieux que de lui arracher presque toutes ses dents, une à une. C'est lorsqu'il ne lui en resta plus que cinq, que M... commença à souffrir d'hémicrânies. Elle avait alors 14 ans et demi, et, comme elle n'était point encore formée, on l'envoya travailler aux champs. Dans sa nouvelle condition, les spasmes thoraciques n'en persistèrent pas moins, et ce n'est qu'au bout d'une année que les règles apparurent. Depuis, elles ont toujours laissé grandement à désirer sous tous les rapports. Souvent tout se borna à quelques taches rosées. Par contre, il y eut toujours une abondante leucorrhée.

En 1870, J. M... avait quitté la vie des champs pour travailler dans une usine située près de Sedan. Pendant le bombardement de cette ville, elle eut une première attaque, avec perte complète de connaissance, mais sans prodromes et sans grands désordres convulsifs, qui dura environ une heure. D'autres attaques, de même nature et que J. M... qualifie d'évanouissements, suivirent. Nous n'insisterons point autrement sur cette période de la vie de la malade et nous nous bornerons à dire qu'à ce moment, elle ne pouvait tenir quelque temps une aiguille, qu'elle était devenue casseuse et analgésique à droite à ce point que, s'étant fait un jour à l'avant-bras, de ce côté, une profonde blessure dont elle porte encore la trace, elle n'en ressentit aucun mal. Disons aussi que son sens génital était si peu éveillé, que, malgré l'excitation de ses compagnes d'atelier, J. M... serait toujours restée absolument sage, même en pensée.

En 1877, nous retrouvons la malade dans une boucherie de Verdun comme caissière. Elle y resta environ six mois. Pendant tout ce temps, elle ne vomit plus et prend de l'embonpoint. En octobre, elle quitte cette ville pour venir habiter Paris. Alors elle est reprise de ses vomissements, la menstruation se fait plus mal que jamais, les pertes blanches redoublent, et, à la suite d'une sorte de viol, la voilà enceinte. La grossesse marche mal. Dans les derniers mois, J. M... devint violemment éclamptique et albuminurique. Portée à la clinique, dans le service de M. Depaul, elle y accoucha, en août 1878, de deux jumelles qu'on fut obligé d'extraire. Suivit un coma profond, duquel J. M... ne serait sortie que le cinquième jour, pendant lequel la vessie se paralysa.

Rentrée chez elle, en octobre, les vomissements, qui avaient cessé un moment, reparurent avec plus de violence encore. M... se bourra de pilules d'iodure de fer, de valériane, de bromure, etc., et c'est seulement lorsque ses dernières ressources furent épuisées qu'elle vint demander un lit à l'Hôtel-Dieu.

Elle fut reçue d'abord dans le service de M. Fremy. M. Quinquaud, qui le remplaçait, revint aux bromures, administra la belladone, la potion de Rivière, la glace, pratiqua des piqûres de morphine, prescrivit le régime lacté, etc. Mais tout échoua, la paralysie de vessie persista, et chaque matin M. Quinquaud continua à trouver sur la table de nuit de M... deux cuvettes pleines de matières vomies depuis la veille. Pendant ce temps M... alla s'affaiblissant de plus en plus et elle finit par devenir amblyope.

On la fit alors passer dans le service spécial de M. le professeur Panas, où nous fûmes invité à la voir.

Le 6 avril, M. Panas constata avec nous que M... a une anesthésie sensitivo-sensorielle absolue dans tout le côté droit et qu'elle

est amyosthénique du même côté à un haut degré : pression de la main gauche 40 kil., et de la main droite 22 kil. seulement.

Nous procédons, sous les yeux de notre éminent confrère, à l'examen métalloscopique et avec l'or nous obtenons, à différentes reprises, des résultats notables sur la sensibilité, sur la circulation et la force musculaire. Seulement, les jours suivants, l'action de ce métal va bientôt s'affaiblissant, et il arriva à ne plus agir que sur les vaso-moteurs, de sorte que nous en concluons que très vraisemblablement l'or n'est qu'une sous-caractéristique de l'idiosyncrasie de M...

Pour juger cette question, à partir du 5 mai, nous faisons donner la solution de chlorure d'or à 1/100e, à dose progressive. Mais les choses n'avancent guère.

Nous passons aux injections du même sel. Nous en pratiquons sur différents points en élevant le titre de la solution. Nous ne sommes pas plus heureux.

Bientôt l'état de M... empire encore ; elle en arrive à vomir jusqu'à la potion de chlorure d'or, et survient un météorisme considérable.

Nous essayons, en désespoir de cause, de ramener la sensibilité par l'électricité, puis avec un fort aimant : rien encore ! La situation devient perplexe pour nous-même ; car à ce moment allait se discuter à l'Académie le prix Barbier, pour lequel nous avions fait acte de candidature, et M. Panas avait précisément à nous juger comme rapporteur de la commission.

Nous songeons alors au platine que nous avions négligé d'examiner, parce que jamais il ne nous avait encore rendu de service, et nous avons recours à cette *ultima ratio*, la thermo-métalloscopie.

Nous appliquons donc quatre disques de ce métal sur l'avant-bras droit et un thermomètre dans la main correspondante.

La température monte successivement de 25° centig. à 26°, 27° et enfin à 35° ; mais, sauf un peu d'amyosthénie post-métallique, nous n'observons aucun autre phénomène. Le lendemain, une application semblable donne les mêmes résultats thermiques. Ceci étant, nous faisons faire une solution de chlorure de platine à 1/100e.

Le 19 mai, nous en injectons une demi-seringue de Pravaz vers le milieu du deltoïde droit. Quelques minutes après, chaleur profonde, mordicante, qui remonte jusqu'à l'épaule et s'étend bientôt à l'avant-bras ; puis, sensibilité à une forte pression seulement tout d'abord. Un peu plus tard, perception de la moindre pression, sensibilité au contact, et, au bout d'une heure environ, hyperesthésie presque dans tout le bras, coloration vive des piqûres surtout au niveau de la partie injectée, et pression de 40 kil. au lieu de 18. A ce moment, M... accuse une sensation de chaleur très grande, et la sensibilité de son bras est développée à ce point qu'elle fuit devant la pointe de l'aiguille de l'esthésiomètre.

Deux jours après, le 21, une nouvelle injection à la cuisse produit des effets identiques. En conséquence, la *sensibilité platine* ne pouvant plus faire de doute, le traitement par ce métal *intus* est institué.

A partir du 23, nous donnons deux fois par jour la solution qui a servi à l'injection, à dose progressive, en commençant par 10 gouttes, et nous pratiquons de nouvelles injections, dont une sur l'hypogastre. Presque du jour au lendemain, la sensibilité devient normale partout, le dynamomètre marque à droite 42 kil. ; les garde-robes, impossibles sans lavements, se font naturellement et le ventre s'affaisse ; le cathétérisme devient inutile, la vision se rétablit, et, dès le 27, après l'ingestion de 5 centilitres en tout de sel de platine, les règles reviennent et durent trois jours abondamment, ce qui n'était jamais arrivé. D'autre part, les vomissements et les douleurs de tête cessent, la malade se met à manger comme jamais, le sommeil renaît, et, en fin de compte, la guérison devient si proche, que nous suspendons le traitement parce que, M. Panas étant parti en mission pour l'Allemagne, nous craignons qu'à son retour il n'y ait plus rien à faire et que M. Panas croie que les choses se sont passées ici comme à la suite de l'ingestion d'un verre d'eau miraculée. Il importe de noter qu'à peine le traitement interne commencé, le platine, qui, au début, n'agissait, en application, nettement que sur la température, avait reconquis tous les effets post-métalliques habituels.

La suspension prématurée du traitement eut, bien entendu, pour résultat, de remettre tout en question. Aussi, lorsque, le 13 juin, M. Panas reprit son service, il trouva les choses à peu près dans le même état, et, comme nous n'étions point là pour le mettre au courant de ce qui s'était passé, l'éminent chirurgien ne parla de rien moins que de faire passer M... à la Salpêtrière. Instruit de son retour, nous revenons dans le service le 15 juin ; nous réadministrons, en potions et en injections, le chlorurure de platine, et les choses se passent encore de même.

Le 19, l'anesthésie avait presque entièrement disparu. Plus d'amyosthénie, — pr. droite : 48 kil. ; gauche : 43 kil., — ni de parésie intestinale ; les vomissements avaient cessé et M... remangeait avec plaisir et dormait, dit-elle, « comme un loir » : seulement persistance de la paralysie de vessie.

Le 21, une injection pratiquée sur l'hypogastre rendait encore leur cours normal aux urines.

Le 24, sensibilité et motilité normales.

Le 1er juillet, la vision pouvait s'accomplir sans lunettes, les aliments étaient bien goûtés et les odeurs bien flairées ; plus d'acouphie, garde-robes régulières ; plus de leucorrhée et M..., jusqu'alors toujours alitée, pouvait aller et venir dans la salle et même y aider au service sans fatigue.

Le 3 juillet. Mesure du ventre 0m,745 à l'ombilic, 0m,72 à la taille.

Le 5 juillet. Deuxième suspension intentionnelle du sel de platine. M... retombe, mais, cette fois, plus lentement et moins profondément.

Ce sont encore les troubles hyponerviques, l'anesthésie, — l'achromatopsie, l'amyosthénie, la parésie intestinale — qui reparaissent les premiers.

Cependant, le 8, avant que les bénéfices acquis eussent eu le temps d'être tout à fait compromis, la menstruation se faisait encore naturellement et durait sans interruption jusqu'au 12 au soir.

Le 15, sensibilité générale et spéciale aux trois quarts éteintes. Pression : 28 kil. à droite et 38 à gauche seulement. Température des mains descendue de 37° centig. à 32° ; piqûres exsangues pour la plupart, selles difficiles, ventre reballonné et déjà retour de l'anorexie et menace des vomissements.

A partir de ce jour, le traitement est repris.

Le 17, M... n'a encore pris que 6 centigrammes de sel de platine en cinq doses, et cependant déjà, sensibilité générale et spéciale à peu près normales. Pression droite : 50 kil. ; gauche : 45 kil., et plus de troubles gastriques.

Le 22, tout était rentré dans l'ordre. Température des membres, 37° ; circulation capillaire des plus actives ; vision normale. Les globules sanguins, comptés dans le laboratoire de l'hôpital, par M. Debove, se montaient à 4,630,000 par mètre cube.

A cette date, le platine *extra* avait si complètement recouvré sa puissance, que son application sur le front déterminait des maux de tête à le faire redouter extrêmement par M...

Le 26. Troisième suspension du traitement, cette fois, faute de remède.

Le 31, la vue a déjà très notablement baissé, l'analgésie a reparu sur différents points. La température des mains est descendue à 33° ; la vision s'est voilée et le dynamomètre ne marque plus à droite que 40 kil. au lieu de 50.

Nous faisons reprendre le traitement, et bientôt nouvelle disparition des accidents, toujours dans le même ordre.

Le 5 août, nouvelle époque menstruelle, en avance de trois jours sur la précédente.

Le 7, *exeat.*

Une fois M... sortie de l'hôpital, nous la perdons de vue. Avec cette insouciance et cette versatilité qui est le fond du caractère de la plupart des hystériques, elle cesse tout traitement et elle ne tarde point, bien entendu, à subir les consé-

quences de cette loi qui veut qu'à un mal chronique on oppose des moyens de même nature. Cette fois elle vient s'échouer dans le service de M. Dumontpallier. On a recours, à la Pitié, aux mêmes moyens, et, pour la quatrième fois, le platine guérit, encore mais plus lentement et moins bien, car, qu'on ne l'oublie pas, l'action des métaux, comme celle de tous les remèdes, sans en excepter l'opium, finit à la longue par s'émousser.

DE L'ATÉLECTASIE PULMONAIRE (1)

Par le Dr Leviste (de Dreux).

IV

Une fois la coexistence établie des deux éléments : atélectasie et arrêt de la petite circulation, M. Rommelaere cherche le rapport qui les unit. Pour cela, il invoque deux théories :

1° L'atélectasie est la cause de l'arrêt de la circulation pulmonaire ;

2° L'arrêt de la petite circulation entraîne à sa suite l'atélectasie.

La première proposition est démontrée par des recherches de physiologie pathologique.

Le professeur de Bruxelles provoque de l'atélectasie chez des lapins en établissant une fistule pleurale ; puis, après leur mort, il fait une injection de matière colorante dans l'artère pulmonaire et, par la dissection, il constate que le liquide colorant n'a pas pénétré dans la partie atélectasiée. Trois séries d'expériences le prouvent.

Première série. — Injection de l'artère pulmonaire d'un poumon affaissé, sans insufflation préalable des vésicules aériennes.

Expérience I. — Pratiqué une fistule thoracique droite à un lapin, le 7 avril 1881, à deux heures et demie. Oppression très forte, diminuant après quelques heures ; l'animal est trouvé mort le 8, au matin.

A l'autopsie, système veineux modérément engorgé ; le ventricule gauche est dilaté. Le poumon droit atélectasié a une coloration uniforme rouge sombre lie de vin ; le bord postérieur du lobe moyen reste distendu par emphysème pulmonaire. Le poumon gauche a la coloration rosée normale ; il est emphysémateux au bord antérieur et au sommet et légèrement congestionné à la racine.

On injecte, sans insufflation préalable des bronches, une solution gélatineuse de bleu de Prusse dans l'artère pulmonaire. L'injection pénètre dans toute l'étendue du poumon sain ; elle passe à peine dans quelques grosses branches de l'artère pulmonaire du côté atélectasié. La différence de la pénétration ressort surtout avec une grande évidence quand on insuffle les bronches. La surface du poumon atélectasié est presque incolore, tandis que celle du poumon sain est colorée en bleu par des arborisations vasculaires très nombreuses.

Nous avons observé que le poumon atélectasié conserve, quand il est abandonné à lui-même, après insufflation, un volume supérieur à celui du poumon sain.

En pratiquant une coupe transversale des deux poumons, on constate que le poumon gauche est uniformément et fortement pénétré par la matière colorante. Le poumon droit est pénétré d'une manière très imparfaite ; la partie périphérique de ce poumon n'est pas pénétrée du tout ; il y a là une zone de 1 millimètre d'épaisseur qui est tout à fait incolore ; en outre, l'injection est irrégulièrement répartie dans l'épaisseur même de l'organe, et on trouve au centre une partie tout à fait incolore. Les lobes supérieur et moyen sont remarquables par leur anémie relative.

Expérience II. — Pratiqué fistule pleurale droite à un lapin, le 30 juin 1881, à 10 heures du matin.

Mort le 1er juillet, à 1 heure de l'après-midi.

Le poumon droit est atélectasié.

Le 2 juillet, à 11 heures du matin, injecté une solution gélatineuse de bleu de Prusse dans le tronc de l'artère pulmonaire, sans insufflation préalable des poumons.

Le poumon gauche (sain) s'injecte très facilement sous une faible pression ; la matière colorante se répartit uniformément partout.

Le poumon droit (atélectasié) reste beaucoup plus petit que le gauche ; l'injection ne pénètre presque pas ; on en trouve dans le lobe supérieur et à quelques rares places des lobes inférieurs.

La différence entre les deux poumons est des plus prononcées.

Deuxième série. — Injection de l'artère pulmonaire après insufflation préalable des poumons.

Expérience III. — Nous pratiquons, le 7 avril 1881, à 2 heures et demie, une fistule thoracique droite à un lapin, et nous maintenons la plaie béante par un tube en caoutchouc.

Oppression très forte qui se calme un peu dans la soirée. On trouve l'animal mort et raide le 8 avril, au matin.

A l'autopsie, le système veineux est gorgé de sang et le cœur est dilaté (cavité droite et oreillette gauche). Le poumon droit est complètement affaissé et présente une coloration uniforme lie de vin très sombre ; le poumon gauche est rosé.

Par l'insufflation, les deux poumons se laissent distendre, le droit un peu plus lentement que le gauche. Après insufflation, le poumon droit primitivement atélectasié est plus pâle que le gauche. Cette différence d'aspect persiste après le lavage.

On injecte l'artère pulmonaire au moyen d'une solution gélatineuse de bleu de Prusse.

L'injection passe facilement dans les branches de l'artère pulmonaire gauche ; elle pénètre très peu dans l'artère du côté atélectasié.

La différence d'aspect que présentent les deux poumons est très frappante. Elle ressort davantage quand on pratique l'insufflation des deux poumons.

La coupe transversale du poumon rend surtout évidente la différence de pénétration de la matière colorante entre les deux côtés.

Le poumon atélectasié est beaucoup moins pénétré que le poumon sain ; le résultat est extrêmement prononcé à la partie périphérique du poumon dans une zone de 1 millimètre d'épaisseur.

Il y a donc eu pénétration moins facile dans l'artère pulmonaire du côté du poumon atélectasié.

Nous avons constaté un autre caractère que nous avons retrouvé sur tous les animaux opérés : le poumon atélectasié est considérablement réduit de volume par rapport au poumon sain ; l'insufflation d'air par la trachée lui rend son volume primitif et l'affaissement consécutif lui laisse ensuite un volume supérieur à celui du poumon sain.

Expérience IV. — Établi une fistule pleurale droite à un lapin le 23 juin 1881, à 11 heures du matin.

L'animal survit jusqu'au 28 juin, avec persistance de la plaie pleurale.

On le sacrifie. A l'autopsie, atélectasie du poumon droit, excepté le lobe supérieur où il y a des adhérences nombreuses ; la plèvre est couverte de fausses membranes. Le poumon gauche est atélectasié dans son lobe supérieur ; le lobe inférieur est sain.

On insuffle les bronches à une pression faible ; le poumon gauche ne se laisse insuffler que dans le lobe inférieur ; le poumon droit ne se laisse pas distendre par l'insufflation, excepté dans quelques parties des lobes supérieur et inférieur.

On pratique une injection de solution gélatineuse de bleu de Prusse dans le tronc de l'artère pulmonaire.

---

(1) Voir le numéro du 18 août 1883.

La pénétration du lobe inférieur gauche (sain) est parfaite ; celle du lobe supérieur (atélectasié), presque nulle.

A droite, les lobes inférieur et moyen (atélectasiés) ne sont presque pas pénétrés de matière colorante ; le lobe supérieur (incomplètement affaissé) s'est laissé un peu pénétrer.

Cette expérience présente un intérêt particulier, à cause de l'existence, en foyers disséminés, de l'atélectasie dans les deux poumons. Les parties atteintes de collapsus dans les deux poumons n'ont pas été pénétrées par l'injection poussée dans le tronc de l'artère pulmonaire, alors que cette même injection pénétrait librement et régulièrement dans les lobes non collabés.

Troisième série. — Auto-injection par le bleu d'aniline chez des animaux atélectasiques.

Expérience V. — Pratiqué une fistule pleurale droite à un lapin, le 29 juin 1881, à 10 heures et demie du matin.

A 1 heure, injection dans la veine jugulaire droite de 62 centimètres cubes d'une solution gélatineuse de bleu d'aniline.

L'animal est sacrifié à 4 heures.

Autopsie pratiquée immédiatement. On distingue partout la coloration bleue des vaisseaux ; elle est surtout manifeste à la surface des os.

Le poumon droit est atélectasié et non coloré en bleu. Le poumon gauche est atélectasié au hile ; il est pénétré de matière colorante bleue partout, sauf à la région collabée.

Nous pratiquons l'insufflation des deux poumons. Elle se fait très facilement et d'une manière complète à gauche sous une pression faible ; elle échoue à droite à la même pression. En la pratiquant avec plus de force, on finit par distendre également les deux poumons ; le poumon gauche reste coloré en bleu, le poumon droit ne l'est pas du tout.

Expérience VI. — Pratiqué fistule pleurale droite à un lapin, le 30 juin, à 10 heures du matin.

Le 1er juillet, à 3 heures, on injecte 75 centimètres cubes de solution de bleu d'aniline dans la veine jugulaire droite ; on pratique cette injection très lentement, l'opération dure trois quarts d'heure. Au bout de ce temps, l'animal est atteint de convulsions et succombe.

Autopsie immédiate : le poumon droit est affaissé, surtout dans le lobe inférieur ; on distingue une pénétration très modérée de la matière colorante dans les deux lobes supérieurs ; elle est nulle dans le lobe inférieur, qui est complètement atélectasié.

Le poumon gauche est fortement et uniformément pénétré de matière colorante bleue.

L'insufflation modérée distend le poumon gauche (sain) et laisse le poumon droit (atélectasié) intact.

L'insufflation forcée distend également les deux poumons et fait mieux ressortir la coloration de ces organes ; le poumon gauche est uniformément teinté de bleu, le poumon droit ne l'est pas du tout dans son lobe inférieur primitivement collabé ; il l'est très légèrement dans les deux lobes supérieurs.

De ces expériences, il ressort donc que *l'injection d'une solution gélatineuse de bleu de Prusse dans le tronc de l'artère pulmonaire ne pénètre pas dans les branches de ce système du côté atélectasié.*

D'autre part, le procédé d'auto-injection a permis d'établir que *sur le sujet vivant la circulation du sang est arrêtée dans l'artère pulmonaire du côté atélectasié alors qu'elle continue à se faire du côté non atélectasié.*

Ces différentes expériences ont en outre fait connaître certains caractères anatomiques : coloration rouge sombre, engorgement veineux considérable, pâleur du tissu atélectasié après insufflation.

Et le fait fondamental qu'on peut recueillir, c'est que l'arrêt de la respiration par atélectasie entraîne l'arrêt de la circulation du sang dans l'artère pulmonaire.

Pour démontrer que la proposition contraire est vraie, c'est-à-dire que l'arrêt de la circulation pulmonaire détermine l'atélectasie, M. Rommelaere insiste sur trois ordres d'arguments :

1° Les données que fournit l'étude de la distribution anatomique du double réseau vasculaire de l'appareil respiratoire ;

2° L'étude des conditions qui régissent l'existence des atélectasies fœtale et congénitale ;

3° L'observation de ce qui se passe dans certains états morbides, dans lesquels les vésicules pulmonaires sont profondément lésées dans leur structure et dans leur activité, par suite de modifications dans l'appareil de la petite circulation.

Le système vasculaire de l'appareil respiratoire se compose de deux sections en grande partie indépendantes l'une de l'autre. L'une, les artères bronchiques, sont destinées à la nutrition du tissu pulmonaire ; l'autre, les branches de l'artère pulmonaire, ont simplement une fonction hématosique. Par conséquent, l'arrêt de la circulation dans les artères bronchiques entraînera la gangrène, l'arrêt de la circulation dans l'artère pulmonaire entraînera l'affaissement du réseau capillaire terminal, c'est-à-dire l'affaissement des vésicules pulmonaires. Comme dans ces alvéoles, c'est l'élément élastique qui domine, il arrivera que celui-ci ne pourra plus se distendre si le sang ne vient plus dilater les ramifications artérielles.

« Les conditions qui, chez l'enfant, produisent l'absence de la respiration, résident dans l'absence de la circulation pulmonaire, par suite de l'existence du trou de Botal et du trou ovale. Le système vasculaire préexiste, complet dans toutes ses divisions, et les canaux bronchiques sont libres de toute entrave. Pourquoi ceux-ci ne laissent-ils pas pénétrer l'air ? Parce que la circulation pulmonaire n'existe pas et que le déplacement des alvéoles ne peut pas s'effectuer par suite de l'absence de la circulation pulmonaire. »

Dans les cas d'emphysème arrivé à un développement extrême, il y a arrêt de la circulation pulmonaire. C'est ce qui ressort de recherches de Rossignol. Donc l'arrêt de la petite circulation entraîne l'inutilité des alvéoles pulmonaire et cette inutilité peut se traduire par de l'atélectasie ou par un emphysème exagéré.

La seconde proposition de M. le professeur Rommelaere se trouve donc ainsi démontrée par ces trois ordres de faits.

Ce remarquable travail, comme on a pu en juger, a apporté de nouvelles idées sur l'atélectasie pulmonaire chez les adultes. Nous sommes convaincu que M. Rommelaere a bien mérité de la science ; quant à nous, nous y avons puisé les éléments d'un diagnostic que nous n'avions pu établir auparavant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juillet 1883. — Présidence de M. Millard.

COMMUNICATIONS

Variole. — M. Gombault, chargé des varioleux à Saint-Antoine, a reçu, pendant le mois de décembre 1882 et les six premiers mois de l'année 1883, 31 malades ayant contracté la variole à l'hôpital. Trois de ces malades ont pris la variole dans la salle des varioleux où ils avaient été placés par erreur, ce qui laisse un chiffre de 28 cas intérieurs dans l'espace de sept mois. Il y a 14 hommes et 14 femmes. Parmi les 14 hommes, 8 venaient des

salles de chirurgie, 6 des salles de médecine. Pour les femmes, 10 venaient des salles de médecine, 4 des salles de chirurgie.

Les mois de mars et avril donnent, à eux seuls, un chiffre plus élevé que celui qui est fourni par les cinq autres mois. Sur les 28 cas, il n'y a eu qu'un décès. Cependant ces varioles sont loin d'être toutes bénignes. On peut ainsi les classer : Pour les hommes, 3 varioles discrètes, 4 cohérentes, 7 varioloïdes ; pour les femmes, 3 varioles discrètes, 2 hémorragiques, 4 cohérentes, 5 varioloïdes.

La métallothérapie à l'Hôtel-Dieu en 1879, dans le service de M. le professeur Panas. — M. BURQ fait sur ce sujet la communication suivante. (Voir plus haut.)

Abcès périnéphrétique. — M. LANTIER communique une observation d'abcès périnéphrétique chez un homme de 30 ans, jouissant ordinairement d'une bonne santé. La maladie avait débuté par un phlegmon de l'aisselle se prolongeant sous le grand pectoral. Ce phlegmon, traité par l'onguent napolitain et les cataplasmes, s'était terminé par résolution; mais au moment où la tumeur avait à peu près complètement disparu, des douleurs abdominales et lombaires du côté gauche étaient survenues, suivies bientôt de la formation d'un phlegmon périnéphrétique. Celui-ci eut la même marche et la même terminaison par résolution que le phlegmon de l'aisselle sans qu'il y ait eu aucune évacuation de pus. Le malade est actuellement parfaitement rétabli.

Inosurie. — M. LABOULBÈNE appelle l'attention de ses confrères sur l'inosurie succédant au diabète glycosurique vrai et paraissant avoir une action favorable.

Après avoir rapporté succinctement l'observation de trois malades qui, après avoir été franchement glycosuriques, ont cessé d'avoir le sucre caractéristique dans leurs urines, mais chez lesquels la présence de l'inosite a été nettement, quoique difficilement, constatée, il cite trois autres faits d'inosite chez des malades primitivement glycosuriques. Chez tous ces malades, l'amélioration et le retour à la santé coïncidèrent avec l'apparition de l'inosite dans les urines. De ces quelques faits, et tout en appelant de nouvelles recherches à l'appui, M. Laboulbène se demande si l'on ne serait pas en droit de conclure que l'inosurie, succédant à la glycosurie vraie, est un signe pronostique favorable. En tout cas, dit-il en terminant, c'est à l'avenir qu'appartient la solution de ce problème.

Réfrigération et fièvre typhoïde. — M. DUMONTPALLIER, dans une troisième note, tient à établir surtout et de nouveau que l'opinion qu'il a soutenue, dans ses précédentes communications, sur la réfrigération du corps humain dans les maladies hyperthermiques et en particulier dans la fièvre typhoïde, est fondée à la fois sur l'observation clinique et sur la physiologie expérimentale.

Des considérations que j'ai exposées, dit-il, ne suis-je pas en droit de conclure : 1° que, d'une façon générale, la réfrigération de la surface du corps ne détermine pas de congestions thoraciques, abdominales ni encéphaliques; 2° que la réfrigération méthodique, c'est-à-dire lente, progressive et mesurable, ne saurait être accusée d'exposer les malades à aucune complication congestive viscérale; 3° que la méthode réfrigérante abaisse la régulation thermique et cela de jour en jour, diminue les congestions organiques et conjure les accidents qui sont dus à l'hyperthermie; 4° la méthode de Brand mérite donc d'être sérieusement expérimentée.

Méthode de Brand. — A la suite de cette communication, **M. MILLARD** propose à ses confrères d'émettre le vœu suivant : « La Société médicale des hôpitaux, frappée de la diminution de mortalité dans les armées allemandes par l'emploi de la méthode de Brand, émet le vœu que cette méthode soit appliquée dans toute sa rigueur dans un ou deux hôpitaux militaires français, lesquels seuls disposent du personnel nécessaire pour qu'elle puisse être réellement expérimentée. »

Ce vœu, n'étant appuyé par aucun des membres présents de la Société, est retiré par son auteur.

Pleurésie purulente et empyème. — M. DEBOVE présente un jeune homme de vingt-trois ans entré dans son service le 21 mai dernier pour une pleuro-pneumonie. Très souffreteux depuis quelque temps déjà, il avait été pris tout à coup le 15 mai dernier d'un frisson et d'un point de côté à gauche. Si la chute de la température à 37°,6 indiquait le 28 la fin de la pneumonie, par contre son relèvement les jours suivants à 39° et à 40° le 6 juin montra que l'on restait en face d'une pleurésie. En effet, l'épanchement était considérable et les exacerbations vespérales ainsi que l'œdème de la moitié inférieure du tronc, des membres inférieurs et de la face permettaient de supposer qu'il était de nature purulente. Aussi, dès le 7 juin, M. Debove pratiquait la thoracenthèse et retirait un litre de pus; à la suite de cette opération, les phénomènes fébriles diminuaient rapidement, ainsi que la dyspnée. Mais l'amélioration n'était que passagère, et huit jours plus tard la température remontait à 39° et 40°. C'est alors qu'il se décida à pratiquer l'empyème, le 16 juin, malgré le mauvais état général du malade.

L'incision fut pratiquée dans le cinquième espace intercostal et un peu en arrière. Elle donna lieu à l'écoulement de quatre litres de pus. Le 7 juillet, le drain fut retiré et le 9 la plèvre avait cessé de communiquer avec l'extérieur; il ne restait plus qu'une petite plaie bourgeonnante. Pendant ce temps, une seule fois la température se releva à 38°,9, mais cet accident put être attribué en toute certitude à une oblitération du drain. Le malade fut guéri en trois semaines.

Si, malgré un état général détestable, M. Debove obtint un si beau succès, il croit devoir l'attribuer : 1° à la rapidité de l'intervention, car, en retardant l'opération, des lésions de la plèvre eussent empêché le poumon de reprendre son volume; 2° à l'application rigoureuse des procédés antiseptiques. En effet, M. Debove s'est conformé aux principes énoncés par M. Wagner, c'est-à-dire lavage de la partie gauche du thorax à l'eau phéniquée, désinfection de tous les instruments, incision dans le cinquième espace intercostal, lavage de la plèvre à l'eau bouillie (un seul lavage), introduction d'un gros drain, pansement de Lister, pansements aussi rares que possible.

Il est donc évident que si toutes ces précautions sont soigneusement observées, la guérison de la pleurésie purulente deviendra la règle alors qu'elle était l'exception.

Motion. — Le rapport de la commission nommée pour étudier la question de l'isolement des varioleux devant exiger un certain temps avant de pouvoir être présenté, **M. DEBOVE** demande que d'ores et déjà la Société émette le vœu, en l'appuyant de toute son autorité, que l'administration de l'Assistance publique exige désormais de tout candidat à l'externat un certificat de revaccination, ainsi que de tout élève qui veut suivre les hôpitaux.

M. BUCQUOY appuie vivement cette motion; il demande aussi que la mesure soit appliquée à tout étudiant en médecine.

La proposition de M. Debove est adoptée à l'unanimité.

La séance est levée à cinq heures un quart.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris, publiée sous les auspices de l'Administration de l'Assistance publique (1).

Par M. Léon Brièle, archiviste de l'Administration.

I

Le premier volume de cette intéressante collection est entièrement consacré aux délibérations de l'ancien Bureau de l'Hôtel-Dieu

(1) In-4°. — Paris, Alphonse Picard.

de Paris, dont les premières remontent à 1531 pour se continuer jusqu'en 1791, c'est-à-dire pendant une durée de plus de deux siècles.

Cette belle collection forme assurément un des plus beaux monuments historiques, non seulement de l'histoire des hôpitaux, mais aussi du vieux Paris, et ce n'est pas sans une certaine émotion que l'on songe à la perte irréparable que sa destruction aurait entraînée.

Ces documents manuscrits sont non seulement uniques, mais, avant la publication dont nous parlons, ils étaient complètement inédits : jamais personne n'avait fouillé ces trésors que l'on tenait du reste dans une retraite inaccessible à tous.

L'ouvrage de M. Brièle vient donc éclairer d'un jour tout nouveau l'histoire de nos hôpitaux et principalement celle de l'Hôtel-Dieu, qui se trouve contenue dans les documents dont nous allons parler.

Comme son nom l'indique, le travail autorisé par l'Assistance publique ne contient aucune appréciation des faits qui y sont relatés, c'est pour ainsi dire un travail impersonnel, une simple énumération des actes accomplis, en un mot la vulgarisation de pièces intéressantes et un appel à tous ceux qui s'occupent d'histoire, soit au point de vue médical, soit au point de vue social.

C'est dans l'ordre chronologique que les faits nous sont présentés ; aussi pouvons-nous suivre, année par année, les délibérations du Bureau de l'Hôtel-Dieu, parmi lesquelles beaucoup sont étrangères à la médecine et sont consacrées à l'administration des hôpitaux d'alors.

Nous plaçant à un point de vue purement médical, nous négligerons ces questions administratives pour ne nous intéresser qu'à celles qui se rapportent à l'histoire de notre art.

Le premier fascicule du premier volume comprend une période d'environ un siècle et demi, la dernière délibération datant de 1674.

Il faut arriver jusqu'au 22 novembre 1536 pour trouver une délibération intéressant l'exercice de la médecine ; cette délibération nous apprend qu'à cette époque les malades de l'Hôtel-Dieu étaient visités seulement deux fois par semaine, sauf les cas exceptionnels, et qu'il était alloué 40 livres tournois à Mathurin Taubouet, licencié en médecine, chargé de ce service.

Ce service était à peine installé, que la nécessité d'un inspecteur médical se fit sentir, et l'on nomma à cet emploi *maistre Jehan Guydo*, docteur régent en la Faculté de médecine, en l'Université de Paris, qui fut également chargé de l'inspection des médicaments et reçut en indemnité une somme de 60 livres portée à 100 en 1541. En cette même année, un chirurgien fut attaché à l'Hôtel-Dieu et ce fut *maistre es-ars et cirurgien Jehan de May* qui reçut en gages 30 livres tournois.

A la mort de Guydo, *Jehan Le Vasseur*, docteur en médecine, le remplaça en 1547 aux mêmes gages, tout en étant obligé de visiter les malades trois fois la semaine, hors le temps de peste. En 1561, il est ordonné au chirurgien de l'Hôtel-Dieu, alors *maistre Cosme Roye*, d'envoyer aux commissaires de la communauté des pauvres tous les malades vérollés afin de les faire soigner séparément et d'en faire le relevé exact.

En 1572, le Bureau de l'Hôtel-Dieu rendit une ordonnance au profit de *maistre Balthazar Delaistre*, chirurgien dudit Hôtel-Dieu, et de ses serviteurs, leur accordant une chopine de vin et une miche bise le matin, avec un pied de mouton pour ledit Delaistre, quand ils iront panser les malades et autant le soir s'ils y vont.

Une épidémie de dysenterie ayant éclaté en 1578, nous voyons qu'à l'Hôtel-Dieu tous les malades furent traités par ordre du médecin avec des décoctions faites avec du vin. Mais l'administration trouva meilleur de le remplacer, après un certain temps, par du lait, voulant ainsi s'immiscer aux choses de la médecine : ce dont, de nos jours, elle ne semble pas encore avoir perdu l'habitude.

Une délibération, en date de 1586, est particulièrement intéressante en ce qu'elle nous fait connaître la situation des médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu ; c'est un refus donné par l'administration au chirurgien et au médecin qui demandaient une augmentation de gages. Ce refus est motivé, pour le médecin, parce qu'il reçoit 400 livres tournois par an et que la peste n'existant pas, il peut exercer en ville. Quant au chirurgien, il lui est fait observer que l'Hôtel-Dieu lui loue pour 45 livres une maison qui en vaut 200, et qu'en outre on lui paie 29 livres de gages par an.

Ces quelques lignes nous montrent en effet que les hommes de l'art étaient pour ainsi dire sous la dépendance des membres du Bureau, qui les nommaient où les refusaient selon leurs préférences ; ce ne sera que beaucoup plus tard, en 1625, que nous verrons deux médecins, deux chirurgiens et deux barbiers composer le jury d'admission. Il était entendu également que ces médecins et chirurgiens devaient donner tout leur temps aux malades de l'hôpital, mais on leur laissait la latitude d'exercer en ville quand la peste ne régnait pas à Paris. La délibération concernant la réception de *maistre Simon Bazin* en 1601, nous fait voir dans quelle infériorité était placé le chirurgien vis-à-vis du médecin ; ce dernier avait la haute autorité sur lui et le considérait plutôt comme un infirmier d'une classe supérieure que comme un chef de service ; cette délibération est ainsi conçue :

« Cedict jour (22 août 1601) la Compagnie a receu maistre Simon Bazin, docteur régent en la Faculté de médecine, pour servir les pauvres dudict Hostel-Dieu de son estat de médecin, aux gaiges ordinaires et accoustumez, à la charge que, advenant la malladye et contagion de peste, il assistera les pauvres et secourera ledit hostel Dieu, sans qu'il s'en puisse absenter, et outre ce, qu'il certiffiera quelquefoys, ladicte compagnye estant audict Bureau, de lestat desdits pauvres, *tiendra aussy la main à ce qu'ilz soient bien pensez et médicamentez par les chirurgiens*, afin que toutes choses y soient bien réglées et ordonnées. »

D'ailleurs les chirurgiens étaient des maîtres chirurgiens barbiers dont les connaissances et le dévouement n'étaient souvent pas à la hauteur des fonctions qu'on leur confiait ; c'est ainsi qu'en 1606 un chirurgien barbier refuse de soigner les malades de la peste, alléguant qu'il y avait danger à cela. C'est même à ce sujet que la Compagnie nomma des élèves barbiers pour panser les malades et demanda pour eux le privilège de gagner maîtrise après six ans de service ; de là l'origine de cette rivalité qui exista plus tard entre les chirurgiens nommés par la Société des chirurgiens de Paris et ceux nommés par le Bureau de l'Hôtel-Dieu.

Nous trouvons encore, dans ces précieux documents, le nombre de malades que l'Hôtel-Dieu recevait en 1615. Ce nombre s'élevait à *huit cents* et S. Bazin, seul médecin pour les saigner, encore ne leur consacrait-il que quatre heures par jour, deux le matin et deux le soir. L'encombrement était tellement grand que ces malheureux étaient couchés jusqu'à quatre dans le même lit, si bien qu'au moment des chaleurs, craignant l'invasion de la peste, il fut publié que désormais les hommes malades seraient envoyés à l'hôpital Saint-Louis, et que l'Hôtel-Dieu serait exclusivement réservé aux femmes. C'est à cette occasion également que le Bureau ordonna qu'un médecin serait spécialement attaché à l'Hôtel-Dieu sans pouvoir être occupé ailleurs. Ce médecin fut d'abord logé et nourri à l'hôpital, mais il n'en fut pas de même pour son successeur qui, en compensation, reçut annuellement une somme de 1,200 livres.

D[r] O. Guillier.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

302. M. Du Périer. Contribution au diagnostic des ulcérations de la langue. — 303. M. Sombret. De l'emploi du naphtol dans quelques affections cutanés. — 304. M. Gendron. Étude sur la pyléphlébite suppurative. — 305. M. Monnereau. Recherches expérimentales sur l'intoxication saturnine par la surface cutanée. — 306. M. Hamon. De la paralysie pseudo-hypertrophique. — 307. M. Ertaud. De la malaxation de l'œil après la sclérotomie dans le glaucome. — 308. M. Sauvage-Allain. De l'extraction de la cataracte sénile, méthode à lambeau phlériphérique sans iridectomie. — 309. M. Fontagny.

De la forme méningitique de la fièvre typhoïde chez les enfants. — 310. M. Dubousquet-Laborderie. Considérations à l'appui d'une des variétés étiologiques de l'hématocèle utérine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Les décès cholériques ont été pour toute l'Égypte de 638 le 8 août, 642 le 9, 702 le 10, 861 le 11, 827 le 12, 409 le 13 et de 737 le 15, soit un total de 4,816, ou une moyenne de 688 par jour.

Pendant ces sept journées, la mortalité cholérique a été de 241 pour le Caire et 746 en y comprenant la journée du 15 août; elle a été de 171 pour la ville d'Alexandrie (moins la journée du 11 dont le chiffre des décès fait défaut) et 215 avec la journée du 15.

16 août. Alexandrie, 41; le Caire, 6. — 17 août. Alexandrie, 52; le Caire, 4. — 18 août. Alexandrie, 31; le Caire, 1.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Brousse est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Baumel, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Ramakers, délégué dans les fonctions de prosecteur, est nommé prosecteur.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Poisson, chargé du cours d'anatomie, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Fallet, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Paul Pion est institué, pour une période de 9 ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes et d'accouchements.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14937.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » . — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Guérison spontanée des abcès froids par congestion. — Double hydrocèle de la tunique vaginale, infécondité temporaire, guérison par la ponction suivie de l'injection iodée. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Congrès international des sciences médicales (8e session, Copenhague 1884). — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance presque nulle. Rien qu'une lecture de M. le docteur Bailly (de Chambly) à propos du dernier mémoire de M. Burq.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Guérison spontanée des abcès froids par congestion.

(Leçon recueillie par M. BRUNON, interne du service.)

Plusieurs fois déjà je vous ai fait une recommandation que je veux renouveler aujourd'hui, tant est grande son importance à mes yeux : *N'ouvrez les abcès par congestion que lorsqu'ils sont sur le point de s'ouvrir spontanément.*

L'observation de la jeune fille de quatorze ans que vous voyez au n° 16 de la salle Sainte-Rose vient à l'appui de ce précepte.

Voilà une enfant pauvre, privée des soins de sa mère, et qui dès ses premières années a été mise dans un asile où sa nourriture, due à la charité, était peu abondante ; de plus, le père est mort fort peu de temps après la naissance de l'enfant, et c'est là un fait qu'on doit mettre encore en ligne de compte, comme antécédents fâcheux : un père valétudinaire ne donne guère naissance à des enfants robustes.

L'année dernière, les religieuses de l'asile remarquèrent à la région pectorale droite de l'enfant une tuméfaction faisant un léger relief sous les vêtements ; l'enfant n'avait rien remarqué elle-même. Il est probable cependant qu'elle avait dû éprouver quelques douleurs dans ce point, mais les enfants oublient vite. Quoi qu'il en soit, sur l'ordre des religieuses, qui conseillèrent à la mère de voir un chirurgien, celle-ci reprit sa fille avec elle.

Quand on me l'amena, au mois d'avril dernier, je constatai la présence de deux tumeurs occupant la région pectorale droite. Il y avait dans l'épaisseur de la peau une petite tumeur rouge située en dessous de la clavicule et ayant le volume d'une noisette : c'était manifestement une gomme scrofuleuse. Ce fut pour moi un indice, et immédiatement j'établis, pour mon diagnostic, un lien de parenté entre les deux tumeurs.

Dans la première, je constatai une fluctuation très nette, sans réductibilité ni battements, et de plus une sensation de frottements multiples dus probablement à la présence de flocons albumineux et de petites masses caséeuses contenues dans l'abcès. La tumeur avait le volume d'une grosse orange ; elle était contenue dans la gaine du grand pectoral, car pendant la contraction du muscle elle était tendue et perdait sa mobilité.

Les phénomènes contraires apparaissaient si on saisissait le pectoral au repos.

Les deux mamelles étaient d'ailleurs à une période égale de développement.

Quel pouvait être le point de départ de cette tumeur ? L'hésitation n'était possible qu'entre la première côte et l'apophyse coracoïde.

Ayant remarqué que du bord supérieur de la tumeur vers l'apophyse coracoïde il y avait un empâtement, peu marqué, il est vrai, mais réel cependant, j'en conclus que la poche purulente fusant d'abord dans la gaine du petit pectoral l'aurait traversée et finalement aurait envahi celle du grand pectoral.

L'état général de la petite malade était excellent d'ailleurs.

En suivant le précepte que je vous ai rappelé tout à l'heure, je me suis abstenu de toute intervention en prévision de la guérison spontanée, mais sachant que cette guérison est rare en somme. Toutefois, la santé relativement bonne de la petite malade me la faisait espérer. Les exemples de guérison de ce genre ont été déjà observés par David (de Rouen), Nélaton, Bouvier ; j'en ai rapporté moi-même deux exemples dans ma chirurgie journalière (1).

Quand cette guérison se fait, c'est par le mécanisme suivant : la lésion osseuse guérit, l'os primitivement malade se répare, et alors ou bien la partie séreuse de l'épanchement se résorbe d'abord, puis les globules du pus subissent la dégénérescence graisseuse et sont finalement résorbés eux aussi ; ou bien l'abcès s'enkyste. Il existe alors une tumeur qu'on peut ouvrir ou enlever plusieurs mois, un an après, si elle reste stationnaire ; on traite alors le mal comme un simple kyste.

(1) Després, *Chirurgie journalière*, deuxième édition, p. 247. — La malade citée a été revue depuis la publication de ce livre, et elle était entièrement guérie.

Dans le cas qui nous occupe, la marche de la maladie a été très remarquable. Pendant le premier mois de séjour à l'hôpital, la tumeur a un peu augmenté de volume; pendant le deuxième mois, elle est restée sensiblement stationnaire; et depuis que le troisième mois est commencé, elle diminue de volume de jour en jour; elle est aujourd'hui en voie de guérison et réduite à presque rien.

Voilà donc un exemple rare d'abcès froid guéri seul.

Je vous répète qu'il existe des observations de ce genre. Vous trouverez des observations de Bouvier et de ses élèves, dans les bulletins de la Société anatomique, montrant des abcès du mal de Pott en voie de guérison; les malades sont morts d'une autre maladie telle que la rougeole, et à l'autopsie on a trouvé des poches revenues sur elles-mêmes et contenant une sorte de mastic. Il s'agit dans ces cas d'abcès par congestion liés à des lésions des vertèbres, os qui guérissent difficilement de la carie.

Ce fait est le troisième que j'observe. Il est vrai que j'ai vu aussi des abcès froids ponctionnés et traités par l'injection de teinture d'iode et qui ont guéri.

J'attribue leur guérison à ce fait : que, comme dans le cas actuel, ils étaient déjà en voie de guérison.

Supposez un de ces cas; substituez à la teinture d'iode l'acide phénique aujourd'hui à la mode, et vous aurez un de ces cas, assez rares du reste, dont les partisans de la méthode de Lister sont vainement si fiers.

Il faut toujours penser à cette terminaison possible chez les malades qui ont une apparence de santé satisfaisante. Mais, si l'os malade n'est pas guéri, l'abcès n'est pas guérissable, et son ouverture est tout simplement la première étape vers la mort, plus ou moins prochaine. C'est Velpeau qui a dit cela jadis, et aujourd'hui encore il a raison.

Dans quelques cas, l'ouverture est permise : s'ils gênent les mouvements du membre, s'ils sont un obstacle à la digestion en comprimant un organe essentiel, on est autorisé à hâter l'ouverture; mais il vaut mieux, je le répète, ne les ouvrir que s'ils menacent de s'ouvrir spontanément. Mais alors prenez quelques précautions : facilitez l'écoulement du pus en plaçant un drain; manœuvrez de façon que les parois de la poche puissent revenir sur elles-mêmes et empêchent l'entrée de l'air autant que possible; ne pressez jamais avec énergie sur la poche, laissez-la se vider d'elle-même en proportion du retrait de ses parois. Vous éviterez l'entrée de l'air dans le foyer et vous serez à l'abri de cette inflammation dite putride dont les chirurgiens étaient autrefois très effrayés.

Nota. — Au moment où cette leçon est sous presse, la tumeur est entièrement disparue et l'enfant va quitter l'hôpital. Elle a suivi pour tout régime, pendant les trois mois qu'elle séjourna à l'hôpital, le sirop d'iodure de fer et de la tisane de houblon, et a pris quelques bains sulfureux, deux par mois.

DOUBLE HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE

INFÉCONDITÉ TEMPORAIRE, GUÉRISON PAR LA PONCTION SUIVIE DE L'INJECTION IODÉE.

Par M. le docteur G. DESMAROUX (d'Huriel).

L'influence d'une hydrocèle double sur la fécondité de l'homme m'a paru une circonstance assez rare pour mériter d'être signalée à l'attention des praticiens.

Le nommé P..., âgé de cinquante-sept ans, robuste cultivateur de nos environs, père de trois enfants, est atteint depuis plus de deux ans, à la région des bourses, d'une tumeur qui s'est développée lentement, mais progressivement. Peu à peu cette tumeur avait fini par prendre des proportions telles qu'elle gênait, empêchait presque la marche et occasionnait par son propre poids des tiraillements douloureux.

Incommodé par ce fardeau morbide et ne pouvant plus vaquer à ses occupations habituelles, P... me fit appeler dans le but de se soumettre à une opération, s'il y avait lieu.

Envisagé dans son ensemble, le scrotum représente assez exactement une masse volumineuse qui serait comme formée par une poire énorme à grosse extrémité dirigée en bas, tandis que le sommet se prolongerait jusqu'à l'anneau inguinal. Le toucher donne la sensation d'un corps dur, tendu, uni, rénitent, non douloureux. L'examen à la lumière d'une bougie révèle la présence d'une translucidité complète dans toute son étendue, depuis le fond jusqu'à la partie supérieure des bourses.

Le 7 novembre, je pratiquai l'opération curative de l'hydrocèle. La ponction donna issue à une assez grande quantité de sérosité claire et limpide. Un mélange de teinture d'iode et d'eau additionnée de quelques grammes d'iodure de potassium, suivant la formule :

Teinture d'iode.	50 grammes.
Eau distillée	150
Iodure de potassium.	4

fut ensuite doucement injecté et maintenu en place environ cinq minutes. A partir de cette époque, la tumeur qui autrefois était indolente, est devenue douloureuse. De plus, elle a changé de coloration, a augmenté d'abord de volume pour rester ensuite stationnaire, et aller progressivement en diminuant.

Cette particularité est du reste de règle générale toutes les fois que l'opération de l'hydrocèle suit la marche précitée, on peut être sûr que la guérison arrivera, sans récidive, et que ce n'est plus qu'une question de temps. En effet, le 15 décembre de la même année, notre malade, parfaitement guéri, pouvait reprendre son travail accoutumé, et depuis cette époque la guérison s'est maintenue.

Une conséquence tout à fait insolite et inattendue s'offrit alors à mon observation. Marié et père de trois enfants, P... était devenu stérile, depuis l'apparition et le développement de sa tumeur. Guéri, il avait dès lors recouvré son aptitude à la fécondation, ainsi qu'en témoignait la quatrième grossesse de sa femme, dont la délivrance heureuse fut suivie d'une fièvre puerpérale devenue rapidement mortelle.

Comme on le voit, le résultat de l'opération a été double, avantageux au mari, fatal à sa femme.

Dans l'histoire de la stérilité en général, on n'a peut-être pas jusqu'ici suffisamment tenu compte de l'influence de l'hydrocèle double sur l'infécondité virile. On peut se trouver dans l'obligation de prévenir son malade de la possibilité de voir à la suite de la cure réapparaître l'aptitude à la fécondation, et le praticien en pareille occurrence ne saurait garder le silence. Car cette considération pourra ne pas toujours être indifférente. Je ne rappellerai que pour mémoire les obstacles mécaniques que peut apporter cette affection dans l'acte de la reproduction; on comprend aisément que lorsque l'hydrocèle a acquis une certaine dimension, elle peut, par son développement, s'approprier la peau des tissus voisins, déformer le pénis au point de le cacher presque complètement et de rendre le coït impossible. Mais, dans ce cas particulier, cette donnée ne répond point à l'interprétation exacte du phénomène pathologique dont nous avons brièvement rapporté l'histoire. L'accomplissement du coït s'exerçant librement, il est très rationnel d'admettre que le liquide morbide, jouant à distance le rôle d'un véritable corps étranger, a agi par compression sur la

nutrition de la glande séminifère. Dès lors le sperme n'est plus apte à la reproduction : s'il renferme des animalcules, ceux-ci n'ont aucune propriété fécondante, ne peuvent acquérir tout leur développement ; frappés d'anémie, ils ne sauraient transmettre l'impulsion vitale qui leur manque. On s'explique ainsi que les tumeurs ou la tension à l'excès des testicules puissent devenir pour l'homme une cause d'infécondité persistante ou temporaire. Cette conséquence est toute physiologique.

C'est en effet ce que démontre cette observation, venant à l'appui de l'opinion émise par Roubaud et citée par MM. Siredey et Danlos à l'article STÉRILITÉ CHEZ L'HOMME, du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. XXXIII.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 août 1883. — Présidence de M. HARDY.

LECTURE

Le cuivre et ses prétendues propriétés prophylactiques. — M. BAILLY, de Chambly (Oise), s'attache à démontrer que le cuivre ne possède aucune des vertus préservatrices ou curatives qui lui ont été attribuées.

M. Bailly exerce la médecine depuis seize ans dans le village de Bornel, à la limite des départements de l'Oise et de Seine-et-Oise. Il est, en particulier, le médecin de l'usine de Bornel, qui emploie plus de cinq cents ouvriers à fabriquer des couverts et autres objets d'orfèvrerie en métal alfénide, composé de cuivre, d'étain et de zinc, où le cuivre entre dans une proportion considérable, jusqu'à 70, 80 et même 90 p. 100.

Or, dans les épidémies de fièvre typhoïde qui se manifestent de temps en temps dans la vallée où exerce le docteur Bailly, des ouvriers employés à la fabrique de cuivre ont été frappés par la maladie et ont payé le tribut le plus considérable à l'épidémie. D'où l'auteur conclut que le cuivre ne donne nullement aux cuivreux l'immunité contre la fièvre typhoïde.

Les cuivreux n'ont pas été davantage exempts de la diarrhée cholériforme. Ils n'ont pas été préservés de la rougeole, de la diphtérie, des oreillons, de la coqueluche, du charbon.

Le travail de M. Bailly a été renvoyé à l'examen de la commission chargée de l'examen du travail de M. Burq.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 août 1883. — Présidence de M. MILLARD.

COMMUNICATIONS.

Revaccinations.— M. MILLARD donne lecture d'une lettre de M. le directeur général de l'Assistance publique par laquelle il informe la Société que, conformément au vœu émis par elle, tous les internes, les externes et tout le personnel du service des hôpitaux et hospices seront soumis à la revaccination.

Le concours des accoucheurs. — M. MOUTARD-MARTIN informe la Société que, sur la demande du préfet de la Seine, il a retiré sa démission de membre du conseil de surveillance qu'il avait donnée à l'occasion du concours des accoucheurs des hôpitaux, les raisons pour lesquelles il avait donné sa démission n'existant plus.

M. LE PRÉSIDENT annonce la perte que la Société vient de faire dans la personne de M. Parrot.

Pleurésie purulente, empyème. — M. DUMONTPALLIER présente, comme faisant pendant à l'observation communiquée dans la dernière séance par M. Debove, un malade actuellement guéri d'une pleurésie purulente, également traitée par l'empyème.

Il appelle surtout l'attention sur des accidents épileptiformes, qui sont survenus plusieurs fois au moment du lavage de la cavité pleurale. Ce fait, dit-il, n'est pas rare, car il a déjà eu l'occasion de l'observer chez trois autres malades dans les mêmes conditions. Chez l'un d'eux, — il se trouve encore en ce moment dans son service, — les vertiges apparaissent dès qu'une petite quantité d'eau est introduite dans la plèvre, mais il suffit de retirer le tube à injections pour que les accidents cessent aussitôt.

M. MOUTARD-MARTIN a fait un grand nombre de fois l'empyème, il a toujours introduit le liquide avec force et en assez grande quantité dans la plèvre, sans jamais déterminer aucun accident. Il est vrai que le liquide ressortait par un ou deux autres tubes, à mesure qu'il pénétrait, de telle sorte qu'il ne donnait lieu à aucune tension dans la cavité pleurale.

M. DEBOVE rappelle qu'il a posé pour principes les trois règles suivantes : opérer de bonne heure, recourir aux pansements antiseptiques et rendre les lavages aussi rares que possible.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — M. ROBERT MOUTARD-MARTIN présente les pièces anatomo-pathologiques d'une jeune fille, morte le 22 juin dernier à l'hôpital Lariboisière, et dont il avait communiqué déjà l'observation à la Société, il y a près de deux ans, au mois de novembre 1881. Les premiers symptômes de la tuberculisation pulmonaire à laquelle elle a succombé se sont manifestés au commencement de l'année dernière. Ils ont été en s'accentuant de plus en plus, des excavations se sont produites aux deux sommets et la malade est morte sans que les signes et phénomènes de l'affection cardiaque dont elle était atteinte eussent été sensiblement modifiés.

L'autopsie faite le 24 juin a montré, en outre de la lésion pulmonaire caractérisée par des cavernes aux deux sommets, un rétrécissement préartériel de l'artère pulmonaire, occupant l'infundibulum et non l'orifice même de l'artère. Elle a fait reconnaître aussi l'existence d'une communication interventriculaire qui n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie.

De la spléno-pneumonie. — M. GRANCHER fait sur ce sujet la communication suivante :

Woillez a décrit sous le nom de congestion pulmonaire simple un état morbide du poumon, variable dans ses allures, ses signes physiques et sa durée ; de sorte qu'il est quelquefois difficile, au lit du malade, de s'entendre sur la valeur clinique de sa définition. Il me semble que si l'on pouvait dégager, dans ce groupe confus des hypérémies pulmonaires qui s'étend de la fluxion simple jusqu'aux frontières de la pneumonie, un ou deux types dont les signes physiques et les autres caractères cliniques auraient une certaine fixité, on rendrait un véritable service aux médecins.

Depuis longtemps j'ai remarqué, comme tous mes confrères, sans doute, que le diagnostic différentiel entre la pleurésie et certaines congestions pulmonaires n'est pas toujours facile. L'observation récente d'un malade, entré le 18 juillet dans mes salles, m'a décidé à vous soumettre l'étude d'un problème délicat, digne de votre attention. Permettez-moi de vous rapporter brièvement l'histoire de mon malade.

C'est un homme jeune (vingt-quatre ans), d'une bonne santé habituelle, qui tomba malade le 12 juillet, six jours avant d'entrer à l'hôpital, à la suite d'une ondée qu'il avait reçue dans la journée. Le soir même il fut pris d'un point de côté avec frisson et dyspnée et dans les jours suivants il fut obligé de garder la chambre, toussant un peu, sans cracher toutefois, souffrant toujours de sa douleur costale et de sa dyspnée.

Quand il vint à l'hôpital, il se plaignait des mêmes symptômes, il avait un peu de fièvre (38°,5), mais ne toussait ni crachait. L'examen de la poitrine fit voir qu'il existait dans toute la partie inférieure du côté gauche, depuis l'angle de l'omoplate jusqu'en

bas, tout le groupe des signes physiques de la pleurésie : matité notable avec affaiblissement considérable des vibrations, souffle aigu, égophonie pectorique aphone; tel fut, du reste, le diagnostic de mon interne et de tous les élèves de mon service. Cependant, malgré la constatation formelle des signes qui précèdent et pour les raisons que je vous donnerai plus loin, je gardais par devers moi cette opinion que la plèvre était saine et que le poumon était la cause unique de tous les symptômes. Je priai mon collègue et ami M. Rigal, avec qui je m'étais souvent entretenu de ces difficultés de diagnostic, de vouloir bien me donner son avis. Après un examen attentif, M. Rigal pensa qu'il existait un léger épanchement intra-pleural avec congestion pulmonaire, et, pour lever tous les doutes, il fit, séance tenante, avec la seringue de Pravaz, une ponction exploratrice dans le point où l'égophonie lui parut le plus manifeste. Cette ponction ne donna que quelques bulles d'air et une gouttelette de sang, l'aiguille étant entrée immédiatement dans le poumon. Il est inutile d'ajouter que cette exploration, ainsi que celles qui suivirent, fut tout à fait inoffensive. Il suffit, pour se mettre à l'abri de tout accident, de désinfecter la seringue, et, parmi les divers procédés, le plus simple et le meilleur, c'est le lavage à l'eau bouillante de l'aiguille et de la seringue, en changeant les caoutchoucs du piston. Le lendemain et les jours suivants, les mêmes signes physiques persistaient, le malade ne toussant pas, sauf quand il se mouvait; il était pris alors d'une petite toux sèche, sans expectoration.

Le 20 et le 21 juillet, je fis deux nouvelles ponctions et je pus constater que la seringue commençait à se remplir de bulles d'air quand l'aiguille était enfoncée à 8 ou 9 millimètres de profondeur, ce qui revient à dire, étant donné l'embonpoint du sujet, que la plèvre n'avait subi aucun épaississement notable et que le poumon était appliqué contre la paroi thoracique.

Le 22 juillet, je priai M. le professeur Potain de voir ce malade. Après l'avoir mis au courant des incidents que je viens de conter, M. Potain reconnut que les signes plaidaient pour une congestion pulmonaire avec épanchement, et me dit que si la preuve de la non-existence de cet épanchement n'avait pas été faite, il n'eût pas hésité à admettre la présence d'une couche liquide.

J'ai soumis ce malade à l'examen de plusieurs internes de l'hôpital, de jeunes médecins, et tous, dans l'ignorance de nos explorations, conclurent à l'existence d'une pleurésie. En effet, non seulement les signes de la pleurésie étaient réalisés, mais encore toute l'évolution de la maladie, son début, sa marche, sa localisation, etc. Je dois dire que pour toutes ces raisons très fortes, comme on le voit, mon collègue M. Blachez, à qui je montrai le malade, persista à penser qu'il existait une pleurésie gélatineuse, sinon une pleurésie avec épanchement. Il me semble toutefois difficile de faire cadrer cette opinion avec la preuve fournie par l'aiguille capillaire, que le poumon est à 8 ou 9 millimètres de la surface de la peau. Comment expliquer, dans ces conditions, que la matité, la diminution des vibrations, le souffle, etc., soient dus à un état pathologique de la plèvre?

M. Potain et M. Rigal n'ont pas hésité à admettre avec moi que le poumon était seul responsable de tous les symptômes, sans participation sérieuse de la plèvre.

Aujourd'hui le malade est encore dans ma salle, les signes physiques ont un peu diminué, le souffle est plus intense, plus limité, la matité est moins forte, les vibrations commencent à se percevoir, mais nous sommes au vingt-huitième jour de la maladie et c'est une ressemblance de plus avec la pleurésie légère qui dure, en moyenne, de quatre à cinq semaines.

J'ai dans mon service un autre malade albuminurique chez lequel la paracentèse a été faite à plusieurs reprises. Aujourd'hui l'anasarque et l'ascite ont disparu, mais il reste du côté gauche de la poitrine un ensemble de signes qui ont fait porter le diagnostic de l'hydro-thorax : matité, vibrations abolies, souffle doux, égophonie.....

Depuis plus de trois mois les signes physiques n'ont pas varié et, à l'origine, il souffrit pendant plusieurs jours d'un point de côté sans toux ni expectoration; de temps en temps la douleur thoracique reparaît, mais sans manifestation sensible des signes physiques. Chez cet homme, comme chez le précédent, les ponctions capillaires ont démontré que le poumon est appliqué contre la paroi thoracique, sans interposition d'aucun épanchement.

Voilà donc deux malades, chez lesquels tout médecin non prévenu conclura certainement ou à l'existence d'une pleurésie simple ou à l'existence d'un épanchement pleural avec congestion pulmonaire, et, cependant, il n'existe ni pleurésie, ni hydro-thorax, mais un état pathologique du poumon qui reproduit presque tous les traits des épanchements pleuraux.

Jusqu'à ce que le hasard nous fournisse par l'autopsie le moyen de décrire les lésions anatomiques, nous pouvons peut-être esquisser, sous toute réserve, la description d'un état pathologique qui ne serait ni la pneumonie franche, ni la congestion simple.

En réfléchissant à la manière dont les vibrations se forment et se perçoivent, on reconnaît qu'elles *naissent* dans le larynx, qu'elles se *propagent* dans les tuyaux bronchiques et qu'elles se *transmettent*, par le parenchyme pulmonaire, à la main appliquée sur le thorax. Dans l'espèce, l'absence complète de tout signe appartenant à une inflammation des bronches ou à leur compression ne permet pas de rapporter la diminution du frémitus thoracique à un défaut de propagation dans les canaux bronchiques, mais si la transmission par le poumon change avec les modifications de densité qu'il a subie, on conçoit que les alvéoles, à demi pleins d'un exsudat séro-albumineux mêlé de cellules épithéliales, se rapprochent plutôt de la densité des liquides que de celle des solides. Dans ces conditions, la masse pulmonaire doit opposer aux vibrations vocales qui traversent les bronches, à peu près le même obstacle qu'une couche de liquide intra-pleural. De fait, chacune des ponctions capillaires a fourni une goutte non de sang pur, mais de liquide séro-sanguinolent, où les globules rouges sont peu nombreux.

A l'appui de cette explication je puis citer plusieurs autopsies où le diagnostic de pleurésie, avec ou sans congestion, avait été porté, et où cependant le poumon était responsable de tous les signes, une symphyse pleurale ancienne ne permettant pas d'invoquer la présence, même temporaire, d'un épanchement.

Quel nom mériterait cette altération du poumon qui n'est ni la pneumonie franche lobaire, ni la congestion simple de Woillez, ni la congestion passive? On pourrait peut-être choisir le terme de *spléno-pneumonie*, qui s'applique assez bien à ce que nous savons de ces inflammations séro-albumineuses et épithéliales en même temps; mais je m'empresse de reconnaître qu'un examen histologique vaudrait mieux que les déductions, même les plus légitimes en apparence.

Le diagnostic de la pleuro-pneumonie et de la pneumonie subaiguë est très difficile, puisque l'application des notions classiques actuelles conduit presque infailliblement à l'erreur. J'ai été mis sur la voie du diagnostic différentiel, d'une part en étudiant attentivement les signes du *foyer* de la lésion, d'autre part en étudiant les phénomènes du *voisinage*. Les signes du foyer sont bien ceux d'une pleurésie, mais, et c'est la raison pour laquelle M. Potain et M. Rigal croyaient à une congestion pulmonaire concomitante, l'égophonie était plutôt de la broncho-égophonie que de l'égophonie pure; de même le souffle était moins doux et moins aigu que celui de la pleurésie.

Il faudrait donc, malgré la diminution des vibrations et la matité, n'affirmer l'épanchement intra-pleural que si l'égophonie est très pure et le souffle très aigu. Cependant ces deux signes n'ont toute leur valeur que dans les pleurésies simples, car si la pleurésie, comme il arrive souvent, se complique de congestion pulmonaire, l'égophonie perd sa pureté et le souffle son acuité. C'est donc surtout avec une congestion pulmonaire compliquée d'épanchement que le diagnostic de la spléno-pneumonie est difficile. Les raisons qui m'ont fait éloigner, dans les deux cas que j'ai cités, toute idée d'épanchement intra-pleural sont les suivantes : j'entendais, en les cherchant attentivement et au milieu du plus profond silence, quelques crépitations fines, discrètes, strictement limitées à l'inspiration; j'ajoute que, pour provoquer leur appari-

tion, il fallait faire tousser le malade et les saisir comme au vol dans la grande expiration qui suit la toux. Leur caractère de crépitation sèche d'une part, leur limitation rigoureuse à l'inspiration d'autre part, me semblaient devoir écarter de ma pensée les bruits dits *pleuraux* qui sont plus gros, plus humides et dispersés aux deux temps de la respiration.

Tous les médecins qui ont vu ces malades ont pu percevoir ces crépitations et les ont interprétées comme moi.

L'examen du *voisinage* me semble aussi précieux que celui du *foyer*; dans toute pleurésie, pour peu que le poumon soit intact, il se trouve refoulé et condensé au-dessus de l'épanchement, et l'on trouve, dans ce cas, au-dessus de la zone de matité, du souffle et de l'égophonie, une autre zone où les vibrations sont augmentées par rapport à l'état physiologique, tandis qu'elles sont abolies ou diminuées au-dessous. Chez les deux malades, dont j'ai rapporté l'histoire, ces signes du *voisinage*, dus à la condensation du poumon, n'existent pas; on passe du foyer aux régions voisines par gradation insensible, les vibrations paraissent accrues ainsi peu à peu, au lieu de reparaître brusquement et les phénomènes de la condensation pulmonaire manquent au-dessus des signes de la spléno-pneumonie.

Je n'affirme pas que ces deux éléments de diagnostic : crépitations, signes de voisinage, soient toujours suffisants et toujours fidèles; mais je pense que bon nombre d'observations nouvelles pourront en augmenter la valeur, si on prend soin de les rechercher, peut-être aussi existe-t-il des signes bien meilleurs *que je n'ai pas su* découvrir.

Du siège des microbes dans la variole, la vaccine et l'érysipèle. — M. CORNIL, en son nom et au nom de M. Babès, fait une communication sur ce sujet.

Il résulte de l'examen des préparations histologiques faites par ces messieurs que, pour la pustule de la variole, les micro-organismes, sortant des vaisseaux des papilles, passent probablement de l'intérieur des papilles par l'intermédiaire de lymphatiques dans le corps muqueux, dans les cavités anormales qui remplacent cette couche de l'épiderme et se tassent ensuite dans toute la périphérie de la pustule sous l'épiderme corné et à la limite du corps muqueux normal en attendant que l'épiderme se détache lorsque viendra la suppuration de la pustule. Beaucoup de ces faits ont été exposés par Weigert (*Anatom. beiträge z. Lehre v. d. Pocken*, 1874).

Les pustules de vaccine montrent les mêmes lésions, les mêmes organismes semblablement disposés dans les cavités aréolaires du corps muqueux.

Enfin l'inflammation érysipélateuse de la peau déterminée par le micro-organisme de l'érysipèle paraît être consécutive à l'invasion de ces microbes dans les voies lymphatiques.

ÉLECTIONS

MM. Letulle et Chauffard sont élus membres titulaires de la Société.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris, publiée sous les auspices de l'Administration de l'Assistance publique (1).

Par M. LÉON BRIÈLE, archiviste de l'Administration.

II

En 1629, le service de chirurgie avait à sa tête *Jehan Millot*, lequel avait sous ses ordres cinq garçons chirurgiens pour panser les malades; sur ses cinq garçons, deux devaient rester constamment à l'hôpital. Quant à ceux qui étaient sortis, ils devaient rentrer à une heure convenable sous peine de trouver les portes fermées et de coucher dehors.

En 1636, une terrible épidémie de dysenterie et de peste se déclare à Paris ; l'Hôtel-Dieu regorge de malades et nous voyons qu'à certains jours il en entrait jusqu'à *cent dix*, l'hôpital en contient *dix-huit cent vingt-deux*, chiffre colossal. Si l'on songe à l'encombrement que devait produire tout ce monde, aux émanations fétides, aux miasmes pestilentiels qui s'exhalaient d'un pareil milieu, on doit comprendre le nombre de victimes qui succombaient. Les maisons de Saint-Louis et de Saint-Marcel sont ouvertes et remplies à leur tour; le personnel hospitalier ne suffit plus, il faut élever à 120 le nombre des religieuses.

Les médecins eux-mêmes ne peuvent plus suffire et une requête est adressée à la Faculté de médecine pour fournir aux hôpitaux le nombre de médecins nécessaire à la visite des malades. Enfin tout manque, l'argent fait défaut et des quêtes sont ordonnées dans tous les quartiers de Paris pour subvenir aux frais de tant de malheureux. Dans toutes les délibérations de ces années on retrouve la grande préoccupation de faire face à tous les besoins.

L'Hôtel-Dieu refuse les malades de la peste et les renvoie aux hôpitaux Saint-Louis et Saint-Marcel. Alors on assiste à ce triste et écœurant spectacle de malheureux pestiférés, chassés de l'Hôtel-Dieu, ne pouvant se soutenir, tomber et mourir dans les rues. Il est navrant de lire tout ce qui se passait dans ces moments de terreur. Il fallut mettre deux archers à la porte pour transporter aux deux hôpitaux dont nous venons de parler, les malades qui étaient reconnus atteints de la contagion.

En 1638, le nombre des médecins ordinaires de l'Hôtel-Dieu est porté à trois, aux gages de 600 livres par an.

L'hôpital Saint-Louis, qui venait de servir pour recueillir les pestiférés, est attaqué par des voleurs, et une curieuse délibération de 1639 nous apprend l'achat de hallebardes et autres armes pour le défendre.

C'était encore dans le service de l'Hôtel-Dieu que les médecins et les chirurgiens venaient apprendre les accouchements, et il n'est point rare de voir des médecins de province et de l'étranger adresser à ce sujet des demandes d'autorisation aux membres du bureau qui seuls pouvaient le permettre.

Outre les accouchements, il y avait encore à l'Hôtel-Dieu une opération dont l'hôpital avait pour ainsi dire la spécialité ; c'était l'opération de la pierre qui était pratiquée par des gens spéciaux qu'on appelait maitres opérateurs, ayant seuls le droit d'opérer. Les malades qui devaient être opérés étaient l'objet de soins très minutieux; c'est ainsi qu'en 1644 on demande pour eux une salle bien aérée, afin de mettre les opérés de la taille dans de meilleures conditions de guérison ; un peu plus tard, en 1647, il est décidé que la taille se fera dans une autre salle que celle où l'on met les taillés, parce que les cris des premiers incommodent les autres. Pour l'époque, cette attention est vraiment digne de remarque, et cette idée d'isoler les grands opérés nous prouve qu'au XVII[e] siècle les chirurgiens avaient bien compris l'hygiène qu'on devait rechercher pour eux.

Malheureusement que pouvaient faire les hommes de l'art, au milieu de la tourmente politique qui bouleversait tout? Ce n'était pas assez des épidémies de peste pour décimer la population, les guerres civiles et contre l'étranger venaient encore accroître le nombre des malades.

Nous voici arrivés à une époque bien orageuse, Louis XIV est mineur, Anne d'Autriche est régente ; d'une part la Fronde, de l'autre la guerre d'Espagne, il n'en fallait pas tant pour encombrer les hôpitaux, comme on va le voir.

En 1652, l'Hôtel-Dieu contient plus de 2,200 malades, et c'est par centaines qu'ils entrent chaque jour à l'hôpital, les médecins n peuvent suffire, et il faut avoir recours à la Faculté de médecine qui en envoie quatre pour subvenir aux besoins du service ; les malades sont couchés jusqu'à *six* dans le même lit. Malades et blessés sont ensemble et l'on se demande à quel chiffre pouvait s'élever la mortalité dans de semblables conditions. L'hôpital

(1) Voir le numéro du 21 août 1883.

Saint-Louis qui a été ouvert pour y mettre les blessés, est rempli également; on y compte environ 400 malades.

Cependant, dans le mois d'août de cette même année, un groupe de médecins, tous opérateurs en l'extraction de la pierre et parmi lesquels nous devons citer Philippe et Charles Collot, fondateurs d'une véritable dynastie chirurgicale, demandèrent à Louis XIV et obtinrent l'autorisation de fonder, en dehors de la porte Saint-Antoine, un hôpital pour recevoir les malades de la pierre et les y tailler gratuitement et charitablement. Mais il est stipulé que, au cas où aucun des descendants desdits opérateurs ne se livrerait à l'extraction de la pierre, ils remettraient la direction et l'administration de ladite maison, jardin, lieux, legs et donations aux administrateurs de l'Hôtel-Dieu.

Nous avons dit plus haut que le maître chirurgien avait des élèves sous ses ordres afin d'assurer aux malades les soins dont ils avaient besoin. Ces élèves, appelés compagnons chirurgiens, étaient soumis à un règlement comprenant 23 articles et leur enjoignant de faire ce que font aujourd'hui les internes des hôpitaux. A propos de ces compagnons chirurgiens, il existait un usage assez singulier : c'est que chaque nouveau compagnon, en entrant, était tenu de donner deux lancettes au maître chirurgien, deux aux maîtres compagnons et une aux autres compagnons qui, en 1655, étaient au nombre de huit. Primitivement, c'était un festin que le nouveau venu offrait; le don des lancettes parut plus pratique et fut adopté par tous. Mais là aussi il y eut des abus, et ceux qui ne payaient pas, outre les lancettes, une certaine somme d'argent, n'étaient pas admis. La chose alla jusqu'au Bureau, qui rendit une délibération portant défense expresse au maître chirurgien et aux maîtres compagnons de rien accepter autre chose que les lancettes, sous peine d'être renvoyés; et l'on sait que tout pliait devant l'autorité du Bureau. Son influence était telle que Petit, maître chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ayant traité avec mépris un des membres du Bureau qui lui avait fait observer qu'un malade avait été mal soigné, fut mandé devant la Compagnie et forcé de faire amende honorable.

Une délibération de 1661 nous apprend que les parturientes étaient couchées quatre à quatre dans le même lit; quelle moisson devait faire la fièvre puerpérale dans un pareil milieu!

En 1668, la peste sévissait en Picardie et beaucoup de précautions étaient prises pour empêcher le fléau d'arriver à Paris. Cependant un individu venant d'Amiens meurt de la peste à Paris; son domestique tombe malade et entre à l'Hôtel-Dieu. Immédiatement il est évacué sur l'hôpital Saint-Louis ainsi que tous les médecins, chirurgiens et religieuses qui l'ont approché. La maladie n'eut aucune extension, grâce, assurément, à ce prompt isolement.

Mais si la peste fut arrêtée, une autre épidémie très meurtrière se déclara deux ans après : nous voulons parler du *scorbut*. Les documents publiés par M. Léon Brièle nous donnent des détails très précis; c'est ainsi que nous voyons l'hôpital Saint-Louis, dont on ouvre les portes aussitôt qu'un danger se manifeste, recevoir *huit cents* scorbutiques, soignés par les médecins de l'Hôtel-Dieu qui, de deux mois en deux mois, allaient tour à tour visiter ces malades. Ce ne fut qu'en juillet 1670, que la fermeture de l'hôpital fut ordonnée tous les malades étant guéris et dirigés sur l'hôpital général pour y terminer leur convalescence. Sur les 800 malades soignés, 114 succombèrent, ce qui donne une mortalité d'un peu plus de 14 p. 100.

Dr O. Guillier.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

(8e session, Copenhague 1884)

Le 8e congrès international des sciences médicales aura lieu à Copenhague du 10 au 16 août 1884.

Le Comité d'organisation chargé d'en préparer les travaux est composé comme suit :

Président : M. le professeur P.-L. Panum.

Secrétaire général : M. le professeur C. Lange.

Secrétaires : MM. les docteurs O. Bloch, C.-J. Salomonsen et Joh. Moller.

Trésorier : M. le professeur E. Hansen Grut.

Et des présidents des comités spéciaux des différentes sections, à savoir :

Section d'anatomie : M. le professeur Chievitz.
— de physiologie : M. le professeur P.-L. Panum.
— de pathologie générale et d'anatomie pathologique : M. le professeur C. Reisz.
— de médecine : M. le professeur F. Trier.
— de chirurgie : M. le professeur Holmer.
— d'hygiène et de médecine publique : M. le docteur E. Hornemann.
— de médecine militaire : M. Salomon, inspecteur général du service de santé de l'armée.
— de psychiatrie et des maladies nerveuses : M. le professeur Steenberg.
— d'accouchement et de gynécologie : MM. les professeurs Stadfeldt et Howitz.
— des maladies des enfants : M. le professeur Hirschsprung.
— d'ophtalmologie : M. le professeur Hansen Grut.
— des maladies de la peau et de la syphilis : M. le professeur Haslund.
— d'otologie : M. le docteur W. Meyer.
— de laryngologie : M. le docteur W. Meyer.

Les comités spéciaux établis pour les sections ci-dessus mentionnées se sont complétés, en tant qu'ils l'ont jugé convenable, par l'adjonction de membres demeurant hors de Copenhague, soit en Danemark, soit dans les autres pays scandinaves.

Pour que la réunion du Congrès soit aussi féconde que possible en résultats utiles, les comités d'organisation des sections, (suivant l'exemple des congrès précédents) se sont mis en relation avec des hommes éminents dans les différentes branches, afin de fixer un programme.

Le programme sera envoyé avec les statuts à ceux de nos collègues qu'on présume s'intéresser aux travaux du congrès et vouloir y prendre part.

Pour que le programme puisse être publié aussitôt que possible, il est très désirable que toutes les communications qui sont relatives au congrès, et que le comité recevra avec reconnaissance, soient adressées au secrétaire général soussigné, avant le 1er octobre prochain, afin qu'on puisse y avoir égard dans la rédaction du programme définitif.

Les personnes ayant qualité pour être membres du congrès qui, avant cette époque, auront manifesté au secrétaire général leur intérêt pour le congrès et leur intention de prendre part éventuellement à ses travaux (en indiquant, s'il est possible, la section à laquelle ils préfèrent se joindre), recevront, aussitôt que faire se pourra, le programme et les statuts.

Copenhague, juillet 1883.

P.-L. Panum, *président*.

C. Lange, *secrétaire général*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La section de médecine publique du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à Rouen, en 1883, sur la demande et à la suite d'une communication de M. le docteur A.-J. Martin, sur l'administration sanitaire civile comparée, renouvelle le vœu déjà émis trois fois par l'Académie de médecine de Paris, deux fois par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris, une fois par la Société de statistique, etc., à savoir :

« Que l'administration sanitaire civile soit, à l'exemple de la plupart des pays étrangers, confiée à une direction administrative

autonome, compétente et responsable, aussi bien auprès du pouvoir central que dans les départements et les grandes villes. »

Ce vœu a réuni l'unanimité des suffrages de la section.

— *Fièvre jaune.* — D'après les journaux des États-Unis, la fièvre jaune sévirait avec une intensité exceptionnelle à la Véra-Cruz. Il y aurait eu 90 décès en mai, 261 en juin et 144 du 1er au 17 juillet inclusivement.

— M. Émile Lévy, médecin principal de deuxième classe, précédemment désigné pour l'hospice mixte de Reims, a été affecté à l'hospice mixte d'Épinal.

— Par décision ministérielle, en date du 4 août, les médecins-majors dont les noms suivent ont été affectés aux 16 bataillons d'artillerie de forteresse créés par la loi du 24 juillet 1883, savoir :

1er bataillon : M. Fonsart ; — 2e bataillon : M. Landriau ; — 3e bataillon : M. Philippi ; — 4e bataillon : M. H. Robert ; — 5e bataillon : M. Oger ; — 6e bataillon : M. Boiland ; — 7e bataillon : M. Brochard ; — 8e bataillon : M. Lobit ; — 9e bataillon : M. Grandmougin ; — 10e bataillon : M. Huguenard ; — 11e bataillon : M. Radouan ; — 12e bataillon : M. Ocana ; — 13e bataillon : M. Dengler ; — 14e bataillon : M. Gorsse ; — 15e bataillon : M. Gigon ; — 16e bataillon : M. Mareschal.

— Par décret en date du 10 août 1883, M. le docteur Simonnot (D.-C.), médecin-major de deuxième classe, démissionnaire, de l'armée active, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

— Par décret, en date du 17 août, les docteurs en médecine dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major, de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve. (Emplois vacants par organisation.)

MM. Chabert, Salviat, Gaillard, Lagleise, Compagnon, Paumès, Gidon, Chevallier, Soularue, Guelliot, Darget, Donon, Grenier, Baches, Rueff, Chatellier, Briand, Lebrun, Tisné, D'Argent, Girand, Goix, Rondu, Redier, Reveil, Maura, Bouchet, Moiroud, Fraysse, Bordas, Ducloux, Bernard, Ducluzaux, Leconte, Bertreux, Leclère, Marchandé, Lafage, Combescure, Revervel, Lacour, Dumeige, Michon, Brun, Maltrait, Chevalier, Fage, Martin (A.-E.), Gaucher, Guy.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Homolle père, décédé subitement, le 18 de ce mois, à l'âge de 75 ans.

Saint-Honoré-les-Bains, ses eaux et ses environs. Guide descriptif, naturaliste et médical, par le docteur Maurice Binet. Un joli volume in-16 de 330 pages avec une carte des environs de Saint-Honoré-les-Bains. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14944.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Une ovariotomie à la Pitié. — Pleurésie purulente, empyème, application du pansement de Lister. — Paralysie atrophique de l'enfance. — Du cuivre contre le choléra au point de vue prophylactique et curatif. — Des injections sous-cutanées d'éther dans le traitement de la fièvre typhoïde à forme adynamique. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Une ovariotomie à la Pitié.

Nous venons d'assister ce matin, jeudi, à une ovariotomie pratiquée en plein hôpital, à la Pitié, par M. Polaillon.

Le temps est loin où l'on croyait qu'une semblable opération ne pouvait être tentée avec succès que loin du milieu nosocomial, où les plus célèbres chirurgiens des hôpitaux n'obtenaient que les résultats les plus déplorables quand ils essayaient d'entrer à leur tour dans la voie ouverte par les Kœberlé, les Spencer Wells, etc. La *Gazette des hôpitaux* a raconté ces premières tentatives, qui furent si loin d'être encourageantes.

Aujourd'hui l'emploi habituel de la méthode antiseptique rend plus audacieux, presque téméraires, les chirurgiens hésitants autrefois quand il s'agissait de toucher aux articulations ou aux grandes séreuses, etc. Et il faut dire que des résultats inespérés viennent très souvent justifier même les plus grands excès d'audace. Mais la méthode antiseptique est-elle pour tout, ou à peu près, dans ces résultats? Il est permis d'en douter un peu quand on voit les progrès immenses qu'a faits l'outillage chirurgical, et les progrès, plus grands encore peut-être, qu'ont faits les chirurgiens dans le sens du sang-froid.

Ceux qui, comme nous, se sont trouvés témoins des premières ovariotomies pratiquées par d'autres que les spécialistes, se rappellent combien les opérateurs, alors même qu'ils portaient les noms les plus illustres, se montraient troublés par la pensée des dangers courus par leurs malades. A la moindre complication, ils désespéraient du succès et cessaient d'agir posément, avec méthode. A cette époque, quand on assistait à la pratique des uns et des autres, il paraissait incontestable que ceux qui s'étaient fait de l'ovariotomie une spécialité étaient les seuls auxquels il fût prudent de s'adresser pour cette opération.

Actuellement il n'en est plus ainsi. Les procédés sont devenus classiques : et les maîtres ne tremblent plus.

M. Polaillon avait choisi pour cette dernière ovariotomie une chambre de l'hôpital, dépendant du service de M. Cornil et dans laquelle il avait déjà opéré, le 31 juillet dernier, une autre femme, âgée de plus de 60 ans, atteinte de cette même affection. Chez cette vieille femme le succès fut complet et rapide. Elle se trouve encore à la Pitié, salle Gerdy, n° 24, mais elle est complètement guérie. Nous publierons prochainement tous les détails de cette observation; disons seulement que l'ablation du kyste avait été chez elle relativement facile, les adhérences étant peu nombreuses et le pédicule long et mince ; tout avait été terminé en trois quarts d'heure.

Il n'en a pas été de même pour l'opérée de ce matin, le pédicule n'existant pas, pour ainsi dire. Le kyste, multiloculaire, mais avec une poche principale contenant environ 10 litres de liquide, n'a pu être entièrement séparé des parties voisines vers sa base. Il se rattachait intimement, sur certains points, au pourtour du bassin. Il fallut l'isoler d'abord par une dissection laborieuse; dans tout le reste de son étendue; couper des brides très solides qui l'unissaient avec la vessie, puis se borner à le réséquer en en laissant une portion en place. L'opération a duré plus d'une heure et demie. Elle a été faite sous un nuage épais d'acide phénique, la malade étant maintenue dans le sommeil chloroformique, les vaisseaux étant à mesure isolés avec une pince en T et liés de suite avec un fil de catgut ou écrasés avec une pince à pression. L'usage de ces pinces à pression s'est singulièrement étendu depuis l'époque où Kœberlé les a le premier appliquées sur les vaisseaux afin d'obtenir l'hémostase le plus rapidement possible durant l'opération de l'ovariotomie. J'en ai parlé dans la *Gazette des hôpitaux* en rendant compte d'opérations auxquelles j'avais assisté à Strasbourg et je me rappelle qu'à cette époque le très habile fabricant d'instruments de chirurgie de Strasbourg, celui auquel Kœberlé, Sédillot, etc., confiaient le soin d'administrer le chloroforme, m'a dit avoir tout récemment envoyé à Paris le modèle de ces pinces, plus légères que les pinces à pression ordinaires, garnies de plusieurs points d'arrêt qui permettaient d'en graduer la puissance et fabriquées spécialement en vue de l'oblitération des vaisseaux. J'ai vu Kœberlé en appliquer des quantités vraiment énormes en cas d'adhérences multiples.

Celles dont on se sert généralement aujourd'hui sont un peu plus grandes, un peu plus lourdes, un peu plus massives. On les emploie non seulement pour l'hémostase, mais pour tenir ensemble le bout des fils en attendant qu'on serre les ligatures pour comprimer en masse les brides qu'on va couper, etc. D'autres pinces à pression, beaucoup plus longues et plus puissantes, droites ou courbes, permettent

même d'interrompre la circulation dans les éléments du pédicule en attendant qu'on les ait embrassés dans des ligatures définitives.

Aussi la perte de sang est-elle à peu près nulle. Le chirurgien procède en toute sécurité, en toute tranquillité; il a le temps de calculer froidement chacun de ses actes, chacun des temps de l'opération.

Voici quelle a été la succession de ces temps chez la malade dont il s'agit.

M. Polaillon a incisé d'abord, couche par couche, la paroi abdominale sur la ligne médiane, sur une longueur de 8 centimètres environ, à peu près à distance égale du pubis et de l'ombilic; puis, à l'aide d'une pompe aspiratrice adaptée à un récipient à plusieurs tubulures, il a vidé le kyste en très grande partie. Quand le liquide n'a plus coulé, la tumeur se trouvait encore assez volumineuse. A l'aide de forts ciseaux, M. Polaillon a agrandi la plaie en haut et en bas. Alors, surtout avec les doigts, il a commencé à dissocier les adhérences, en ayant soin, ainsi que nous l'avons dit, de lier les vaisseaux les plus importants au fur et à mesure. Les précautions ordinaires étaient prises pour empêcher le refroidissement du ventre et l'accès des germes atmosphériques dans la cavité du péritoine. Des flanelles chaudes et phéniquées étaient renouvelées très fréquemment sur l'abdomen, des aides exerçaient avec leurs mains une pression qui empêchait qu'il ne se produisît aucun vide, aucun appel d'air, par l'enlèvement de la tumeur. Des éponges trempées dans de l'eau phéniquée et introduites dans la plaie servaient de barrière contre les germes. Quand toute la partie supérieure du kyste fut hors du ventre, la tumeur se trouvait retenue en avant par des brides si larges et si épaisses qu'on put craindre un instant que ce ne fût la vessie. On ne les coupa qu'après s'être assuré qu'il n'en était rien à l'aide d'une sonde introduite par l'urètre. Restaient les adhérences postérieures de la base. En l'absence de vrai pédicule, il fallut se résoudre à laisser dans le ventre une portion de la paroi du kyste et des petits kystes secondaires, après que l'on eut réséqué la plus grande partie de la masse et que l'on en eut étreint la base dans toute une série de ligatures se complétant l'une par l'autre. Ce kyste contenait des cheveux, dont on retira notamment deux mèches de 3 à 4 centimètres de longueur. La partie supérieure de la plaie abdominale étant réunie par trois points de suture profonde à l'aide de fils d'argent, M. Polaillon fixa par un grand nombre d'autres points de suture tout le pourtour de ce qui restait de la paroi du kyste au pourtour de la plaie laissée au bas de l'incision abdominale. Puis il introduisit un drain jusqu'au fond de cette poche kystique et recouvrit le tout de l'appareil de Lister.

Nous dirons quelles seront les suites de cette opération laborieuse, délicate, pratiquée avec un sang-froid, une précision et une sûreté de main remarquables.

Pleurésie purulente, empyème, application du pansement de Lister.

M. Dumontpallier nous a montré dans son service trois malades chez lesquels il a dernièrement appliqué avec un grand succès la méthode de Lister, avec pansements rares, pour une pleurésie purulente traitée par l'empyème.

L'origine de la maladie remonte assez haut chez un de ces malades qui se trouve actuellement au n° 35 de la salle Serres et n'est âgé que de 21 ans. Ce fut le 1er novembre 1880 que cet homme prit froid, à ce qu'il raconte. Il exerçait alors le métier de mégissier. Il montait, sur une terrasse exposée aux vents déjà froids de l'automne, des paquets de peaux qu'il y étendait pour les faire sécher. Sortant d'une pièce très chaude et étant très chargé durant l'ascension, il arrivait couvert de sueur; et le froid lui causa une sensation de malaise. Les jours suivants, il eut du frisson, de la fièvre, un point de côté. Il entra pour la première fois, le 5 novembre, à l'hôpital, où au bout de quelques jours M. Dumontpallier constata l'existence d'une pleurésie.

Une première ponction pratiquée vers la fin de novembre donna issue à 1 litre 1/2 d'un liquide très clair. Les trois ponctions suivantes eurent un résultat semblable. Mais, en février 1881, le liquide fut trouvé purulent à la cinquième ponction, et dans le courant de mars on pratiqua l'empyème. Le pus ne cessa pas de couler depuis lors avec abondance. Cependant, le 1er août, l'état général paraissant satisfaisant, le malade sortit de l'hôpital, espérant qu'un séjour à la campagne, dans le département de l'Indre, où il était né, hâterait sa convalescence. Pendant sept mois il s'y trouva relativement bien; mais ensuite ses jambes commencèrent à enfler, il se sentit plus oppressé, et, sur le conseil du docteur Lambron, il revint à Paris entrer à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Moutard-Martin. Il y resta trois mois, sans modification notable dans son état. La plaie fournissait en moyenne un demi-setier de pus par jour, suivant son évaluation. On constata que les urines renfermaient par litre 3 grammes d'albumine.

Le 29 septembre 1882, cet homme, s'ennuyant à l'Hôtel-Dieu, revint à la Pitié dans le service de M. Dumontpallier. Il y fut traité au commencement par les pansements fréquents, les lavages de la plaie renouvelés deux fois par jour. Mais plus les lavages étaient fréquents, plus la sécrétion purulente était abondante.

C'est pourquoi, vers le mois de novembre, M. Dumontpallier adopta une autre méthode. Après avoir lavé la poche à l'eau phéniquée, maintenant un drain dans la plaie, il appliqua sur celle-ci le pansement de Lister dans toute sa rigueur, protective gaze phéniquée, Mac Intosh, ouate, tarlatane, et depuis il fit faire des pansements très rares, à 4, 5, 6, 7, 8 jours d'intervalle. Le pus diminua de quantité d'une façon très rapide. Aujourd'hui c'est à peine s'il se fait encore par la fistule un léger sécrètement purulent. L'œdème des membres inférieurs a complètement disparu, l'appétit est bon, et malgré la persistance de l'albuminurie l'état général est devenu très satisfaisant.

Chez les deux autres opérés, l'application du pansement de Lister a été faite dès le début; et la guérison s'est effectuée beaucoup plus vite.

Tous deux ont pris leur maladie à la prison de Sainte-Pélagie, à peu près vers la même époque.

L'un, âgé de 27 ans, après deux mois de séjour, fut transporté sans connaissance à l'infirmerie; il était, dit-il, sourd et aveugle; il avait eu antérieurement des frissons, sans point de côté. Il fut transféré dans cet état, d'abord à l'infirmerie de la Santé, puis, le 8 avril, à la Pitié dans le service de M. Dumontpallier. Une première ponction ayant donné issue à un liquide purulent, l'empyème fut pratiqué dans le septième espace intercostal le 25 mai, et après lavage de la plèvre à l'eau phéniquée, on introduisit un drain dans la plaie, et comme chez le malade précédent on appliqua le pansement de Lister dans toute sa rigueur, en ayant soin de le renouveler rarement. Chaque fois, la quantité de pus que l'on trouvait dans le pansement était moindre. Vers la

fin de juillet, il ne coulait plus rien. Le drain fut retiré, la plaie se referma, et cet homme complètement guéri, après avoir été durant quelques semaines utilisé pour le service de la salle, va retourner à la prison achever sa peine.

L'autre, âgé de 35 ans, est devenu malade à peu près vers la même époque, dans la même prison; mais ce n'est que le 10 juillet qu'il a été transféré à son tour à la Pitié, où il occupe le lit voisin, salle Serres, n° 30.

Lors de son entrée, celui-ci paraissait bien être hors de ressources. Il toussait déjà depuis plus d'un mois quand on constata à l'infirmerie de la Santé qu'il était atteint d'une pleurésie; on l'y conserva pendant deux mois. Sur quatre ponctions successives qu'il y subit, les deux premières, à ce qu'il paraît, n'avaient amené qu'un liquide séreux; mais, au contraire, les deux dernières fournirent du pus. Le genou droit avait acquis un grand volume et était devenu très douloureux. Cet homme, complètement émacié, de l'aspect le plus cachectique, toussant beaucoup et expectorant du muco-pus en grande quantité, semblait sur le point de mourir. M. Dumontpallier annonça que l'articulation du genou était sans doute pleine de pus, comme la plèvre.

Le 12 juillet, il pratiqua l'empyème, qui fit sortir un litre et demi de pus. La méthode suivie fut la même que chez les malades précédents, pansements antiseptiques de Lister, maintenus en place sans changement durant plusieurs jours.

Le 21 juillet, une incision dans le cul-de-sac supérieur de l'articulation fémoro-tibiale, donna issue au pus qu'elle contenait. On appliqua de même la méthode de Lister avec pansements rares.

Aujourd'hui, ce genou est complètement guéri; c'est à peine s'il sort encore un peu de pus par la plaie thoracique. Ce malade a repris de l'appétit, des forces; il ne crache plus de muco-pus, il refait du sang et des muscles.

Nous ne commenterons pas ces trois faits, dignes d'attention par eux-mêmes.

Paralysie atrophique de l'enfance.

M. Déjérine, qui supplée en ce moment à l'Hôtel-Dieu M. Vulpian et M. Gallard, va commencer prochainement une série de leçons cliniques. On peut compter que les affections du système nerveux, dont il s'est occupé d'une façon spéciale, tiendront une large place dans ces leçons, d'autant plus que le service de M. Vulpian, en particulier, offre à ce point de vue une mine abondante.

Nous ne parlerons pas de malades extrêmement intéressants que le savant maître ou son suppléant se réserve. La théorie des paralysies du radial sera notamment très probablement éclairée d'un jour nouveau par une observation curieuse recueillie dans tous ses détails caractéristiques, avec une grande sagacité, sous cette habile direction.

Bornons-nous à dire quelques mots d'un autre fait qui, sans introduire rien de bien nouveau dans nos connaissances en pathologie, présente cependant certaines particularités dignes de mention.

Une petite fille de 6 ans a été amenée dans les salles, afin qu'on précisât le diagnostic d'une affection qui s'est manifestée ainsi.

Il y a trois mois cette petite fille a été prise d'une fièvre violente et de douleurs extrêmement vives dans le membre inférieur gauche. Ces douleurs revenaient par crises, très rapprochées. L'enfant criait alors et, soit volontairement, soit involontairement, elle fléchissait la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, priant ensuite ses parents de les ramener dans l'extension, mais tout doucement, car cela lui faisait très mal. Cette période de fièvre et de douleur dura environ une quinzaine de jours; puis, quand l'enfant se releva, on s'aperçut qu'elle marchait mal, laissant un peu traîner la jambe gauche et s'en servant moins bien. Du reste, elle ne se plaignait plus. Depuis trois semaines environ, il reparut plusieurs crises de douleurs à des intervalles assez éloignés. Chaque crise dure quelques minutes, et la petite fille, cette fois, déclare que quand elle prend dans ses mains la jambe qui lui fait mal, la remène très volontairement contre son ventre.

En la faisant déshabiller, on constate d'abord l'absence de toute affection soit osseuse, soit articulaire : tous les os sont bien à leur place. Mais sur le membre inférieur gauche, des masses musculaires paraissent atrophiées à un certain degré, surtout vers la partie inférieure de la cuisse et au niveau du mollet.

En percutant le tendon rotulien, on a constaté dès le premier jour que le réflexe tendineux avait complètement disparu du côté gauche. Du côté droit, on le retrouvait encore ce jour-là; mais ce fut en vain qu'on le rechercha quatre jours plus tard. Les muscles du reste du corps paraissent tout à fait normaux, à première vue du moins; et d'ailleurs la petite malade n'a jamais accusé de douleurs que dans la cuisse.

Il est évident qu'il s'agit ici d'une paralysie atrophique de l'enfance, ou, en d'autres termes, d'une affection portant sur les grosses cellules motrices des cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière. Mais cette affection est très limitée, puisqu'elle ne paraît affecter un peu sérieusement qu'un seul membre. Comme c'est la règle en pareil cas, les muscles qui doivent s'atrophier sont d'abord le siège de douleurs, et le début de la maladie a été marqué par de la fièvre.

M. Déjérine pense que la lésion des grosses cellules multipolaires dans une région aussi limitée de la moelle ne doit pas être définitive et que cette enfant guérira très bien.

DU CUIVRE CONTRE LE CHOLÉRA

AU POINT DE VUE PROPHYLACTIQUE ET CURATIF (1).

Par M. le docteur V. Burq.

I

Dans une récente communication aux Académies des sciences et de médecine, M. Fauvel a dit éloquemment ce que l'Angleterre aurait dû faire et ce qu'elle n'a point fait pour empêcher le choléra de pénétrer en Égypte. Après avoir flétri comme il convenait l'esprit de mercantilisme qui vaut à l'Europe les cruelles appréhensions qu'elle éprouve en ce moment, notre éminent confrère a discouru avec sa grande compétence sur les chances que nous avons d'échapper à l'épidémie, et il nous a presque promis une délivrance de nos angoisses à bref délai. Que Dieu l'entende et l'exauce! Mais si son optimisme venait à se trouver en défaut, M. Fauvel n'a point dit ce qu'il conviendrait de faire pour se prémunir contre le fléau autrement que par des prescriptions hygiéniques très bonnes et très sages en soi, mais qui, pas plus que leurs devancières, n'empêcheraient point la maladie de se développer une fois déclarée. Oubliant un peu trop qu'il n'est plus de mise de taire les expériences qui sont nées de nos recherches sur l'immunité cholérique des ouvriers en cuivre, maintenant que des savants autorisés s'y sont associés jusque dans cette enceinte, M. Fauvel s'est abstenu d'en parler. Cependant nous avions eu le soin de les lui rappeler et de lui faire observer que les enseignements qui résultent de l'immunité susdite, étaient particulièrement

(1) Lecture faite à l'Académie de médecine dans la séance du 14 août.

précieux pour rassurer, le cas échéant, les populations hantées aujourd'hui par les idées de contagion.

Il y a dans ce silence, que très vraisemblablement nous n'aurons point été le seul à remarquer, une lacune regrettable, ce nous semble. C'est pour la combler et obéir à la pensée de faire porter ici aux faits tous leurs fruits qui, comme nous le disions devant le Congrès international d'hygiène de Paris, ne nous quitta plus après qu'il nous eût été donné, dans l'épidémie de 1865, d'être témoin de la sécurité complète qu'avait donnée aux ouvriers en cuivre de l'arsenal de Toulon la notion du résultat de nos enquêtes, que nous avons sollicité l'honneur de monter à cette tribune.

Quelque intérêt qu'il pût y avoir à le faire, nous ne nous attarderons point à tracer l'historique de la question et à dire les différentes phases par lesquelles elle a passé depuis plus de trente années qu'elle prit naissance. Nous ne reviendrons pas sur la réfutation des quelques faits qui nous furent opposés dans le temps, notamment sur la statistique d'un honorable membre de l'Académie qui trouva crédit après l'épidémie de 1865-1866. Nous avons démontré, au moment voulu, dans la *Gazette des hôpitaux* et, un peu plus tard, dans notre ouvrage *Du cuivre contre le choléra*, puis une enquête de la Préfecture de police et un rapport qui s'en est suivi ont établi sans réplique : que la statistique des prétendus ouvriers sur cuivre traités à l'hôpital Saint-Antoine par M. Mesnet ne valait pas mieux que celle envoyée de Calcutta par Honigberdger où l'on voit des serruriers, des carrossiers et des potiers côte à côte avec des chaudronniers.

Ce que nous voulons, ce qui importe à cette heure, c'est de bien préciser les faits, d'en déduire les conséquences pratiques et dire quelles sont celles qui ont reçu un commencement d'exécution

A. *Préservation professionnelle par le cuivre.* — Il a été démontré : Par des observations et des faits sans nombre, vérifiés et souvent attestés hautement par tous ceux, médecins, savants et grands industriels qui, en France, en Angleterre, en Suède, en Russie, en Espagne, en Italie, etc., s'étaient donné la peine d'y regarder de près ;

Par les statistiques de décès cholériques dressées par Blondel, à l'Assistance publique, et par Trébuchet, à la Préfecture de police ;

Par une enquête ordonnée après l'épidémie de 1865-1866 et exécutée par les propres agents de la Préfecture de police ;

Par trois rapports au Conseil d'hygiène, le premier de Michel Lévy, en 1861, le deuxième de Vernois, en 1869, et le troisième de Devergie, en 1876 ;

Par un quatrième rapport fait en 1873, par M. le docteur Panchon, à la Société de médecine de Marseille sur l'enquête que nous avions été faire en personne à Marseille, à Toulon, à la Seyne et à Aubagne, au cours de l'épidémie de 1865 ;

Par des renseignements envoyés du berceau même de la maladie par le R. P. Damien, à la fois médecin et missionnaire apostolique à Bagdad ;

Enfin, par le *consensus* unanime de tous ceux, ouvriers comme patrons, qui appartiennent aux différentes industries où le cuivre est mis en œuvre, consensus dont témoigne si hautement ce fait que *jamais*, malgré la très grande publicité donnée à nos recherches, jamais aucun d'eux ne vint s'inscrire en faux contre nos assertions;

Il a été démontré, disons-nous, de la manière la plus irréfragable :

« Que tous les individus soumis par leur profession ou leur cohabitation à une absorption journalière de poussières de cuivre, mais sans qu'intervienne une cause quelconque pouvant atténuer les effets de l'action de ces poussières, les annihiler même complètement, ainsi que peut le faire un chômage prolongé, ou bien agir en sens inverse comme des purgations intempestives, tous ces individus jouissent *généralement* par rapport au choléra d'une immunité proportionnelle au degré d'imprégnation cuprique qu'ils ont acquise *au moment même où sévit la maladie*, et que les exceptions, — *il en existe*, — sont, pour le moins, tout aussi rares que celles de personnes bien et dûment vaccinées qui prennent encore la petite vérole. »

En tête de la préservation marchent les ouvriers chez lesquels une imprégnation cuprique indubitable est souvent attestée par la coloration caractéristique de la peau, de la barbe ou des cheveux, les fabricants d'instruments de musique et d'optique *en cuivre*, les chaudronniers *véritables*, — nous voulons dire ceux qui façonnent le cuivre, et non point ceux qui seulement l'étament, raccommodent ou vendent des ustensiles de ce métal, — et encore moins les ouvriers tôliers désignés aussi sous le nom de chaudronniers, les mineurs, les polisseurs à sec, les tourneurs au pied d'objets bien finis, les monteurs en bronze, les fondeurs, etc., etc.; tout au bas de l'échelle sont les graveurs, les bijoutiers, les horlogers, les découpeurs, les boutonniers, etc.; et au milieu les ciseleurs, les tourneurs à la machine, qui ne fait point, elle, de poussières, les fabricants de porte-plume et d'œillets métalliques, la grande orfèvrerie et bijouterie fausse, etc.

La préservation est encore manifeste pour la plupart de ceux qui vivent au voisinage de fonderies ou d'industries d'où s'échappent en abondance des poussières ou bien des vapeurs de cuivre. C'est ainsi sans doute que la ville d'Aubagne, bien que distante de Marseille seulement de 19 kilomètres, et sur la route que le choléra a constamment suivie pour se rendre de Marseille à Toulon et réciproquement, a toujours été respectée, grâce aux nombreux fours à poterie qui lui forment comme une enceinte et dans lesquels sont constamment des émaux de cuivre en fusion.

L'immunité cholérique a été aussi très marquée pour les musiciens de profession qui jouent des instruments en cuivre, pour les trompettes et clairons de l'armée.

Et tandis que les ouvriers en cuivre sont épargnés, tandis que, par exemple, dans l'épidémie de 1865 qui fit à Toulon tant de victimes, environ 1,200 ouvriers de cette catégorie étaient respectés par le fléau tant à l'arsenal que dans les ateliers de la Cie des Forges et Chantiers de la Méditerranée, situés à une faible distance de Toulon, les ouvriers d'industries similaires sur d'autres métaux que le cuivre et qui vivent de la même vie, les serruriers, les mécaniciens ou ajusteurs, les tourneurs, les fondeurs et les chaudronniers en fer, les polisseurs sur acier, les zingueurs, les *plombiers* eux-mêmes (1), etc., payèrent toujours à la maladie un tribut d'autant plus grand que, comme les premiers qui, eux, n'en pâtissent point, l'immense majorité de ces ouvriers ne tient aucun compte des lois de l'hygiène.

On a cité d'autres professions, celles de vidangeur, de tanneur, de gazier notamment, comme ayant été épargnées. Nous avons montré que c'était là une opinion absolument erronée, qu'en 1832 les vidangeurs et les égoutiers avaient eu ensemble 11 décès cholériques sur 120 environ qu'ils étaient alors seulement, et les tanneurs, les corroyeurs, les mégissiers, les hongroyeurs et les chamoiseurs 52 ; qu'en 1853-54 il entra dans les hôpitaux 4 vidangeurs et que tous les quatre succombèrent (Rapp. de Blondel); que, dans l'épidémie de 1865-66, les ouvriers gaziers, au nombre d'environ 2,500, eurent 275 malades, dont 70 cas de cholérine grave suivis de 10 décès (Cie Parisienne, Rapport de M. Sage), ce qui, pour le dire en passant, explique pourquoi par la suite fut délaissé l'acide phénique, vanté d'abord à l'égal d'un spécifique.

La préservation observée chez les ouvriers en cuivre, outre qu'elle est devenue inniable, ne surprendra plus personne si l'on réfléchit que les sels de cuivre sont des agents de protection efficace pour la conservation des traverses de chemins de fer, des poteaux télégraphiques, des bâches, du blé, etc., et si l'on considère que de récentes expériences, faites à l'École normale par les habiles collaborateurs de M. Pasteur dans le laboratoire de la Sorbonne par MM. le professeur Paul Bert et Capitan, et à Montsouris par M. Miquel, ont démontré que le cuivre est l'antiseptique le plus puissant que l'on puisse employer sur l'homme sans danger, qu'il laisse bien loin derrière lui les sels de fer et de zinc, le thymol, l'acide salicylique et l'acide phénique lui-même. Cette dé-

(1) En 1865, une seule usine à plomb de Marseille a eu 4 décès sur 100 ouvriers.

monstration a dû être si péremptoire que la Société de Médecine publique de Paris, le Conseil d'hygiène et le Conseil de santé de l'armée ont fait du sulfate de cuivre l'une des bases principales de leurs prescriptions hygiéniques. De plus, M. le professeur Bouley, prêchant d'exemple, n'a point hésité à donner aux sels de cuivre une grande place dans la si magistrale leçon sur *les maladies contagieuses* et *les médications préventives* qui a paru, le 14 juillet, dans la *Revue des Cours scientifiques*. « Ne ressort-il pas de ces résultats statistiques, dit M. Burq, que l'organisme des ouvriers exposés à l'action du cuivre constitue pour les éléments vivants d'où procèdent les maladies infectieuses, notamment le choléra et la fièvre typhoïde, un milieu de culture peu favorable à leur développement ? Et n'est-on pas autorisé à en conclure que *l'imprégnation cuprique progressive* peut être un moyen de préservation contre ces affections ; et, aussi, que pour leur traitement l'administration des sels de cuivre pourrait constituer une ressource précieuse. »

Et après avoir fait presque siennes ces paroles, l'éminent professeur a ajouté : « Vous le voyez, Messieurs, voilà un ensemble de faits qui autorisent à penser que, sous l'influence de certains agents modificateurs de la composition organique, tout au moins par leur présence, les éléments vivants d'où procèdent les contagions, on bien n'ont pas de prise sur les organismes mis en état de défense contre leurs attaques, ou bien peuvent y être neutralisés, en ce sens que leur pullulation ne peut plus y continuer, comme il arrive à l'aspergillus dans un liquide de culture additionné de nitrate d'argent, même seulement à 1/1600e ? »

DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ÉTHER

DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE A FORME ADYNAMIQUE.

Par M. le docteur Jules Jobard, de Vassy (Haute-Marne).

I

Il n'y a pas de traitement proprement dit de la fièvre typhoïde.

Si cette maladie est caractérisée anatomiquement par une lésion spécifique de l'intestin toujours identique, à savoir : une éruption furonculeuse formée aux dépens des plaques de Peyer, cliniquement elle revêt les formes les plus variées. De sorte qu'au point de vue thérapeutique on peut dire qu'il n'y a pas de fièvre typhoïde, mais bien des manières d'être de la fièvre typhoïde variables suivant les sujets, suivant les époques et suivant les lieux. Cette façon d'envisager conduit au seul traitement rationnel de la maladie.

Parmi ces manières d'être de la fièvre typhoïde, une des plus graves est sans contredit la forme adynamique dans laquelle l'indication urgente est de solliciter la réaction qui fait défaut. — Pour atteindre ce but, les stimulants, les toniques sont très nettement indiqués : les stimulants servant, comme l'a dit le professeur Trousseau, à réveiller les forces de l'organisme que les toniques vont soutenir.

Or, l'éther est un médicament stimulant d'une grande diffusibilité ; et comme dans les cas graves il faut frapper fort et vite, je ne crois pas qu'on puisse obtenir par un autre moyen les effets de l'éther plus promptement que par les injections sous-cutanées.

Cette note m'a été suggérée par la lecture d'un travail de M. H. Barthe sur les injections d'éther dans la pneumonie. J'ai pensé qu'il y aurait quelque utilité à rapprocher mes résultats de ceux obtenus par mon très distingué confrère.

Voici le résumé de cinq observations de fièvre typhoïde qui prouve les bons effets de l'éther employé en injections sous-cutanées :

Observation I. — Le nommé H... H..., cultivateur, âgé de 27 ans : constitution robuste ; pas d'antécédents pathologiques.

Il y a une dizaine de jours, le malade a été pris de courbature, de fièvre assez vive, surtout le soir : perte d'appétit, envies fréquentes de vomir. L'administration d'un purgatif n'amène pas d'amélioration.

4 janvier 1882. Lorsque je le vois, il est abattu : céphalalgie prononcée ; langue rouge sur les bords, blanche au milieu ; pas de douleur du ventre ; un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; selles noires et fétides.

A eu le matin un léger saignement de nez.

La peau est moite. P. = 90.

Rien au cœur ; rien à la poitrine.

Huile de ricin, 30 grammes ; sulfate de quinine, limonade vineuse.

5 janvier. Éruption de taches rosées sur l'abdomen. Abattement prononcé : le malade répond difficilement aux questions qu'on lui adresse.

Nouvelle épistaxis.

P. matin, 90, T. A. = 38°,8. P. s. = 100, T. A. s. = 39°,4.

7 janvier. État d'hébétude. — Surdité. — Tympanisme, diarrhée fétide.

P. m. = 100, T. A. = 38°,4. P. s. = 110, T. A. s. = 39°,2.

8, 9, 10 janvier. L'état général reste à peu près le même.

Lavements phéniqués matin et soir (acide phénique, 30 centigrammes). Potion avec extrait de quinquina. Vin de Malaga par cuillerée dans la journée.

12 janvier. Abattement plus prononcé ; aspect typhique. Langue poisseuse, tremblante, recouverte de fuliginosités noirâtres ; — respiration accélérée. — Dans la nuit délire calme ; insomnie complète.

En présence de cet état grave, je pratique une injection d'éther (1 gramme environ) et j'attends l'effet obtenu. — Le pouls prend de l'ampleur ; la face, une certaine expression. Pas d'élévation de température appréciable au thermomètre après l'injection. Le malade regarde autour de lui de temps à autre. Dans la journée il prend assez volontiers du bouillon, de l'eau rougie.

Le soir fièvre vive ; pouls petit, fréquent et mou ; — respiration embarrassée ; pas de râles dans la poitrine.

Injections d'éther, 1 gramme ; — application de ventouses sèches.

14 janvier. État général mauvais : diarrhée abondante, infecte. Trois injections d'éther dans la journée. — Vin de Malaga. — Lavements phéniqués.

Dans la nuit la figure se colore ; délire tranquille ; — le pouls semble moins déprimé.

15, 16 janvier. Le malade est moins mal ; garde-robes liquides moins fétides ; injections d'éther matin et soir.

17 janvier. Stupeur moindre. Langue toujours rouge, mais moins sèche ; violent mal de tête. P. = 105, T. = 38°6.

18 janvier. Le malade a reposé près de deux heures dans la nuit. Céphalalgie persistante ; — signes de congestion pulmonaire à la base. — Nouvelle application de ventouses sèches en avant et en arrière de la poitrine. — Continuation des injections d'éther. P. = 100, T. = 38°8.

25 janvier. Moins de faiblesse : le malade prend le dessus.

28 janvier. La défervescence s'accentue et la convalescence commence.

A la fin de février, H... H... est complètement rétabli.

Obs. II. — Le nommé G..., 32 ans, terrassier italien, venu en France, présente tous les signes d'une fièvre typhoïde : épistaxis du début, céphalalgie, courbature, stupeur, sècheresse de la langue ; — taches rosées lenticulaires, gargouillement de la fosse iliaque droite. — Hypertrophie de la rate. Cet ouvrier a eu à plusieurs reprises les fièvres intermittentes.

Traitement classique : toniques, lavages de l'intestin, — sulfate de quinine.

1er mars 1882. Face hébétée, torpeur ; ventre ballonné sensible ; vomissements.

Matin : P. = 90, T. A. = 39°,2. Soir : P. = 110, T. A. = 40°. Glace sur le ventre. Limonade glacée, lait froid par cuillerée.

2 mars. Absence de sommeil ; pas de délire ; diarrhée abondante et fétide ; tremblement de la langue qui est noirâtre ; enduit pultacé de la gorge.

3 mars. Le ventre est moins douloureux ; la diarrhée continue. — Prostration plus marquée : petitesse du pouls.

4 mars. Peu de ballonnement du ventre. Le malade répond à peine aux questions : subdélire pendant la nuit. Respiration accélérée ; pouls régulier, mais faible. Léger œdème des extrémités : l'urine contient des traces d'albumine.

Une injection d'éther (1 gramme) pratiquée le matin fait sortir le malade de sa torpeur : le regard est moins éteint. P. = 96. T. A. = 38°,8.

État comateux dans la soirée : injection d'éther, 1 gramme.

5 mars. Nuit mauvaise ; délire calme. — Après l'injection la langue devient humide. Respiration moins accélérée et plus ample ; légère moiteur de la peau.

Le soir, nouvelle injection d'éther.

7, 8, 9 mars. État stationnaire. Après chaque injection, le malade manifeste cependant un certain bien-être. — Application de ventouses pour combattre les phénomènes congestifs développés du côté du poumon.

11 mars. Adynamie moins prononcée ; — le malade marmotte encore des monosyllabes.

13 mars. Pas de délire pendant la nuit ; insomnie.

Toutes les heures une cuillerée à soupe de vin de Malaga. — Continuation des injections d'éther.

14 mars. Au matin, le pouls est plus fort ; — après l'injection une sueur abondante couvre le corps du malade ; — la langue se débarrasse.

Soir : P. = 90, T. A. = 38°,4.

15 et jours suivants. Amélioration sensible : État général satisfaisant.

Obs. III. — Le nommé B..., âgé de 16 ans, est au 13e jour d'une fièvre typhoïde jusqu'alors de moyenne intensité.

14 mai. Délire. Ventre plus ballonné que la veille. Pouls faible, dicrote, P. = 90. Facies hébété. — Narines pulvérulentes. — Trois selles en diarrhée pendant la nuit.

15 mai. La somnolence et la torpeur font des progrès ; tremblement de la langue qui est sèche, jaunâtre, rouge à la pointe.

16 mai. Délire pendant toute la nuit. Aggravation de l'état général ; face plaquée de rouge. Les yeux sont injectés ; la peau sèche et brûlante. Dyspnée vive : respiration courte, difficile, anxieuse. Signes de congestion pulmonaire.

Matin : P. = 100, T. A. = 38°,4. Soir : P. = 110, T. A. = 39°8. Injection d'éther : 1 gramme ; — pouls plus fort et plus régulier.

Le soir même état. Injection d'éther : respiration plus facile ; langue moins sèche.

17 mai. État toujours grave. Diarrhée abondante. Le malade est fortement abattu et respire avec peine.

Matin : P. = 106, T. A. = 39°,4. Injection d'éther : 1 gramme. Le soir le malade est plus calme : l'adynamie est toujours prononcée. — Nouvelle injection d'éther. Le malade est moins absorbé après l'injection. Dyspnée diminue.

Soir : P. = 120, T. A. = 40°,2.

18 mai. Délire calme dans la nuit. Congestion pulmonaire persistante. — Continuation des injections d'éther matin et soir.

21 mai. Légère amélioration. Adynamie moindre ; peu de dyspnée ; langue légèrement humide ; se débarrasse des saburres.

22 mai. Facies moins typhique : a dormi assez bien. Deux injections par jour.

25 mai. Après l'injection du matin, le malade cause plus volontiers : il accuse une légère sensation d'ivresse, qui se traduit sur son visage par une certaine vivacité du regard. — Envies de vomir. — Le pouls est fort et vibrant. P. = 90.

27 mai. Mieux général ; peau fraîche ; dyspnée presque nulle. — A partir de ce jour l'amélioration se prononce jusqu'à la complète guérison.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 août 1883. — Présidence de M. Tillaux.

Traitement des hernies étranglées. — M. **Berger** proteste contre les critiques formulées dans la dernière séance par M. Després contre la pratique de M. Gosselin qu'il représente comme partisan du taxis forcé au préjudice de l'opération. En outre, M. Després pense avoir établi, par sa statistique, que le chirurgien, appelé pour une hernie étranglée, ne doit quitter le malade que quand la hernie est rentrée. Ce principe est reconnu aujourd'hui de tous les chirurgiens, il avait été proclamé de la façon la plus nette par M. Gosselin lui-même, comme il est facile de s'en convaincre par la lecture de son livre paru en 1865 et dont M. Berger lit plusieurs passages.

M. **Després** ne s'est jamais attribué cette proposition : ne pas quitter une hernie étranglée avant d'avoir réduit l'intestin par le taxis ou la kélotomie. Il y a des siècles que les bons chirurgiens ont enseigné cela. Ce qui lui appartient, c'est cet axiome : *Le taxis aggrave le pronostic des hernies étranglées qu'il ne réduit pas.*

Personne, plus que lui, ne rend hommage à M. Gosselin ; mais la bonne foi exige qu'il répète ce qu'il a dit.

M. Gosselin, par lui-même et par son élève Delaunay, a préconisé le taxis prolongé avec le chloroforme, et il le préconise encore pour les hernies un peu grosses. Ce taxis est dangereux, et ce qui ne l'est pas moins, c'est ce que M. Gosselin appelle le purgatif d'attente. Ce purgatif, administré avant le taxis ou la kélotomie, est une dangereuse pratique contre laquelle il faut s'élever.

Influence du traumatisme sur le paludisme. — M. **Richelot** donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Vieusse (d'Oran), intitulé : *Contribution pour servir à l'histoire et à l'influence du traumatisme sur le paludisme.*

Ce travail contient cinq observations de malades qui, à la suite d'un traumatisme opératoire ou accidentel, ont vu des accès intermittents se réveiller longtemps après la disparition des accès fébriles, et ne disparaître complètement qu'après l'administration régulière du sulfate de quinine.

M. le rapporteur croit cependant devoir faire des réserves en ce qui concerne le cinquième fait, qui ne lui paraît pas appartenir à la même catégorie que les autres.

Il n'en reste pas moins que le travail de M. de Vieusse, bien que ne contenant rien de nouveau, présente cependant un intérêt réel.

M. **Verneuil** dit que les observations de M. Vieusse sont d'autant plus intéressantes, que les livres classiques ne parlent pas de l'influence du traumatisme sur le paludisme. Il serait donc à désirer que les médecins et les chirurgiens qui exercent dans les pays où les fièvres intermittentes existent, recueillissent des faits semblables à ceux que M. Vieusse vient d'envoyer ; c'est à l'aide de ces documents que l'on pourra un jour élucider le problème qu'il s'agit de résoudre.

La cinquième observation de M. Vieusse, au sujet de laquelle M. le rapporteur a cru devoir faire des réserves, pourrait bien être un cas de fièvre pernicieuse. Le malade a succombé au bout de 36 heures, après un violent accès de fièvre. Or, ni la pyohémie, ni la septicémie, ni le *choc* opératoire, ne tuent dans un si court espace de temps. D'ailleurs cette mort rapide a été déjà observée plus d'une fois, chez des paludiques, à la suite d'une opération.

Présentation de malade. — M. **Bouilly** présente un malade sur lequel il a pratiqué l'opération d'Estlander, pour obtenir l'oblitération d'une fistule thoracique survenue à la suite d'une pleurésie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La mortalité cholérique diminue de plus en plus en Égypte et oscille actuellement entre 360 et 400 décès par jour au lieu de 700 à 800 la semaine dernière.

— Par décisions ministérielles, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

Médecins-majors de première classe : — M. Labrevoit, pour les hôpitaux de la division d'Alger ; — M. Rebstock, pour le 76e d'infanterie ; — M. Gobil, pour la légion étrangère ; — M. Heymann, pour l'hospice mixte de Reims.

Médecins-majors de deuxième classe. — M. Bayard, pour le 12e escadron du train (provisoirement) ; — M. Jouanno, pour le 48e d'infanterie ; — M. Depéret, pour le 98e d'infanterie (provisoirement) ; — M. Barthé, pour être maintenu au 144e d'infanterie ; — M. Guillemot, pour le dépôt du 105e d'infanterie ; — M. Benech, pour le 26e bataillon de chasseurs à pied ; — M. Choné, pour le 1er cuirassiers ; — M. Lallemand, pour le 9e bataillon de chasseurs à pied ; — M. Vidal, pour être maintenu au 126e de ligne ; — M. Troy, pour le 83e d'infanterie (provisoirement) ; — M. Douart, pour les établissements d'artillerie, à Bourges (emploi créé) ; — M. Castaing, pour être maintenu au 92e d'infanterie ; — M. Pommay, pour être maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger ; — M. Laval, pour être maintenu au 10e dragons ; — M. Repoigney, pour l'École normale de gymnastique (provisoirement) ; — M. Demeunynck, pour le 8e dragons ; — M. Ferrié, pour être maintenu au 100e d'infanterie.

Médecins aides-majors de première classe. — M. Godet, pour le bataillon du 62e d'infanterie, à Paris ; — M. Médieux, pour être maintenu au 25e d'infanterie ; — M. Altemaire, pour le 35e d'infanterie ; — M. Schneider, pour le 101e d'infanterie ; — M. Debierre, pour le 139e d'infanterie ; — M. Schmit, pour le 6e cuirassiers ; — M. Torthe, pour être maintenu aux hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie ; — M. Fribourg, pour l'hôpital de Vincennes.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — M. Hassler, pour être maintenu au 82e d'infanterie ; — M. Chuffart, pour le 16e bataillon de chasseurs à pied.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Drouineau, chirurgien en chef honoraire des hospices civils de la Rochelle, décédé le 21 août, à l'âge de 84 ans.

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 14 janvier 1884, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteur de l'une des Facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

— Les conférences cliniques de M. le docteur Monod, suppléant M. le professeur Trélat à l'hôpital Necker, sont momentanément interrompues. Elles reprendront le jeudi 6 septembre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14949.

N° 98. — MARDI 28 AOUT 1883. 56e ANNÉE. MARDI 28 AOUT 1883. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** ».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. La paralysie générale des aliénés. — Du cuivre contre le choléra au point de vue prophylactique et curatif. — Documents historiques et prophylactiques sur le choléra. — Revue bibliographique. — Thèses. — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

La paralysie générale des aliénés.

I

Anatomie pathologique. — Nature. — Étiologie. — Pathogénie. — Parmi les affections du système nerveux central qui déterminent des troubles psychiques, il n'en est guère de plus intéressante au point de vue auquel nous nous plaçons si souvent ici, — le point de vue médico-légal, — que celle qui a tour à tour été désignée sous les noms de *folie paralytique* (Parchappe), de *méningite chronique avec aliénation* (Bayle), de *péri-méningo-encéphalite chronique diffuse* (Calmeil), d'*encéphalite interstitielle diffuse* (Magnan), et qu'on appelle plus communément la paralysie générale, la démence paralytique ou la paralysie générale des aliénés.

Il s'agit là d'une affection commune entre toutes et que vous rencontrerez à chaque pas dans nos asiles d'aliénés. Il n'y a pas moins d'un quart de nos malades, en effet, qui en soient atteints, du moins dans les divisions affectées aux hommes, chez qui la paralysie générale sévit avec une certaine prédilection. Moins commune à la vérité chez les femmes, la péri-méningo-encéphalite affecte néanmoins assez couramment ces dernières, et n'eussions-nous à tenir compte que de la multiplicité des cas de cette redoutable maladie que nous devrions encore nous attacher à son étude avec un vif intérêt.

Mais, en outre, la paralysie générale, par certains traits de sa symptomatologie, par plusieurs particularités de son évolution, prête à des considérations qu'il est important de vous faire connaître. J'ai eu l'occasion d'y insister jadis (1), à une époque où l'étude de la péri-méningo-encéphalite était moins familière qu'aujourd'hui, et je puis, mot pour mot, vous répéter ce que je disais, il y a dix-sept ans : interrogez les paralysés généraux, questionnez sur leurs antécédents les médecins ou les surveillants qui les approchent, et vous apprendrez que, à de rares exceptions près, la police, la justice ou l'administration ont eu à s'occuper soit d'actes délictueux accomplis par eux, soit de promesses extravagantes, d'engagements onéreux, d'achats absurdes, de largesses ridicules, de donations insensées, qui, de la part de ces malheureux, ont été le fait de leur confiant abandon, de leur maladive imprévoyance et de leur étrange facilité à devenir la proie des fripons.

(1) Étude médico-légale sur la paralysie générale. — Paris, 1866, *Gazette des hôpitaux*.

Avant d'entrer dans l'étude détaillée des mille circonstances dans lesquelles le paralysé général joue un rôle effacé ou dominant dans la médecine judiciaire, je ne puis pas ne pas vous exposer au moins sommairement l'état actuel de nos connaissances tant sur les lésions anatomiques qui caractérisent la maladie, que sur les symptômes par lesquels celle-ci s'accuse.

Cette étude, commandée aujourd'hui par les importants progrès qu'a réalisés dans ce siècle et particulièrement durant les soixante dernières années, l'histoire de la paralysie générale, servira d'utile préface aux développements que j'aurai ultérieurement à vous présenter sur le côté médico-légal de la question, et elle nous permettra en même temps d'assigner à la maladie la place légitime qui lui revient, au sein du groupe si complexe et par bien des côtés quelque peu confus, des affections mentales.

C'est qu'en effet, parmi les types nombreux que s'attache à décrire l'aliéniste, seule la paralysie générale a un substratum anatomique connu, celui-là, il est vrai, aujourd'hui bien défini et parfaitement caractérisé, dans ses traits principaux tout au moins.

C'est à Bayle (1) d'abord, puis à Calmeil (2), vous ne l'ignorez pas, que revient le mérite d'avoir mis hors de doute la réalité et la constance de lésions matérielles positives chez les paralysés généraux. Toutefois ces médecins éminents s'attachèrent tout d'abord à décrire des altérations qui, bien qu'habituelles, ne sont après tout que secondaires au point de vue de l'ordre d'évolution et de l'importance nosologique. Ils avaient été frappés, en effet, principalement par l'existence des lésions méningées ; un peu plus tard, il est vrai, Calmeil constata celles de la couche corticale du cerveau ; de là le nom de péri-méningo-encéphalite diffuse que ce dernier auteur donna à la maladie. Mais Bayle et Calmeil n'ayant eu à leur disposition que des moyens d'exploration anatomique relativement grossiers, ne pouvaient apercevoir qu'un petit nombre des lésions constitutives de

(1) Th. sur l'arachnitis, 1822. — Nouvelle doctrine des maladies mentales, 1825. — Traité des maladies du cerveau et de ses membranes, 1826.

(2) Calmeil. — De la paralysie considérée chez les aliénés. 1826, etc.

l'affection. Les recherches ultérieures, celles de Marcé, de Baillarger, de Joire, celles plus récentes de Magnan (1), de Lubimoff (2), de Mierzejewski, celles de Westphal (3) et bien d'autres, nous ont fait pénétrer plus avant dans l'histoire anatomique de la maladie et nous mettent à même d'en donner aujourd'hui une définition plus précise et à la fois plus exacte.

La paralysie générale progressive n'est pas seulement une *méningite chronique,* comme le pensait Bayle, ni une simple *péri-méningo-encéphalite,* comme l'affirmait Calmeil, c'est une *encéphalite chronique interstitielle diffuse.* Ce n'est même point assez dire, et en envisageant les cas les plus complexes, ceux dans lesquels aux manifestations cérébrales se joignent des symptômes spinaux ou des lésions des nerfs périphériques, on peut définir la maladie une *inflammation interstitielle diffuse et chronique de la gangue conjonctive du système nerveux.*

Les développements dans lesquels je vais entrer maintenant, feront ressortir la légitimité de cette appellation.

Il est nécessaire, pour que vous puissiez bien comprendre ces développements, que vous ayez présentes à l'esprit et la structure générale du système nerveux et la disposition qu'affectent réciproquement, les uns par rapport aux autres, les différents éléments constitutifs de ce système. Vous savez que les éléments nerveux proprement dits, cellules nerveuses ou tubes nerveux, sont en quelque sorte noyés dans une atmosphère de tissu conjonctif, qui est à la fois et leur milieu de protection et l'intermédiaire par lequel arrivent jusqu'à eux, au moyen des vaisseaux sanguins ou des voies lymphatiques, les agents de la nutrition et de la rénovation moléculaire. Ce tissu conjonctif, abondant dans les nerfs périphériques, est plus discrètement répandu, ou plutôt constitué par des fibrilles plus ténues, dans les centres nerveux où il porte le nom de névroglie. Cette névroglie est partout, dans le cerveau et dans la moelle ; elle existe dans la substance grise comme dans la substance blanche, mais elle se masse, si je puis dire, sur certains points, et comme c'est la névroglie qui est surtout en cause dans le processus que nous étudions, vous devinez que c'est en ces régions que les lésions de la paralysie générale seront plus habituelles et plus prononcées.

C'est ainsi que dans le cerveau et dans la moelle la névroglie abonde, surtout au-dessous de la pie-mère à la périphérie, au pourtour du canal épendymaire et sur la paroi des ventricules cérébraux. En réalité, au point de vue anatomo-pathologique tout au moins, la pie-mère et l'épendyme peuvent être considérées comme une sorte de condensation, d'épaississement, sous forme de feuillet, de cette névroglie.

Il en résulte que les lésions inflammatoires chroniques qui caractérisent la paralysie générale progressive, puisqu'elles ont leur point de départ dans la névroglie, seront plus accusées là où la névroglie est le plus abondante, c'est-à-dire à la surface externe du cerveau et de la moelle (péri-méningo-encéphalite et péri-myélite), sur la paroi des ventricules ou autour du canal épendymaire. Ce qui ne veut pas dire qu'elles se localisent exclusivement sur ces points de prédilection. La gangue conjonctive, en effet, existe partout, je le répète, ici plus condensée, là plus discrète, mais toujours présente, aussi bien dans la profondeur de la substance cérébrale qu'au niveau des couches externe ou interne de celle-ci; aussi les altérations n'épargneront pas la substance blanche du cerveau, contrairement à ce qu'on avait pu penser autrefois. En un mot, la lésion inflammatoire chronique est diffuse par essence, plus ou moins généralisée ou plus ou moins accusée suivant les lieux et les cas, peu importe ; c'est bien une encéphalite diffuse interstitielle, comme on l'a plus récemment appelée, ou mieux une phlegmasie diffuse du système nerveux, avec prédominance encéphalique toutefois, dans les cas habituels.

Si j'ajoute que les altérations de la névroglie retentissent nécessairement sur les organes qui la traversent (tubes et cellules nerveux), vous comprendrez qu'à la lésion primitive s'en surajoutent toute une série d'autres qui sont nosologiquement accessoires, en ce sens qu'elles paraissent être secondaires, mais qui n'auront pas une faible part dans la genèse des symptômes par lesquels se traduira la maladie. Je vous rappellerai enfin que le processus, qui dans l'espèce est toujours chronique, est susceptible cependant d'évoluer avec plus ou moins de rapidité, procédant quelquefois sur certains points isolés par poussées subaiguës, tandis que, ailleurs, il affecte une marche remarquablement lente.

Dans les quelques considérations qui précèdent me paraît résider tout le secret des lésions anatomiques de la paralysie générale. Vous allez en juger par la suite.

Il y a dans la paralysie générale des altérations constantes, ce sont celles de l'encéphale, et d'autres accessoires, les altérations de la moelle et des nerfs périphériques.

Nous allons les passer successivement en revue les unes et les autres.

α. *Lésions du cerveau.* — Ce qui frappe tout d'abord lorsqu'on examine le cerveau d'un malade qui a succombé à la paralysie générale progressive, c'est l'existence de lésions méningées. La pie-mère, en effet, est épaissie, opaline par places, particulièrement le long des vaisseaux ; elle se détache moins aisément qu'à l'état normal de la substance grise sous-jacente, dont elle entraîne des parcelles avec elle. Il en résulte qu'après l'ablation de la pie-mère, les couches verticales sont *entamées* par place, comme exulcérées, passez-moi le mot. Le fond de ces sortes d'exulcérations est quelquefois gris, souvent rougeâtre, teinté de sang et cette coloration dénote un état congestif de la substance grise. Les lésions qui précèdent sont les plus apparentes de toutes, ce sont celles qui fixent tout d'abord les regards et qui avaient attiré l'attention de Bayle et de Calmeil, d'où les noms de méningite chronique, de péri-méningo-encéphalite assigné à l'affection par ces derniers auteurs. Une particularité importante à relever, c'est que les lésions dont il s'agit ne sont pas irrégulièrement diffuses sur toute l'étendue de la substance cérébrale. Elles affectent, avec une certaine prédilection, les parties antérieures du cerveau, lobes frontal et pariétal, respectant à peu près constamment les régions postérieures, notamment le lobe occipital. Ce détail n'est pas sans intérêt et peut, dans une certaine mesure, nous expliquer la prédominance des troubles intellectuels et moteurs dans la maladie, car, vous le savez, les régions motrices du cerveau occupent le voisinage du sillon de Rolando, et il y a des présomptions pour que les circonvolutions anté-

(1) Magnan. — Th. de Paris 1866. — Arch. de phys. 1868 et 1869. — Lésions des parois ventriculaires dans la paralysie générale. Arch. de physiol. 1873. — En collaboration avec Mierzejewsky.

(2) Lubimoff. — Arch. für psychiatrie 1874. — Archives de physiologie, 1874.

(3) Westphal. — Des altérations de la moelle dans la paralysie générale des aliénés (*Wirchow's Arch.* 1867).

rieures jouent un rôle prédominant, sinon exclusif, dans les phénomènes intellectuels.

Mais ce serait une erreur de croire, et nos devanciers sont tombés dans cette erreur, que les altérations des méninges et celles des circonvolutions soient les seules qui constituent la maladie. Ces lésions peuvent manquer, ne l'oubliez pas, et communément elles se combinent, je vous l'ai laissé entrevoir, avec d'autres lésions qui occupent les parties internes, c'est-à-dire le voisinage de l'épendyme.

Joire, en effet, a décrit avec beaucoup de soin, il y a quelques années, des altérations qui, à la vérité, avaient été signalées avant lui par plusieurs auteurs, par Bayle notamment, et qui sont facilement visibles à l'œil nu. Il s'agit d'un semis de petites granulations occupant la surface du plancher du quatrième ventricule et celle des ventricules latéraux. Ces granulations communiquent à ces surfaces un aspect analogue à celui que présente la peau dans le phénomène dit de la « chair de poule ». Magnan et Mierzejewsky ont bien étudié ces granulations au point de vue de leur structure et de leur signification histologique, et je vous indiquerai, dans un instant, les résultats des recherches de ces auteurs.

Vous voyez déjà, par ce qui précède, que les lésions de la paralysie générale sont, comme je vous l'ai fait pressentir, beaucoup plus diffuses que ne l'avaient pensé les premiers auteurs (Bayle, Calmeil), et le simple examen microscopique serait de nous enseigner que ces lésions intéressent aussi bien les parties voisines des cavités que les couches corticales. Bien plus, l'étude histologique qui, dans ces derniers temps, a été poursuivie avec beaucoup de patience et de succès, établit que le cerveau est lésé dans toute sa masse : les couches profondes ne sont pas plus indemnes que les périphériques ; et le fait est si vrai que dans quelques cas, exceptionnels il faut le dire, les altérations microscopiques précédemment indiquées peuvent faire défaut, et il faut alors chercher, à l'aide du microscope, dans les profondeurs de l'organe, le substratum anatomique de la maladie.

Mais qu'il s'agisse d'altérations périphériques ou centrales, peu importe, le processus élémentaire est toujours le même, c'est celui que je vous ai signalé au début de cette leçon et que je vous décrirai brièvement. Les noyaux de la paroi des capillaires se multiplient, prolifèrent, comme on dit, en même temps ceux de la névroglie et les petites cellules qui constituent cette dernière, augmentent de volume et de nombre, subissent par place la dégénérescence colloïde, là où l'altération évolue avec plus de rapidité, mais finalement, sur la plupart des points, le résultat de la néoplasie est l'épaississement scléreux de la gangue conjonctive.

Noyées au sein de cette gangue irritée, les cellules nerveuses subissent la dégénération pigmentaire, plus rarement s'atrophient, mais la lésion de ces dernières semble être consécutive, et la néoplasie vasculo-conjonctive reste l'élément morbide fondamental. Voilà pourquoi c'est à la périphérie du cerveau ou sur les parois ventriculaires que les lésions sont le plus accusées, parce que c'est là que la névroglie est surtout abondante. Le ramollissement cortical, les adhérences et l'épaississement méningés, qui avaient frappé Bayle et Calmeil sont le résultat de cette irritation formatrice ; de même les granulations des parois des ventricules sont constituées, comme l'ont montré les recherches de Mierzejewsky et de Magnan, par de véritables petits fibromes, sorte de poussées sous-épendymaires de la névroglie irritée et sclérosée.

Tel est, en somme, le processus essentiel qui engendre les lésions cérébrales de la paralysie générale progressive. Les altérations autres que celles de la névroglie ou des parois vasculaires, néo-formation ou rupture de vaisseaux, hémorragies interstitielles, lésions des cellules et des tubes nerveux, ne sont que des altérations accessoires ou, pour parler plus juste, secondaires.

β. *Lésions de la moelle.* — Le processus est identique dans la moelle. C'est à Westphal surtout que revient le mérite d'avoir mis en relief la réalité et la fréquence des lésions médullaires dans la paralysie générale. Habituellement consécutives ou au moins concomitantes aux altérations du cerveau, elles peuvent être cependant primitives, et vous prévoyez les modifications qui, de ce fait, surviendront dans la symptomatologie. Dans ce dernier cas, la maladie se traduira tout d'abord non plus par des troubles cérébraux, comme cela a lieu habituellement, mais par des symptômes relevant de la perturbation de l'activité spinale, ceux du tabes dorsalis par exemple.

La prolifération interstitielle dans la moelle se localise de préférence, comme au cerveau, soit au pourtour de l'organe, au voisinage de la pie-mère, soit au centre autour de l'épendyme. Elle affecte avec prédilection les cordons postérieurs, d'où les symptômes du tabes (douleurs fulgurantes, etc.) si communs au début ou dans le cours de la paralysie générale. Mais elle peut se diffuser, intéresser les cordons latéraux : de là des phénomènes paraplégiques qu'autrefois on rapportait indument aux lésions cérébrales. Les cornes grises antérieures peuvent elles-mêmes participer à l'inflammation interstitielle et, comme dans toutes les altérations de ces cornes, l'atrophie musculaire se manifeste, intéressant d'une manière irrégulière tel ou tel autre groupe de muscles (Hanot, A. Voisin).

γ. *Lésions des nerfs.* — Enfin, primitivement ou secondairement, les nerfs se prennent à leur tour, se sclérosent : l'optique et l'olfactif, les divers nerfs moteurs de l'œil, l'auditif, ceux qui naissent de la moelle comme le sciatique, et plus d'un des troubles du sentiment et du mouvement qu'on serait tenté de rapporter aux lésions centrales, relèvent de ces altérations des conducteurs, la cécité par exemple, qui n'est pas rare lorsque l'atrophie papillaire est la conséquence de la sclérose des nerfs optiques.

Le grand sympathique lui-même n'est pas à l'abri de l'inflammation et la dégénérescence scléreuse peut s'observer, comme Bonnet et Poincarré l'ont relevé, dans les ganglions qui le constituent. Je dois dire, toutefois, que les précédents auteurs ont eu, à mon sens, le tort d'attribuer une signification de premier ordre à des altérations qui, après tout, sont tout à fait accessoires.

Vous le voyez, nous sommes bien loin de l'ancienne définition anatomique de la paralysie générale donnée par Bayle et Calmeil, bien loin de la méningite chronique, de la péri-méningo-encéphalite. Nous avons affaire à une inflammation interstitielle chronique qui intéresse à la fois la gangue conjonctive du tissu nerveux, dans ses diverses régions, et nous sommes en droit, comme je vous le disais au début de cette leçon, de définir la paralysie générale une inflammation interstitielle diffuse et chronique de la gangue conjonctive qui entoure les éléments nerveux, ceux de l'écorce

cérébrale comme ceux du centre ovale, ceux de la moelle comme ceux des nerfs.

Cette notion anatomique me paraît de nature à jeter quelque lumière sur la pathogénie de la maladie, je veux dire sur le mode d'action des causes spéciales qui la déterminent. Il s'agit, sans aucun doute, dans le court aperçu que je veux vous présenter, de simples hypothèses, plus ou moins conformes aux grandes données de la pathologie générale, mais d'hypothèses qui, après tout, satisfont l'esprit, vous allez le voir, et qu'à ce titre il n'est pas interdit d'envisager.

L'irritation de la gangue conjonctive des organes, si nous en jugeons par les faits que nous révèle l'étude de la pathologie viscérale, est toujours consécutive à celle des organes qui la traversent et auxquels elle sert de support. Tantôt, en effet, c'est autour des vaisseaux sanguins, qui transportent des produits toxiques, infectieux ou autres, qu'irradie l'inflammation interstitielle, tantôt autour des organes de sécrétion ou des conduits excréteurs. Ainsi se passent les choses dans le poumon, dans le foie, dans le rein, comme nous l'ont montré les beaux travaux qui, durant ces dernières années, ont éclairé l'anatomie pathologique de ces viscères. Que l'irritation du tissu conjonctif soit consécutive à la périphlébite comme dans la cirrhose de Laennec, à la périartérite comme dans certaines formes de néphrite interstitielle, à l'inflammation des conduits biliaires comme cela a lieu dans la cirrhose hypertrophique du foie, peu importe, cette irritation est toujours secondaire.

Ne sommes-nous pas, dès lors, autorisé à supposer *à priori* qu'il en est du cerveau comme du rein, du foie, du poumon? Cette hypothèse est d'autant plus plausible qu'elle est légitimée par l'analyse des conditions génératrices de la paralysie générale.

Affection de l'âge adulte, plus commune, je vous l'ai dit, chez les hommes que chez les femmes, l'encéphalite interstitielle naît quelquefois du fait de certaines intoxications, le plomb (Devouges), l'alcool, peut-être même de maladies infectieuses comme la syphilis; plus souvent elle résulte d'une prédisposition héréditaire fâcheuse que vient ou non seconder et mettre en jeu tout un ensemble de causes accessoires, assez influentes cependant pour déterminer dans quelques cas l'affection, sans le secours de cette prédisposition individuelle transmise par l'hérédité. Ces causes sont les fatigues de toutes sortes, au premier rang les fatigues intellectuelles et les préoccupations morales, les excès quels qu'ils soient, et en première ligne les excès sexuels. La paralysie générale est, en effet, la maladie de bien des débauchés, mais c'est surtout celle des individus qui se sont surmenés, chez qui un travail assidu et forcé a fatigué l'activité cérébrale. Or, quelle que soit celle des précédentes conditions génératrices que l'on envisage, on est en droit d'admettre que l'irritation de la névroglie a pour point de départ soit les vaisseaux sanguins, soit les éléments nerveux eux-mêmes. Là c'est une substance toxique qui va irriter les parois vasculaires d'abord, puis par voisinage la gangue conjonctive périphérique; ici ce sont les cellules ou les tubes nerveux, qui par suite d'un fonctionnement exagéré ou vicieux, héréditaire ou accidentel, vont jeter dans le milieu lymphatique qui la baigne les produits d'une dénutrition défectueuse et provoquer l'inflammation de la trame dans les mailles de laquelle cette lymphe circule.

A peine, à propos de quelques cas où la paralysie générale a paru consécutive à un traumatisme crânien, à un coup de soleil, à un érysipèle de la face, peut-on supposer une action nocive agissant directement et primitivement sur la névroglie. Il n'en reste pas moins très vraisemblable que lorsque cette névroglie prolifère, elle le fait parce qu'elle a reçu le contre-coup des troubles fonctionnels ou nutritifs dont les organes nobles (vaisseaux et éléments nerveux qui la traversent) ont été le siège premier.

Les notions précédentes, toutes spéculatives qu'elles puissent paraître, ont au moins l'avantage, vous le reconnaîtrez, de permettre de rapprocher l'encéphalite interstitielle des inflammations conjonctives des autres viscères, et de fournir à l'esprit une interprétation satisfaisante du mode d'action des causes qui déterminent la paralysie générale.

DU CUIVRE CONTRE LE CHOLÉRA

AU POINT DE VUE PROPHYLACTIQUE ET CURATIF (1),

Par M. le docteur V. Burq.

II

Passons maintenant à une autre question. Celle des prétendus dangers qu'il pourrait y avoir à prendre du cuivre pour se préserver.

Il est bien vrai que les sels de cuivre sont vomitifs à très petite dose ainsi que ceux d'antimoine, et particulièrement l'émétique. Il est très vrai aussi que lorsqu'on les fait arriver en masse dans l'estomac d'un chien, sous forme d'une boulette enrobée de beurre ou de viande hachée, ils y déterminent des désordres capables de tuer l'animal. Mais il est démontré aujourd'hui qu'ils ne sont point toxiques dans le sens vrai du mot, à la façon de l'arsenic ou du plomb, par exemple, et que chacun peut faire impunément usage du cuivre à dose progressive, de manière à arriver à se mettre dans les mêmes conditions d'imprégnation cuprique que les ouvriers en cuivre les plus épargnés. Cela résulte : 1° Des recherches que nous fîmes toujours parallèlement à celle de l'immunité cholérique sur la *prétendue colique de cuivre*, recherches qui furent constamment négatives, à d'infimes exceptions près ayant trait surtout à de jeunes apprentis dont les déclarations doivent être tenues pour très suspectes, parce qu'elles furent rarement sans leur valoir quelques tasses de lait et l'occasion de faire l'école buissonnière.

2° De ce fait notoire que ladite colique n'a plus que le souvenir d'une légende dans les hôpitaux où, comme à la Charité, par exemple, ou bien à Beaujon, se traitent au contraire un si grand nombre de coliques de plomb sur lesquelles tout le monde est d'accord.

3° Des expériences sur les animaux que nous fîmes, à *partir de* 1869, en collaboration avec M. le docteur Ducom, dans le laboratoire de la pharmacie de l'hôpital Lariboisière, expériences publiées d'abord en septembre 1851, dans un deuxième travail sur le cuivre (br. in-8), et, plus tard, dans les *Annales de physiologie normale et pathologique*.

4° Des expériences confirmatives du docteur Galippe, qui suivirent.

5° Des observations cliniques de Duncan, Gerbier, Guersant, Mercey (de Pesth), etc., qui, après Boërhaave, Van Helmont, Helvétius Boyle, etc., firent un si grand usage du cuivre à l'intérieur.

6° De ce fait que, sans parler de l'usage aussi impuni que fréquent que nous fîmes des sels de cuivre à haute dose dans l'épidémie de 1853-54 et surtout dans celle de 1865-66, la métallothérapie emploie journellement le cuivre *intus* presque à l'égal du fer sans que nous ayons jamais eu à noter d'accident fâcheux.

7° Enfin, de la pratique de MM. Martin et Oberlin, médecins de Saint-Lazare, qui auraient traité avec grand succès 50 malades atteintes de syphilis par le sulfate de cuivre et ont déclaré récem-

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 août 1883.

ment (*Gaz. méd.* du 10 avril) que, « dans un cas seulement, il y a eu, au début, quelques vomissements sans gravité..., que les malades ont toléré avec la plus grande facilité ce nouveau traitement. »

Ajoutons que nous venons d'apprendre de deux sources authentiques ce fait qui sera l'objet d'une communication spéciale ; qu'en Espagne, sur les rives du Rio-Tinto, et en Californie, à Juan Capistrano où sont de riches mines de cuivre, il existe une source à eau minérale très en faveur pour la cure de différentes maladies et surtout de la syphilis ; que celle de Rio-Tinto en particulier ne contient pas moins de 19 1/2 de sulfate de cuivre par litre, et qu'on en boit cependant par verrées. Un de nos confrères, le docteur Johnstone, qui a exercé plusieurs années en Californie, nous a dit avoir bu lui-même de l'eau de Juan Capistrano jusqu'à 6 litres par jour, pendant deux semaines, et cette eau serait tellement chargée de cuivre que la boue qu'elle forme sur son parcours devient absolument verte une fois sèche.

B. *Préservation provoquée (externe).* — Un nombre très respectable de faits, rapportés par Hahnemann, par Tedesco, ancien officier supérieur de l'armée turque, par les docteurs Cléver de Maldini, Raymon, Pionnier, Fourrier, etc., et plus proche de nous, par le docteur Maillet, par MM. Vulpian et Larrey, tendent à prouver que la préservation peut s'obtenir par de simples applications de cuivre sur la peau. Le premier, M. Maillet, ex-médecin, au Japon, des mines impériales d'or de Ikouno, a témoigné, dans une relation publiée par la *Gazette des Hôpitaux* du 27 janvier 1880, que, lors d'une violente épidémie qui régna au Japon en 1879, il fit fabriquer, sur les lieux, des ceintures de cuivre semblables à celles que nous préconisions dès le choléra de 1853-54, que presque tous les habitants d'Ikouno s'en pourvurent et qu'aucun n'eut le choléra. « Il faudrait, dit notre distingué confrère, une coïncidence bien extraordinaire pour qu'aucun de mes porteurs de ceinture ne se soit trouvé dans la centaine de cholériques que j'ai eu à soigner (moitié environ moururent) si la ceinture de cuivre n'avait eu aucune valeur prophylactique. »

« En ce moment même, aurait dit M. le professeur Vulpian, à Mékong, dans le delta du Gange et en Égypte, les officiers français et anglais se protègent par le cuivre. »

Dans la séance de l'Académie des sciences du 13, au cours d'une discussion engagée par M. Thénard sur la toxicité du cuivre, à propos d'une communication faite en notre nom par M. le professeur H. Bouley, M. le baron Larrey a dit qu'il tenait d'un ancien médecin distingué de la marine, le docteur Méray, de Paris, que dans l'épidémie de 1832 il fit avec succès usage de plaques de cuivre pour se préserver, lui, les siens et différentes personnes de son entourage. Si M. Larrey n'a commis aucune erreur de date, le fait qu'il a rapporté serait bien curieux, car il résulterait d'une sorte de prescience, aucune observation sur l'immunité des ouvriers en cuivre n'ayant encore été faite à l'époque de la première apparition du fléau en France, ou, du moins, consignée nulle part *à notre connaissance*.

A ces observations nous pourrions en ajouter nombre de personnelles. Mais nous n'en ferons rien pour deux raisons : la première, parce que nous tenons à éviter, autant que faire se peut, de nous servir de propre témoin, et la deuxième, parce que nous estimons que la préservation externe *toute seule*, ne saurait donner une sécurité suffisante.

C. *Préservation provoquée (interne).* — La légende qui a régné si longtemps sur l'extrême toxicité du cuivre et qui hante encore tant d'esprits, et des meilleurs, on vient de le voir par la discussion soulevée à l'Académie des sciences par M. le baron Thénard, a fait échouer nos tentatives de préservation interne. A part quelques fidèles, dont le chiffre est trop minime pour qu'il y ait lieu d'en rien conclure, on s'y montra toujours absolument réfractaire. Les médecins homœopathes, et Hahnemann à leur tête, citent bien des cas nombreux où le cuivre, combiné avec le veratrum, aurait préservé ; mais, comme la métallothérapie ne prétend agir qu'avec des doses massives, ce n'est point dans l'homœopathie que nous irons chercher des arguments.

La *préservation mixte*, — *interne* et *externe* tout à la fois, — n'a point, bien entendu, obtenu plus de faveur. Il en existe pourtant un cas très significatif. C'est celui que nous avons cité sous ce titre : *Une Épisode de l'épidémie de Toulon*. Comme il est particulièrement concluant, nous allons le rapporter en partie, non sans nous excuser d'être obligé ici de nous mettre personnellement en scène.

DOCUMENTS HISTORIQUES ET PROPHYLACTIQUES SUR LE CHOLÉRA

Par M. le docteur BONNAFONT.

Dans l'avant-dernière séance de l'Académie des sciences, M. le docteur Bonnafont, ancien médecin principal des armées et membre correspondant de l'Académie de médecine, a lu, sous ce titre, un fort intéressant mémoire.

Pour M. Bonnafont, le point indiscutable est que toutes les grandes invasions cholériques ont puisé leur élément initial dans l'Inde ; et que c'est sur ce point (les bouches du Delta du Gange) qu'il faut diriger les moyens prophylactiques pour l'atteindre et même le faire disparaître.

Le choléra n'ayant fait son apparition en Europe qu'à la fin du siècle précédent ou au commencement de celui-ci, M. Bonnafont explique ce fait par l'incurie qu'ont mise les Anglais au maintien du régime des eaux dont les Tartares, et surtout les Mongols, avaient doté cette riche contrée. M. Bonnafont appuie ce changement sur des documents fort intéressants puisés dans un rapport du comte de Warren et dans le journal *l'India News* en 1843 et 1844. Ils accusent le gouvernement de l'Inde d'avoir laissé se détruire les canaux et les étangs destinés à capter ou à distribuer les eaux nécessaires aux besoins agricoles et domestiques. Ces eaux, s'étant répandues au hasard et sans aucune direction, ont formé des mares et des marais où l'eau étant en stagnation se prête merveilleusement à la décomposition des matières animales et végétales qui, à certaines époques de l'année et sous l'influence d'un soleil ardent, se putréfient et engendrent les miasmes ou les microbes cholérifères, de même que les marais de l'Afrique produisent les fièvres intermittentes pernicieuses et les marais de l'Amérique du Sud engendrent la fièvre jaune.

D'après M. Bonnafont il faut aller modifier, ou, si possible, détruire la source créatrice du choléra, tous les autres moyens pouvant être comparés à ceux d'un agronome qui, pour faire périr un arbre qui nuit à tout ce qui l'entoure, se borne à l'élaguer de temps en temps au lieu d'attaquer ses racines.

Une fois ces résultats obtenus, l'atmosphère n'étant plus saturée par les miasmes que le vent transporte à une grande distance, les pèlerinages reprendront l'innocuité dont ils ont joui depuis le XIIe siècle, époque de leur début, jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, époque de l'apparition du choléra en Europe.

En résumé, les conclusions qui se déduisent des observations qui précèdent peuvent être exprimées de la manière suivante :

1° Le choléra natif et originaire de l'Inde, comme la fièvre jaune de l'Amérique et la fièvre intermittente pernicieuse de l'Afrique, ne saurait se produire ni s'acclimater en d'autres contrées, sans que des germes de cette maladie n'y aient été apportés par les courants atmosphériques ou tout autre véhicule, mais plus fréquemment par l'atmosphère ;

2° De même que les fièvres, le choléra provenant d'un état insalubre et spécial du sol, disparaîtra comme elles de *partout*, en prévenant ou en empêchant la décomposition des matières animales ou végétales où s'élaborent ses éléments générateurs ;

3° Toutes les épidémies reconnaissant le même principe, sauf les éléments primitifs spéciaux inhérents à chaque contrée, ce résultat s'obtiendra, comme il a été partout obtenu pour les fièvres jaune ou intermittentes, par l'assainissement du sol, soit en le desséchant par la captation des eaux, soit en le maintenant constamment immergé, toute fermentation et évaporation zymotiques importantes étant ainsi rendues impossibles ;

4° Des épidémies secondaires peuvent bien se produire sur des points déjà infectés; mais, sauf quelques exceptions, elles n'auront que très rarement le caractère du vrai choléra algide, et ces épidémies iront toujours en diminuant d'intensité pour s'éteindre complètement, si l'élément toxique n'est renforcé par une nouvelle irruption venue du point d'origine;

5° Ce ne sont pas les cadavres des animaux abandonnés sur le sol par les caravanes des pèlerins qui peuvent ou qui ont pu provoquer les irruptions de cette épidémie, puisque ces habitudes existent de temps immémorial chez ces peuples et que le choléra asiatique et épidémique n'a fait son apparition en Europe, en Afrique et en Amérique que depuis le commencement du siècle;

6° La cause de ces irruptions, devenues si fréquentes et si meurtrières, est ailleurs. C'est en cherchant à les découvrir que M. Bonnafont a trouvé celle, ou du moins une de celles qui ont pu contribuer le plus à provoquer ce triste et si lugubre résultat;

7° Pour combattre ce fléau, il faut nécessairement diriger les travaux vers le pays d'où il vient et les appliquer à la source même où il se développe; alors les quarantaines, si nécessaires aujourd'hui, n'auront plus aucune raison d'être. Partout ailleurs ces mesures, si complètes et si intelligentes qu'elles soient, ne sauraient avoir qu'un résultat presque nul;

8° Puisque l'Angleterre a été, involontairement sans doute, la cause première de la destruction du régime des eaux et par suite de la formation des foyers infectieux où s'élabore l'élément cholérifère et que, en raison de son immense commerce et des intérêts qui la lient à ce pays, elle est la plus intéressée à faire disparaître les irruptions du choléra en Europe ou, tout au moins, à diminuer son intensité locale, c'est donc à elle que doit incomber le devoir de l'entreprendre, seule ou en faisant appel aux autres puissances qui ne manqueront pas de s'associer, dans la mesure de leurs moyens, à une œuvre si essentiellement hygiénique et humanitaire.

Si, comme me l'a assuré l'honorable docteur Clark de Londres, au congrès de Cork en 1878, l'Angleterre a déjà commencé ces travaux d'assainissement, on ne peut que l'encourager et même l'aider à les continuer.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Iconographie photographique de la Salpêtrière, — service de M. Charcot (1), — par MM. les docteurs Bourneville et P. Regnard.

Ce troisième volume est consacré à l'étude de l'hystéro-épilepsie. Nous pourrions dire que les auteurs ont étudié avec soin, dans ce nouveau volume, les zones hystérogènes, le sommeil et les attaques de sommeil, l'hypnotisme, le somnambulisme, le magnétisme, la catalepsie, les procédés de magnétisation et jusqu'au sabbat.

Mais l'*Iconographie* ayant été couronnée cette année même par l'Institut, il nous a paru intéressant de reproduire l'analyse que le rapporteur, M. Paul Bert, a fait de cet ouvrage.

« Le prix annuel fondé par notre savant confrère le professeur Lallemand est, suivant les expressions du donateur, « destiné à « récompenser ou à encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception du mot ».

« Nous l'avons accordé à MM. les docteurs Bourneville et Paul Regnard, pour leur ouvrage intitulé : *Iconographie photographique de la Salpêtrière.*

« Les trois gros volumes dont il est composé comprennent, ainsi que l'indique le titre du travail, un très grand nombre de planches, représentant les diverses attitudes des malades pendant les attaques d'hystérie, d'hystéro-épilepsie et d'épilepsie. Pour obtenir ces reproductions instantanées dans des conditions bien nettement déterminées, les auteurs ont eu à triompher de difficultés considérables, et finalement ont dû se faire eux-mêmes photographes.

« Les observations fort détaillées qui accompagnent ces figures permettent de reconstituer l'histoire de chaque malade de la manière la plus complète. Ce sont là des matériaux des plus précieux pour la connaissance de ces maladies complexes, aux manifestations si variables suivant les patients, et pour chacun d'eux suivant les circonstances.

« Un pareil travail se prête difficilement à l'analyse, car il ne présente ni corps de doctrines, ni conclusions. C'est une collection de documents rassemblés avec le soin le plus scrupuleux, avec la sagacité la plus éclairée, et dans l'exposé desquels rien n'est négligé, ni l'historique, ni la symptomatologie, ni, — et ce n'est pas la partie la moins intéressante de l'ouvrage, — les rapprochements avec l'histoire de personnes atteintes de maladies analogues et dont, même à des époques rapprochées de la nôtre, la crédulité publique a fait des inspirés, des sorciers ou des possédés. La tragique aventure des Ursulines de Loudun, pour prendre un exemple, est reproduite dans toutes ses parties par une série d'observations précises. L'analyse et l'explication des scènes du sabbat, telles que l'ont décrites les démonologues, sont particulièrement intéressantes.

« Non seulement les médecins et les hygiénistes, mais les philosophes, les pédagogues, les historiens, les artistes eux-mêmes, consulteront avec fruit cet important travail que la commission espère voir continuer par ses auteurs. »

La commission était composée de MM. Vulpian, Gosselin, Marey, H. Milne-Edwards; Paul Bert, rapporteur.

De la conception au cours de l'aménorrhée (1), par M. le docteur André Petit, ancien interne des hôpitaux de Paris.

On voit des faits dans lesquels l'écoulement sanguin par les voies génitales, qui est le signe caractéristique de la menstruation, ne s'opère pas, quoiqu'il soit sollicité par le travail de l'ovulation qui s'accomplit dans l'ovaire. Ces faits ne prouvent pas, comme on l'a prétendu, l'indépendance des deux phénomènes ovulation et flux menstruel, dont la corrélation semble établie sur des données physiologiques certaines et bien démontrées; ils prouvent seulement que, dans certaines circonstances pathologiques plus ou moins faciles à déterminer dans la pratique, l'ovulation peut se faire sans que l'excitation qu'elle provoque dans le reste du système génital soit assez forte pour produire l'hémorragie habituelle.

On retrouve presque toujours l'une ou l'autre de ces conditions pathologiques (locales ou générales) chez les femmes qui conçoivent pendant une période d'aménorrhée.

Ces considérations, développées par M. le docteur Petit, lui ont permis de formuler, sous certaines réserves, les conclusions suivantes :

« Si, chez la femme adulte et normalement constituée, il ne se produit pas de flux menstruel en l'absence de l'ovaire ou du fonctionnement physiologique de cet organe, la ponte ovulaire peut au contraire avoir lieu, dans quelques cas, sans que se produise l'écoulement sanguin qui est le phénomène extérieur de la menstruation. Il ne faut pas voir, dans les faits cités à l'appui, un argument en faveur de la théorie de la disjonction entre l'ovulation et la menstruation. Celle-ci, normalement dépendante de la ponte ovulaire, peut parfois faire défaut, lorsqu'il existe chez la femme une cause locale ou générale, plaçant l'utérus dans l'impossibilité de fournir les éléments d'une hémorragie sous l'influence de l'excitation partie de l'ovaire. L'aménorrhée, dans ces circonstances, n'est pas un indice de stérilité. Il existe un assez grand nombre d'exemples de grossesses survenues au cours de l'aménorrhée. Le médecin devra rechercher, avec le plus grand

(1) Un vol. in 8°. — Prix ; 30 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, H. Lauwereyns.

soin, la cause de l'aménorrhée, pour se prononcer sur l'aptitude au mariage et à la fécondation des jeunes filles aménorrhéiques. »

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

311. M. COUZON. Contribution à l'étude de la kératite interstitielle dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise. — 312. M. MAUX. Contribution à l'étude des complications pulmonaires de l'albuminurie. — 313. M. PHILIP. Contribution à l'étude du béribéri chez les Annamites. — 314. M. OLIVE. De quelques considérations sur les causes de la mortalité des nourrissons. — 315. M. SAUVE. Contribution à l'étude de l'action du chloroforme. — 316. M. VANDAMME. L'occlusion intestinale. — 317. M. RATTEL. De la médecine chez les encyclopédistes. — 318. M. BUOT. Du pseudo-rhumatisme typhique. — 319. M. SÉGUIN. Contribution à l'étude de l'albuminurie transitoire des saturnins. — 320. M. GODOT. Érysipèle menstruel. — 321. M. BERTHAULT. Étude sur l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires. — 322. M. BODINIER. Études sur l'enkystement des tumeurs bénignes. — 323. M. LEMOINE. De la rachialgie. — 324. M. COURTIN. Carie de l'épine de l'omoplate. — 325. M. SARAZIN. La vulvite aphteuse de l'enfant. — 326. M. BONNEAU. Exposé historique du traitement du lupus. — 327. M. BINET. Du rôle de la syphilis dans la cécité. — 328. M. BUTTE. Recherches sur les variations de l'exhalation pulmonaire de l'acide carbonique. — 329. M. CARLIER. Anatomie philosophique. — 330. M. CAMBOURLIOU. Complications de la conjonctivite granuleuse chronique et leur traitement. — 331. M. POUSSET. Quelques considérations sur la contusion de la jambe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Goguet, médecin-major de première classe au 22e d'infanterie, a été autorisé à permuter avec M. Ducharme, médecin du même grade au 96e d'infanterie.

— M. Eugène Marotel, médecin aide-major de première classe au 86e d'infanterie, a été autorisé à permuter avec M. Ferrand, médecin aide-major de deuxième classe au dépôt du 18e dragons.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Contribution à l'étude de la sclérose, par B. DUPLAIX. 1 vol. in-8º de 100 pages avec 3 planches contenant 6 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Des arthrophytes, de leur traitement par l'arthrotomie antiseptique, par Édouard FIBICH. 1 vol. in-8º de 133 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14961.

72

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine.
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0 263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0 029
Chlorure de sodium.	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

123

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Strasbourg, 10, à Paris et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT, d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

82

Globules du docteur de Korab

A L'HÉLÉNINE DE KORAB

34

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause *l'Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

50

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. Duval, seul élève de son père, le docteur V. Duval, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

113

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

172

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

31

Huile de foie de morue de Godin

au benzoate de fer.

M. le dr Bazin apprécie ainsi cette préparation : « Cette huile est mieux supportée par les malades que l'huile de foie de morue et le sirop de fer administrés séparément ou combinés ensemble ; son action est plus efficace que celle de ces deux agents donnés séparément. »

Paris, 96, faub. St-Martin, et toutes pharmacies.

19

Vichy, eau minérale naturelle

Sources : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire ; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac ; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire ; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr. ; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

20

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

33

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

14

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

103

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

41

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

35

Droguerie médicinale

Médaille d'or de l'École de Phie de Paris.

RENAULT AINÉ ET PELLIOT

26, Rue du Roi de Sicile, à Paris.

Maison spéciale pour la fourniture des produits pharmaceutiques aux médecins et aux hospices.

PHARMACIES PORTATIVES

La maison envoie *franco*, sur demande, le prix courant de ses produits pharmaceutiques et la notice illustrée des divers modèles de pharmacies portatives.

GRANDES FACILITÉS DE PAIEMENT.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE. 3 mois, 8 fr. 50. — 6 mois, 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois, 10 fr. » — 6 mois, 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU. I. Tumeur anale de nature érectile. — II. Synovite pseudo-membraneuse du genou. — III. Pied bot talus. — HÔPITAL LARIBOISIÈRE. Atélectasie pulmonaire à gauche; guérison. — Du cuivre contre le choléra au point de vue prophylactique et curatif. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance de vacances, mais mieux remplie que les précédentes. Un nouveau mémoire de M. Burq sur l'action prophylactique du cuivre contre le choléra, un rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur le traitement du diabète, et une lecture de M. Polaillon sur un opéré présenté par lui et radicalement guéri d'une hernie congénitale, en ont fait les frais.

Du rapport de M. Beaumetz et de l'échange d'observations qui s'en est suivi, il résulte que les bromures, souvent utiles dans le diabète, peuvent présenter des dangers par la dépression extrême des forces qu'ils produisent chez certains malades quand on les administre à dose constante durant quelque temps.

C'est ce qu'on évite généralement quand on procède suivant une méthode dont nous avons déjà parlé et qui est celle de M. Charcot. Cette méthode consiste à élever les doses des divers bromures progressivement durant quelques jours, puis à revenir brusquement presque au point de départ, pour reprendre ensuite la même progression, et ainsi de suite.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Tumeur anale de nature érectile. — II. Synovite pseudo-membraneuse du genou. — III. Pied bot talus.

Nous avons aujourd'hui trois malades à opérer, desquels nous allons nous entretenir au préalable.

I. Chez le premier, il s'agit de tumeur hémorroïdaires spéciales ou mieux d'une tumeur anale, chez un jeune homme, ce qui est fort rare. A seize ou dix-sept ans, alors qu'il était encore au lycée, après avoir éprouvé pendant quinze jours une constipation opiniâtre, il alla tout à coup à la selle avec fracas, il eut ce qu'on peut appeler une véritable débâcle. Presque aussitôt après, il s'aperçut, dit-il, d'une tumeur à la région anale. Est-ce bien ainsi que les choses se sont passées ? Je l'ignore, mais j'ai quelque peine à croire que les choses éclatent ainsi brusquement, et je suis bien plutôt porté à penser que la maladie pour laquelle il est entré dans notre service existait déjà antérieurement.

Quoi qu'il en soit, à dater de ce moment chaque selle était suivie de la saillie hors de l'anus d'un bourrelet, et quelquefois accompagnée d'un peu de sang. Jusque-là ce n'était qu'une incommodité supportable encore, mais, il y a dix-huit mois, le bourrelet commença à sortir, même sous la seule influence de la marche, et à prendre des dimensions de plus en plus considérables, de telle sorte qu'il devint une véritable infirmité, non pas douloureuse, mais des plus pénibles. C'est ainsi que ce jeune garçon ne pouvait plus marcher pendant quelques instants, faire la moindre course sans être obligé de réduire sa tumeur. C'est là un fait assez extraordinaire. L'année dernière, nous avons bien eu un cas présentant quelque analogie avec celui-ci, mais tout d'abord l'individu était plus âgé, et de plus il s'agissait en réalité d'une impuissance du sphincter à maintenir une tumeur hémorroïdaire, d'un véritable relâchement des fibres musculaires du sphincter. Ici, ce n'est pas la même chose, il n'y a pas relâchement; car si vous pratiquez le toucher anal, vous sentez très bien le sphincter se contracter et vous serrer le doigt. Voici, du reste, ce que l'examen auquel nous nous sommes livré nous a montré : Lorsque l'on dit au malade de faire quelque effort, on voit apparaître à l'orifice de l'anus un petit bourrelet, une petite tumeur bleuâtre qui augmente peu à peu de volume, et dont la saillie au dehors se prononce de plus en plus, comme une tumeur érectile, le sphincter se laissant dilater progressivement jusqu'au moment où tout à coup la tumeur sort en entier. Cette tumeur affecte alors le volume d'un gros œuf de poule, elle est bleuâtre, fait saillie entre les deux fesses et laisse apercevoir à la surface de la muqueuse une série de veines tortueuses qui, si elles se déchiraient, donneraient lieu à un flot de liquide sanguin, à une véritable hémorragie. C'est en réalité une tumeur érectile, une tumeur veineuse anévrysmatique.

C'est là déjà un point fort curieux, un fait très rare, car les tumeurs hémorroïdaires ordinaires ne sortent pas sans être accompagnées d'un écoulement de sang, et de quelques matières, ou de mucus coulant le long des cuisses, dans le cas d'hémorroïdes blanches. Ici, au contraire, nous n'avons ni sang, ni mucus. Il ne s'agit donc ni d'hémorroïdes rouges, ni de ce que nous avons appelé des hémorroïdes blanches. Notre tumeur en diffère totalement et formerait réellement un troisième groupe hémorroïdaire. C'est le premier cas que j'observe et, je le répète, ce qu'il y a de

particulier, c'est qu'il s'agit d'un jeune homme. Un autre fait bizarre, c'est que le sphincter ne se contracte pas sur la tumeur ; cela, du reste, est très heureux, car la contraction sphinctérienne amènerait fatalement, si la tumeur n'était pas réduite, un sphacèle total ou partiel, de la gangrène, etc.

En pareil cas, quel traitement devons-nous appliquer ? Aurons-nous recours à celui que nous avons mis en usage pour les hémorroïdes ordinaires ? Oui, le traitement sera le même absolument, les indications sont les mêmes. Il s'agit de remédier d'une part aux inconvénients résultant d'une insuffisance du sphincter, de l'autre aux infirmités résultant d'une tumeur érectile qui l'emporte sur la contraction du sphincter. Le meilleur moyen est encore, comme dans le cas d'hémorroïdes rouges ou blanches, la cautérisation ignée, c'est-à-dire l'emploi des pinces-cautères écrasantes rougies à blanc, ce que l'un de mes élèves a appelé autrefois le procédé de volatilisation. En effet, cette méthode détruit absolument les portions de tumeur saisies entre les pinces, au point qu'il ne reste plus entre les mors qu'une plaque mince et noire ; elle les détruit sans qu'il s'écoule une seule goutte de sang. De plus, la cautérisation rend au sphincter la tonicité qu'il avait perdue et favorise la rétraction des tissus.

II. Notre second malade est un maçon, âgé de dix-neuf ans. Il y a cinq ans environ, à la suite d'un refroidissement, il a eu une hydarthrose du genou droit. Traité par des vésicatoires réitérés, il a guéri dans l'espace de six semaines. Mais deux ans plus tard le mal a récidivé pour guérir encore en moins de deux mois, guérison suivie aussi l'an dernier d'une seconde récidive qui s'est également terminée d'une façon heureuse. Enfin, il y a cinq semaines, la tumeur du genou s'est formée de nouveau et l'a fait entrer dans nos salles.

A son arrivée, voici ce que nous avons trouvé : Un genou très volumineux sans qu'il existât beaucoup de liquide dans l'articulation, mais un épaississement notable de la synoviale. Le malade étant condamné au repos, nous avons eu recours au coton iodé et à une légère compression. Sous leur influence une amélioration importante est survenue, le liquide a disparu, mais la synoviale est restée épaisse des deux côtés du tendon rotulien. En somme, il y a une synovite pseudo-membraneuse caractérisée par le dépôt de couches successives qui doit donner aux parois de la synoviale l'aspect lardacé.

Cette synovite, parfaitement distincte de la synovite fongueuse, ne peut guérir que par l'ignipuncture ; elle guérit même si bien par elle que l'on peut dire qu'elle en est le triomphe, car elle favorise l'organisation des produits pseudo-membraneux tout en détruisant la capsule synoviale. Les os et les cartilages ne sont heureusement pas encore pris, autant du moins que les mouvements de l'articulation nous le font espérer. Peut-être existe-t-il quelques fausses membranes à la surface des cartilages, mais, en tous cas, ceux-ci ne nous paraissent pas autrement malades.

La cautérisation que nous allons pratiquer sera une opération modificatrice, mais non destructive. Nous traverserons les deux parois de la synoviale jusqu'au squelette au moyen de pointes de platine rougies à blanc.

III. Enfin la troisième opération que nous allons faire est une ténotomie. Il s'agit d'un pied bot talus, c'est-à-dire du pied renversé en avant, compliqué d'un peu de varus. Il y a en effet chez ce malade trois brides ou cordes qui retiennent le pied dans la position difforme où nous le trouvons et l'empêchent de revenir dans la flexion et en dedans. Mais deux de ces brides sont surtout manifestes : l'une d'elles est formée par le tendon du muscle jambier antérieur ; l'autre, par l'extenseur du petit orteil. Peut-être aussi le court péronier latéral est-il raccourci. L'opération à faire est donc la ténotomie, afin de ramener le pied dans sa position naturelle. Nous verrons aussi si les surfaces articulaires ne sont pas, comme j'ai tout lieu de le supposer, plus ou moins déformées.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. C. PAUL.

Atélectasie pulmonaire à gauche. — Guérison.

(Observation recueillie par le docteur Leviste.)

Le 27 mai 1881, le nommé F..., âgé de vingt-neuf ans, journalier, se présente à la consultation de l'hôpital Lariboisière. Il est malade depuis quatre jours et se plaint d'une toux opiniâtre, accompagnée d'une expectoration assez abondante.

Il entre le même jour, salle Saint-Henri, lit n° 16, dans le service de notre maître M. le docteur C. Paul.

Le soir, à la visite, l'interne du service l'examine.

La percussion du thorax est normale ; mais l'auscultation révèle des râles sibilants assez intenses dans toute l'étendue des deux poumons.

Pas de point de côté, pas de frissons.

Les crachats sont mousseux et aérés.

L'appétit est nul.

Quelques vésicules d'herpès sur les lèvres depuis deux jours. Rien de particulier à signaler sur les antécédents, cet homme ayant joui d'une bonne santé jusqu'alors.

28 *mai*. — Le lendemain, à la visite, on le trouve dans un état d'anxiété profonde qui dure depuis quatre heures du matin. Il éprouve une douleur très vive siégeant au niveau du diaphragme du côté gauche et se propageant vers l'épaule du même côté. Cette douleur est si aiguë à chaque mouvement respiratoire que le malade évite de respirer. On voit, en effet, le diaphragme se contracter à peine et les côtes rester à peu près immobiles. Si, au niveau du cou, on presse sur le nerf phrénique, on augmente bien plus encore l'acuité de la douleur à ce niveau et dans toute l'étendue du nerf.

Pas de matité en avant et en arrière.

Les nombreux râles sibilants entendus la veille ont conservé leur intensité.

Le diagnostic porté par M. Paul est celui de *bronchite avec névralgie du phrénique gauche*.

Pour faire cesser cette douleur intolérable, notre maître applique des courants électriques : un pôle au niveau du cou, l'autre au niveau du diaphragme. Ces courants sont maintenus pendant une dizaine de minutes. Ce traitement, qui avait déjà réussi à M. Paul en pareille circonstance, ne donne ici aucun résultat. Deux injections de morphine, d'un demi-centigramme chacune, sont alors prescrites pour la journée.

Dans la soirée, le malade souffre un peu moins.

La température axillaire, qui le matin était de 38°,6, monte le soir à 39°.

29 *mai*. — Le sixième jour du début de la maladie, les signes stéthoscopiques sont les mêmes. La douleur diaphragmatique est moins intense. On continue les injections de morphine.

Température axillaire : matin, 38°,5 ; soir, 39°.

30 *mai*. — Température : matin, 39° ; soir, 39°,4.

31 *mai*. — Aujourd'hui, c'est-à-dire le huitième jour, on n'entend presque plus de râles sibilants ; mais en arrière du thorax et

à gauche on perçoit une légère égophonie à quelques centimètres au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. La percussion, du reste, accuse de la matité à la base. Absence de vibrations thoraciques.

La douleur précédente a changé de siège, elle est au-dessous du sein gauche.

L'examen du cœur donne les résultats suivants :

Pointe dans le cinquième espace intercostal, à 10 centimètres et demi de la ligne médiane.

Bord du foie au niveau de l'insertion du cinquième cartilage ; abaissement de 2 centimètres.

Bord vertical du cœur à 3 centimètres de la ligne médiane.

Température : matin, 38°,6 ; soir, 39° ;

1er *juin*. — Température : matin, 38° ; soir, 38°.

2 *juin*. — Le dixième jour, la matité est plus étendue, elle remonte jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

Vésicatoire en arrière et en bas de 15 + 15 centimètres.

Température : matin, 38°,4 ; soir, 38°,6.

4 *juin*. — Le soir, la température atteint 40°.

Les signes stéthoscopiques sont les mêmes.

6 *juin*. — Le quatorzième jour, le malade, qui avait trouvé du soulagement pour son point de côté est repris de douleurs assez vives. La dyspnée est bien plus prononcée.

Même égophonie, même matité.

Température : matin, 37° ; soir, 39°.

8 *juin*. — Le seizième jour, dans la soirée, il est pris tout à coup d'une forte dyspnée. Cependant l'épanchement ne paraît pas plus abondant, la matité ne s'accusant que jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

Température : matin, 38°,2 ; soir, 38°,6.

9 *juin*. — Il est moins oppressé.

On examine encore la position du cœur. La pointe bat dans le cinquième espace intercostal, à 7 centimètres et demi de la ligne médiane. Ce déplacement de la pointe fait modifier le diagnostic. Notre maître pose celui de *pleurésie gauche avec épanchement*.

Température : matin, 37°,4 ; soir, 39°.

11 *juin*. — Le dix-neuvième jour, les signes sont toujours presque les mêmes. La matité a augmenté, elle remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. On fait la mensuration du thorax et on obtient les résultats suivants :

Côté droit.......... 40 centimètres.
Côté gauche.......... 43 —

Devant de tels signes évidents de pleurésie, M. Paul décide de faire une thoracentèse. La ponction est faite dans le sixième espace intercostal, un peu en avant de la ligne axillaire ; aucun liquide ne s'écoule. Une seconde tentative est faite un peu plus en arrière : même résultat.

Température : matin, 38°,5 ; soir, 39°.

12 *juin*. — Aujourd'hui et les deux jours suivants, pas de changement dans l'état du malade.

15 *juin*. — Le vingt-troisième jour, on n'entend plus d'égophonie, mais à la place on perçoit de la bronchophonie. Pas de râles crépitants ou sous-crépitants. Matité en avant jusque sous la clavicule, en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate.

La température le soir est montée à 40°.

Les jours suivants, le malade s'affaiblit beaucoup. Pas d'appétit.

26 *juin*. — Le vingt-huitième jour, la bronchophonie est accompagnée de souffle tubaire. Dans le poumon gauche, râles sous-crépitants. Dans le poumon droit, ces râles sont plus nombreux, mais il n'y a ni bronchophonie, ni souffle, ni matité.

L'état général est de plus en plus inquiétant ; des sueurs nocturnes abondantes sont apparues.

La température monte le soir jusqu'à 39°.

24 *juin*. — L'amaigrissement est notable depuis quelques jours. Les sueurs persistent.

La toux est fréquente, quinteuse. Les crachats de bronchite, constatés au début de l'affection, ont changé de caractère ; ils sont plus abondants, plus épais, presque nummulaires, à aspect verdâtre et à odeur fétide. Pour modifier l'expectoration, M. Paul prescrit l'aspiration thymique à 1/1000e.

Les signes stéthoscopiques sont les mêmes, sauf pour le poumon gauche, où les râles sont moins nombreux.

En présence d'un état général aussi mauvais, on écrit sur le diagnostic : *menaces de tuberculose*.

Température : matin, 38° ; soir, 38°,4.

27 *juin*. — Le trente-cinquième jour, on entend au sommet du poumon gauche un souffle très intense. Pas de râles. Dans le poumon droit, persistance des râles sous-crépitants.

Le malade dépérit sensiblement.

Juillet. — Au commencement de juillet, l'état général est si mauvais qu'il fait craindre une issue fatale. Les signes pulmonaires s'accentuent. Mais, vers le milieu du mois, tout s'amende. Après plusieurs alternatives de mieux et de pis, une amélioration définitive se produit : les sueurs sont moins abondantes, la toux est moins fréquente et l'expectoration n'est plus fétide.

La température, pendant tout ce mois, a varié entre 37° et 38°,5.

Août. — Au commencement, le malade va beaucoup mieux ; l'appétit est revenu ; les sueurs ont disparu et la toux est de moins en moins fréquente.

La matité observée pour le poumon gauche est entièrement disparue. Le souffle n'existe plus, mais quelques râles sibilants se font encore entendre en arrière et à gauche du côté de l'aisselle principalement.

20 *août*. — Le malade va très bien.

26 *août*. — Il quitte l'hôpital, complètement guéri, après y avoir fait un séjour de trois mois. Il va passer quelques jours à l'asile de convalescence de Vincennes.

Depuis cette époque, nous n'avons pas revu le malade.

Cette observation nous a paru intéressante à publier à cause de la difficulté de diagnostic. On a pu voir en effet que différents diagnostics ont été posés dans le cours de l'affection.

1° *Bronchite avec névralgie du phrénique gauche* ;

2° *Pleurésie gauche avec épanchement* ;

3° *Tuberculose consécutive*.

Ce n'est que plus tard, après la lecture du remarquable mémoire de M. Rommelaere, dont nous avons donné ici même une analyse étendue (1), que notre maître M. Constantin Paul pensa à l'atélectasie pulmonaire.

A quelle forme d'atélectasie rapporterons-nous le cas que nous avons observé ? Évidemment c'est à l'*atélectasie primitive*. Notre malade n'a jamais eu de pneumonie antérieure à l'affection qui nous occupe, et l'insuccès de la thoracentèse peut nous faire écarter l'idée d'atélectasie consécutive à une pleurésie.

Le début en a été brusque, comme l'indique M. Rommelaere, et la dyspnée très intense. Les autres signes n'ont pas fait défaut, sauf peut-être l'expectoration, qui n'a pas présenté les caractères décrits par le professeur de Bruxelles. Ici nous avons eu quelque chose d'intéressant à noter et que M. Rommelaere n'a pas eu l'occasion de constater jusqu'alors ; c'est le refoulement de la pointe du cœur vers la droite, c'est la mensuration du thorax plus élevée du côté atélectasié que du côté non atélectasié. A quoi attribuer ce phénomène ? Nous l'ignorons et nous en laissons l'explication à ceux qui voudront faire plus tard des recherches sur l'atélectasie.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, nos 91, 92, 94 et 95.

DU CUIVRE CONTRE LE CHOLÉRA

AU POINT DE VUE PROPHYLACTIQUE ET CURATIF (1).

Par M. le docteur V. Burq.

III

Le jour même où le choléra faisait sa quatrième apparition en France (épidémie de 1865), nous décidions que nous irions à sa rencontre, comme nous l'avions déjà fait en 1853, en nous rendant à Londres, attaqué avant Paris, mais après avoir pris soin, cette fois, de nous armer de pied en cap. En conséquence, le Midi de la France nous avait à peine envoyé de sinistres bulletins que déjà, le 20 septembre, je m'appliquais une armature de 50 disques de cuivre, représentant ensemble une surface d'application de 2 décimètres 1/2 à 3 décimètres carrés.

Deux jours après, le 22, je commençais l'usage du sulfate de cuivre en lavement, matin et soir, à dose progressive, à partir de 6 centigrammes, et j'y joignais bientôt des frictions aux aines et aux aisselles avec une pommade contenant 1/15e du même sel.

Le 28, j'avais doublé le nombre de disques de cuivre et porté la dose du sel cuprique en lavement à 12 centigrammes. Je partis alors, sans la moindre feuille de route ministérielle, et après un séjour préparatoire de quatre jours à Marseille, où l'épidémie était en décroissance, j'entrai dans le foyer pestilentiel de Toulon. Jusque-là rien autre chose à noter qu'une grande fatigue acquise à enquêter les ateliers à cuivre de Marseille et de ses faubourgs, des selles difficiles et de petits accès de fièvre le soir.

Le 29, par une chaleur accablante, je vais et je viens par la ville, je me rends à la Seyne, j'y inspecte l'infect ruisseau sur les bords duquel le fléau avait fait ses premières et si nombreuses victimes, je visite en détail les établissements de la Cie des Forges et Chantiers de la Méditerranée, je m'y renseigne minutieusement sur la mortalité comparative de ses ouvriers en cuivre et en fer, au nombre de deux à trois mille. Dans la nuit fièvre violente, mais ni vomissements ni selles; constipation persistante, au contraire.

Cependant, le lendemain 30, étant le jour convenu avec le docteur Minvielle, médecin en chef, pour commencer à l'hôpital militaire les expériences que j'avais projetées, je m'y rends de bonne heure, après avoir pris un quart de lavement avec 15 centigrammes de sulfate et m'être plastronné de cuivre. J'y rencontre le docteur Tourette qui, entré en expérimentation depuis la veille, me fait les honneurs des malades qui lui ont été confiés et qu'il traite exclusivement par l'eau glacée en boisson et en lavements. Les miens, que j'ai demandés vierges de tout traitement, seront pris plus tard, dans la journée, parmi les entrants. En attendant, afin de ne pas perdre de temps, je me traîne au dehors de la ville pour visiter une importante fonderie de cuivre. J'en reviens très fatigué et je me dirige, malgré tout, vers l'hôpital militaire. Pendant ce temps, le docteur Guillabert, marchant à ma rencontre, m'annonçait que Tourette venait, lui aussi, d'être terrassé par l'impitoyable mal, et qu'il me réclamait pour lui appliquer mes armatures contre les crampes devenues féroces. Je me détourne alors de mon chemin; je me rends auprès de l'infortuné confrère et je fais ce qu'il désire. Mais hélas! je ne puis le déterminer à accepter un autre traitement que celui qu'il préconise. « *L'eau glacée seule lui suffit* », et la potion au sulfate de cuivre que je lui propose, il la refuse! Entre temps l'heure s'écoule, et lorsque je me retire, il est déjà trop tard pour mon entrée en campagne. D'ailleurs je suis à bout de forces, brisé par l'émotion et je tremble déjà la fièvre. Je rentre donc à mon hôtel. Après avoir vidé mon intestin à grand'peine, je prends un deuxième lavement semblable à celui du matin, je fais un repas des plus sommaires et je me couche. Deux heures plus tard mes dents claquaient, un froid intense m'envahissait; venait ensuite une sueur profuse et, au même moment, Tourette, qu'on avait transporté à l'hôpital de Mandrier, rendait le dernier soupir!...

(1) Voir le numéro du 28 août 1883.

Le lendemain, un dimanche, sur les injonctions des docteurs Lauré et Minvielle, accourus à mon aide, je dus quitter Toulon pour aller me reposer à Hyères et m'y soumettre à la médication quinique.

Une fois arrivé à destination, je profitai de ce que la ville d'Hyères était restée indemne pour quitter armatures, frictions et lavements et je me mis à prendre du sulfate de quinine. De plus, afin de mieux assurer le succès du fébrifuge et vaincre la constipation opiniâtre à laquelle je n'avais cessé d'être en proie depuis les lavements au cuivre, je pris, coup sur coup, deux bouteilles de limonade Rogé. Ces purgations, plus un grand bain, achevèrent de me remettre à peu près dans l'état primitif et, pour aider à l'élimination du cuivre qui pouvait encore me rester, je pris vers le huitième jour une troisième bouteille de limonade. Je rentrai après cela à Toulon, sans prendre, cette fois, d'autre précaution que de renouveler ma provision de solution titrée (à 1/5e) de sulfate de cuivre ammoniacal, afin de l'avoir de suite sous la main pour agir, le cas échéant. Je voulais faire une contre-épreuve.

Tout alla bien d'abord. Le 5 octobre je visitai de nouveau l'arsenal sous la conduite de M. Brun, l'un des ingénieurs qui y étaient attachés. Comme je l'écrivais dans la *Gazette des hôpitaux* du 19 mai 1866 et comme je l'ai répété depuis devant le Congrès international d'hygiène de Paris, « tous les ouvriers en cuivre de l'Arsenal, au nombre de 250 à 300, rassurés par mes recherches, étaient restés à leur poste, tandis que les autres avaient fui. Leur énergie au travail semblait avoir doublé, comme s'ils eussent voulu s'imprégner davantage du métal qui les protégeait, et pas un, sauf un ouvrier tourneur à la machine, du nom de Glaize, que la mort de son enfant avait éloigné des ateliers et jeté dans une profonde perturbation morale, n'avait été atteint à cette date, même légèrement!... » (Extr. des Comptes-rendus sténographiques publiés par l'Imprimerie nationale.)

Au bout de trois ou quatre jours, le 8 ou le 9 octobre, je revins à Marseille toujours en parfait état de santé. Dans cette ville, je commis un jour l'imprudence d'aller visiter longuement le canal de la Durance par une pluie battante, et, dès le lendemain, j'étais pris d'une cholérine des plus intenses. J'entonnai alors du cuivre par le haut et par le bas, je me réappliquai les armatures et je quittai en hâte Marseille pour me diriger sur Paris, où l'épidémie commençait à sévir, mais déjà en tel état que je dus successivement m'arrêter à Orange et à Lyon et m'aliter au Montêt, en Saône-et-Loire. Ce ne fut qu'au bout d'une huitaine que je pus remonter en chemin de fer.

Ainsi donc, préservation absolue et constipation opiniâtre pendant tout le temps que je fus sous l'influence de l'action du cuivre *extra* et *intus*, puis attaque de choléra dès que le métal eût été éliminé par des purgations répétées et l'abstention, élimination qui fut d'autant plus facile que mon imprégnation cuprique était de date récente et n'avait duré qu'une dizaine de jours.

Ici tout commentaire nous paraît superflu.

Ajoutons que, l'année suivante, je repris, au moment voulu, le traitement préservatif mixte et que, pendant six semaines que je vécus presque dans la salle de cholériques de l'Hôtel-Dieu et fis vingt-deux autopsies dans cette misérable cave de la rue Saint-Julien-le-Pauvre décorée du nom d'amphithéâtre, il ne m'arriva point un seul jour d'avoir à lutter contre autre chose qu'une grande constipation qui reparut dès que je me fus remis aux lavements cuivreux!

Tout ce qui précède étant, et la crainte du préservatif devant être désormais complètement écartée, la préservation par le cuivre s'impose et voici comment nous la formulerons.

1° *Préservation en commun.* — Tous baraquements, tous abris provisoires et, à plus forte raison, toutes les constructions destinées à recevoir des cholériques devront être faites et planchéyées avec des bois injectés au sulfate de cuivre par les procédés Bouchery ou autres. Les objets mobiliers, tels que tables de nuit ou à manger, lits, pliants, chaises ou bancs, seront réduits à leur minimum et faits aussi en bois cuivré de même, ou sinon en une matière incorruptible comme le fer.

Les couvertures, les matelas surtout, les gilets et les chemises de flanelle, voire même les chemises et les capotes, seront teintes avec une solution de sulfate de cuivre à 1/50e et mordancées par les procédés de teinture usuels.

On brûlera constamment dans les habitations du bichlorure de cuivre dans des lampes à alcool (solution à 1/10e dans de l'alcool ordinaire, ou de l'alcool métylique qui est plus économique). Suivant une note insérée au *Moniteur universel*, cette combustion aurait été déjà pratiquée en Allemagne, en 1868, dans des étables contre la peste bovine.

Désinfection des fosses d'aisance et de toutes les matières — déjections et linges qui en ont été souillés — avec la solution au sulfate de cuivre recommandée par le Conseil d'hygiène et la Société de médecine publique de Paris, — 50 grammes de sulfate de cuivre du commerce pour un litre d'eau.

2° *Préservation individuelle.* — Porter constamment, à différentes hauteurs à même de la peau, une ceinture de cuivre composée de 30 à 40 de nos disques à armatures et sur les jambes des jarretières faites de la même façon. A défaut de ces disques, qui n'ont point d'autre avantage que d'être d'une application facile, de ne point pincer la peau et de ne pas coûter davantage que des plaques de cuivre ordinaire en la forme et avec les moyens d'attache voulus, appliquer de ces dernières en cuivre demi-rouge ou bien encore des sous neufs ou soigneusement décapés, cousus sur une lanière de peau ou de cuir souple en nombre suffisant pour enceindre la partie sur laquelle ils doivent être appliqués.

S'envelopper, de plus, la poitrine et le ventre avec une large ceinture de flanelle teinte fortement avec du cuivre, comme cela a été dit plus haut. La ceinture spéciale pourra être remplacée par un long gilet ou une chemise de flanelle teinte de la même façon.

Le vert-de-gris qui se formera et doit se former sur le métal pour qu'il soit efficace sera respecté aussi bien que les taches de la peau qui en résulteront. On s'abstiendra par conséquent de bains généraux, de lotions et de pratiques hydrothérapiques. Si cependant l'irritation de la peau devenait par trop grande, on pourra l'atténuer par un bain ou par un lavage partiel et suspendre les applications de métal pendant quelques jours, à la condition de continuer celle de la flanelle cuivrée, et si celle-ci devenait elle-même irritante, on la rincerait dans de l'eau tiède. On reprendra ensuite les applications métalliques, après avoir frotté disques, sous ou plaques avec un linge un peu rude ou même les avoir grattés avec une feuille de papier émeri n° 0.

3° *Préservation interne :*

Bioxyde de cuivre	1 gramme.
Suc dépuré de réglisse	10 —

P. s. a. 100 pilules, à prendre de 1 à 6 par jour, suivant les âges.

Les adultes commenceront par prendre, la première semaine, 2 pilules, une avant le repas du matin et une avant le repas du soir.

La deuxième semaine ils en prendront 4, toujours en deux fois, et la troisième 6, et ils resteront à cette dose.

Aux repas on mouillera, si faire se peut, le vin avec de l'eau minérale naturelle de Saint-Christau, et on fera souvent usage de légumes reverdis avec du sulfate de cuivre.

Les pilules indiquées, n'ayant d'autre goût que celui de réglisse, seront facilement acceptées par les enfants, surtout si l'on prend soin de les aniser ou de les vaniller.

Une erreur étant toujours plus longue à déraciner qu'une vérité à établir, il pourra se faire que ce mode de préservation interne, quelque innocent qu'il soit, rencontre encore des personnes peu disposées à s'y soumettre. En ce cas, il y aura lieu de recourir aux lavements. Ceux-ci auront d'autant plus de chances d'être acceptés facilement que les personnes auxquelles on les conseillera feront d'ordinaire un plus fréquent usage de l'irrigateur. Environ un verre d'eau dégourdie dans laquelle on aura versé de 5 à 20 gouttes d'une solution de sulfate de cuivre titrée à 1/5e suffira. Il faudra que le remède soit gardé et pour cela on recommandera de se vider préalablement l'intestin. Si, malgré cette précaution, il se produisait encore des épreintes expulsives, faire garder un moment la position horizontale.

Ce mode de préservation nous inspire la plus grande confiance à cause des services qu'il nous a rendus personnellement. Aussi, conseillerons-nous à nos confrères comme à tous ceux, infirmiers ou gardes-malades, qui auront particulièrement à soigner des cholériques, de ne jamais s'en approcher, surtout dans les salles d'hôpital ou dans les ambulances, sans avoir pris de cette façon de 15 à 20 centigrammes de sulfate, d'acétate ou de chlorure de cuivre.

Reste maintenant le traitement du choléra lui-même par les sels de cuivre. Comme c'est là une question essentiellement distincte de celle de la préservation, et que l'expérience du passé nous enjoint d'avoir bien soin de l'en séparer; comme, d'ailleurs, nous ne saurions la traiter dans cette séance sans abuser de la bienveillance de l'Académie, si la Compagnie veut bien nous le permettre, nous aurons l'honneur d'en faire l'objet d'une communication ultérieure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 août 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Besson, de Murat (Cantal), sur les épidémies de cet arrondissement pendant les années 1881 et 1882 ;

2° Une lettre de M. le docteur Cazalis, ancien président du conseil de santé des armées, sur le choléra ;

3° Un mémoire de M. le docteur Paul Guérin intitulé : *Contribution à l'étude de la fièvre jaune.*

LECTURE

M. Burq, en réponse à la communication de M. le docteur Bailly (de Chambly), lit un nouveau mémoire relatif à l'action prophylactique du cuivre contre le choléra. (Sera publié.)

RAPPORT

M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur un travail de M. Felizet intitulé : *De la guérison du diabète sucré et de la glycosurie par le bromure de potassium.*

Voici les conclusions de ce rapport :

« Le bromure de potassium est une médication adjuvante dans le traitement du diabète, médication qui a ses avantages et ses inconvénients. Dans les cas de moyenne intensité et dans certains cas graves, en l'associant aux moyens diététiques et à la médication alcaline, il peut faire disparaître la glycosurie, mais il affaiblit les forces. Aussi devons-nous nous montrer très prudents dans l'administration de cet agent thérapeutique, surtout chez les diabétiques qui présentent, par le fait même de leur maladie, une dépression profonde de l'organisme et ce n'est qu'en surveillant attentivement la médication que nous devons ordonner un pareil médicament. »

DISCUSSION

M. Bouchardat est d'accord avec M. Dujardin-Beaumetz sur les inconvénients de l'emploi du bromure de potassium dans le diabète. C'est un médicament qui est utile dans certains cas, mais qui doit être manié avec une grande prudence à cause de la dépression des forces que son administration provoque. Il faut, dans le traitement du diabète, donner la préférence à l'ensemble des moyens hygiéniques, en particulier au régime et aux exercices gymnastiques.

M. Lanier croit devoir appeler tout particulièrement l'attention sur les inconvénients du bromure de potassium chez les en-

fants et les vieillards. Il a vu des exemples d'une véritable dépression intellectuelle produite par cette médication.

M. HARDY a observé des faits dans lesquels l'action dépressive du bromure de potassium était profonde chez des diabétiques qui, sous l'action de ce médicament, avaient présenté une diminution du sucre dans les urines.

M. Hardy a observé, en outre, une action irritante du bromure de potassium sur la peau, action se traduisant par une éruption acnéiforme et des furoncles. Or, justement les diabétiques sont déjà disposés par leur maladie à des furoncles qui, souvent chez eux, deviennent graves. Il faut donc employer ce médicament avec réserve et ne pas dépasser les doses de 2 à 3 grammes par jour.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit qu'il ne faudrait pas conclure des réserves émises précédemment à l'inefficacité absolue du bromure contre le diabète. Dans certains cas, cités par M. Felizet, on a vu ce médicament produire des résultats vraiment étonnants et amener en peu de temps la disparition complète du sucre dans les urines. Du reste, ce traitement n'est pas exclusivement applicable à la forme dite nerveuse du diabète, à celle qui succède soit à un coup porté sur la colonne vertébrale, soit à des émotions morales vives : il réussit dans toutes les formes, comme le prouvent les observations de M. Felizet. M. Felizet, dans son travail, insistait déjà sur les deux grands inconvénients qui viennent d'être reprochés à cette médication, la dépression des forces et les éruptions acnéiformes ou furonculeuses. Il a soin d'associer toujours à la médication bromurée la gymnastique, qu'il recommande d'une manière toute particulière comme combattant la dépression des forces.

En résumé, on devra administrer le bromure de potassium lorsqu'on n'aura pas pu obtenir la disparition complète du sucre par le seul régime tel que le prescrit M. Bouchardat. Mais il faut savoir que ce régime reste toujours la pierre de touche. S'il ne fait absolument rien, c'est qu'il s'agit d'un diabète grave que les bromures ne pourront pas guérir. Chez une de ses malades que le régime spécial, fait comme on le peut dans un hôpital, n'avait pas amélioré, le bromure de potassium a produit de la dépression et une saison à Vichy n'a eu aucun effet utile.

M. RICORD a obtenu de très bons résultats de l'administration du bromure de potassium dans le diabète, sans aucun des inconvénients qui viennent d'être signalés. Il le donne à la dose de 3 ou 4 grammes et souvent les forces déprimées par la maladie se relèvent sous son influence. Quant aux éruptions furonculeuses, elles tiennent à la maladie elle-même plutôt qu'au bromure de potassium.

PRÉSENTATION DE MALADE

Cure radicale d'une hernie inguinale. — M. POLAILLON. Dans les pays voisins, on pratique souvent la kélotomie pour guérir radicalement des hernies non étranglées, qui sont seulement gênantes et difficiles à maintenir. Dans notre pays, au contraire, cette opération est rare parce qu'on la considère comme inutile et dangereuse. Cependant le danger de cette opération a beaucoup diminué depuis les procédés qui permettent d'ouvrir le péritoine, sans craindre beaucoup la péritonite. Son inutilité, par suite de récidive de la hernie, a aussi diminué, depuis que l'on oblitère le sac et son collet et depuis que l'on suture profondément l'orifice des parois abdominales.

C'est dans cet ordre d'idées que j'ai pratiqué récemment la cure radicale d'une hernie sur un sujet de 21 ans, porteur, depuis son enfance, d'une hernie inguinale gauche descendant dans le scrotum. Il y a deux ans, à la suite d'une violente contusion des bourses, le testicule gauche devint douloureux et la hernie difficilement réductible. L'usage d'un bandage fut dès lors impossible et la hernie non contenue augmenta de plus en plus de volume.

Au mois de mai dernier, cette hernie présentait le volume du poing, et en même temps on constatait une névralgie intense du testicule et du cordon du même côté. Le malade accusait avec raison sa hernie d'appuyer sur le testicule et d'exaspérer les douleurs. La hernie se réduisait en partie par le décubitus dorsal. Il arrivait même quelquefois qu'elle rentrait complètement. Mais elle reparaissait dès que le malade se mettait debout. Or, comme ce dernier ne pouvait supporter aucun bandage en raison de sa névralgie testiculaire et funiculaire, il était condamné à rester couché presque continuellement.

Dans cette situation, la cure radicale de la hernie me paraît indiquée. Voici comment je procédai, après avoir réduit complètement la hernie : je fis une incision oblique de 6 centimètres, commençant à la partie interne du scrotum et remontant sur la paroi abdominale dans la direction du trajet inguinal. En procédant couches par couches, j'arrivai sur le cordon, qui fut écarté en haut et en dedans, et sur l'orifice inguinal externe. Là, je ne rencontrai point de sac. Puisque la hernie était complètement réduite, je transfixai immédiatement avec une aiguille courbe le pilier inférieur et je fis ressortir sa pointe au-dessus du pilier supérieur. Je plaçai ainsi deux points de suture en fil d'argent. En tordant ces deux fils j'obtins une oblitération très satisfaisante de l'anneau inguinal. Cela fait, je laissai revenir le cordon à sa place normale, puis je réunis les lèvres de la plaie avec quatre pointes de suture métallique. Les fils de la suture profonde sortaient par la partie moyenne de la plaie cutanée et servaient de drain. Pansement de Lister. Les suites furent simples. La plaie se réunit par première intention. Le quatrième jour j'enlevai par torsion un des fils de la suture profonde; le douzième jour, l'autre fil.

La névralgie testiculaire et funiculaire disparut d'abord complètement. Mais lorsque le malade commença à se tenir debout et à marcher, elle revint à un faible degré.

Actuellement, la hernie est guérie, comme les membres de l'Académie peuvent en juger sur le malade que je présente. Le testicule est moins douloureux, et l'opéré peut supporter un bandage herniaire. Je lui ai conseillé, en effet, l'usage de ce bandage, afin de permettre aux adhérences de se consolider et de prévenir la récidive de la hernie.

DISCUSSION

M. JULES GUÉRIN dit que M. Polaillon a cherché à atteindre un but qu'il a lui-même atteint, il y a quarante ans environ, par un procédé différent et plus sûr. Ce procédé consiste à obturer par une série de plaies sous-cutanées intéressant toute l'épaisseur des parois abdominales un bouchon plastique, qui obture et rende imperméable le canal inguinal. En effet, les liquides versés dans ce canal par la surface de ces plaies (qui, étant à l'abri du contact de l'air, guérissent admirablement, sans accident), organise en formant un tissu de cicatrice qui donne une cure radicale. M. Jules Guérin a obtenu un plein succès chez trois malades, dont deux ont été examinés par Berard et par d'autres membres de l'Académie. Chez tous les trois la guérison s'est maintenue.

Pour que la section soit facile et complète, il faut avoir soin de faire préalablement asseoir le malade, puis de lui dire de se relever au moment même où on opère, de manière à tendre les parois abdominales et les piliers qui bordent le canal inguinal.

Les suites de l'opération sont d'une simplicité qui étonnait Berard, malgré l'épanchement sanguin, d'une abondance parfois considérable. On n'a à craindre aucun accident, et ce procédé opératoire est certainement plus efficace que ne peuvent l'être les sutures profondes de M. Polaillon. Pour juger définitivement des résultats que ce dernier a obtenus, il faut attendre au moins quelques mois.

M. POLAILLON répond qu'il n'a pas voulu rappeler les divers procédés mis en usage pour la cure radicale de la hernie inguinale. Son seul but a été de montrer un cas de kélotomie appliquée à la cure radicale des hernies non étranglées. Cette *kélotomie*, combinée avec la suture du collet du sac et des anneaux, est une opération d'origine récente, et à propos de laquelle il a cru devoir faire sa communication. Chez le malade de M. Polaillon, il y a une chose à laquelle aucune opération ne pourrait remédier, c'est la faiblesse et la minceur extrême des parois abdominales. De là l'utilité d'un bandage.

M. JULES GUÉRIN demande que M. Polaillon présente de nou-

veau son malade dans quelque temps; il ne pense pas que les résultats obtenus par M. Polaillon par un procédé plus difficile, plus compliqué et plus dangereux, soient aussi satisfaisants que ceux obtenus par M. Jules Guérin par un procédé simple et inoffensif qui date déjà de quarante ans.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La dépêche suivante vient d'être adressée par M. Pasteur à M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences :

« Arbois, 28 août 1883. — Je reçois ce matin des nouvelles télégraphiques de la mission française du choléra en Égypte. Très curieuses observations avec grand caractère de nouveauté et constantes dans le sens espéré. Je vous communiquerai la lettre détaillée attendue. »

— Par décret, en date du 26 août, M. Hamon, médecin aide-major au régiment d'artillerie de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. — A fait preuve du plus grand dévouement en soignant les blessés, sous le feu de l'ennemi, au combat de Can-Giay (Tonkin).

— La séance annuelle de l'Académie de médecine est reportée au mois de décembre prochain. Dans cette séance aura lieu tout à la fois la distribution des prix de l'année 1882 et de l'année 1883.

— M. Ducom, ancien pharmacien de l'hôpital Lariboisière, est nommé pharmacien honoraire des hôpitaux de Paris.

— De même que la ville de Blois avait été désignée l'an dernier, au congrès de la Rochelle, pour le congrès de l'Association française en 1884, la ville de Grenoble a été désignée ces jours-ci pour le congrès qui doit avoir lieu en 1885. Le président de cette dernière réunion sera M. le professeur Verneuil, lequel a été élu vice-président de l'Association pour l'année 1884. M. le docteur Napias a été élu secrétaire général.

— Le tableau récapitulatif de la mortalité cholérique en Égypte, depuis le commencement de l'épidémie, vient d'être dressé par le Conseil de santé et d'hygiène publique, chargé de centraliser au Caire les listes des victimes dans toute l'Égypte, donne un total de 21,524 morts, lesquels se répartissent ainsi qu'il suit :

Le Caire, 5,622 ; Damiette, 1,923 ; Chibin-el-Kom, 1,171 ; Mansourah, 1,085 ; Gharkieh, 827 ; Ghizeh, 785 ; Mahallet-el-Kébir, 746 ; Garbieh, 738 ; Tantah, 600 ; Menoufieh, 358 ; Samanoud, 347 ; Minieh, 332 ; Zagazig, 295 ; Alexandrie, 208 ; Rosette, 206 ; Damanhour, 152 ; Siout, 132 ; Ismaïlia, 33 ; Suez, 32 ; Port-Saïd, 12, etc.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le Dr Ch. Gaillardot, ancien médecin sanitaire de France en Égypte, ancien directeur de l'École de médecine du Caire, qui vient de succomber à Bandoun, près de Beyrouth, à la cruelle maladie dont il souffrait depuis quatre ans. M. Gaillardot était né à Lunéville, en 1814.

— M. le docteur Pozzi, agrégé, suppléant M. le professeur Verneuil, commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Pitié le lundi 3 septembre, à 9 h. 1/2, et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. — Visite des malades à 8 h. 1/2.

Des préjugés populaires dans les maladies de l'enfance et en particulier dans le Morvan, par le docteur A. Legendre, médecin cantonal, lauréat de la Société protectrice de l'enfance de Paris. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14974

N° 100. — SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1883. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Des méthodes antiseptiques chez les anciens et chez les modernes en chirurgie et en obstétrique. — Application de la méthode antiseptique en cas d'abcès par congestion. — Les phlegmons de la paroi abdominale. — Les affections locales et les maladies constitutionnelles. — Des injections sous-cutanées d'éther dans le traitement de la fièvre typhoïde à forme adynamique. — Prothèse de la bouche. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des méthodes antiseptiques chez les anciens et chez les modernes en chirurgie et en obstétrique.

Dans les concours d'agrégation de cette année, les doctrines de M. Pasteur ont fait le sujet de deux thèses.

M. Sabatier avait à traiter des *méthodes antiseptiques chez les anciens et chez les modernes*, et M. Bar, des *méthodes antiseptiques en obstétrique*. Tous deux se sont montrés partisans convaincus de la théorie des microbes considérés comme cause de toutes les maladies septicémiques.

M. Sabatier a recherché jusque dans les temps les plus reculés les traces d'une lutte inconsciente contre les microbes, distinguant dans cette lutte les substances aseptiques des antiseptiques proprement dits. Il attribue notamment les succès que l'application de l'eau froide a pu donner dans le traitement des plaies, à ce que l'eau de source absolument pure est essentiellement aseptique, ne renfermant aucun microbe, aucun germe de maladie. Il range aussi parmi les moyens de défense contre l'introduction des germes tous ceux qui pouvaient former barrière entre l'atmosphère et la surface vive des plaies, par exemple la cautérisation au fer rouge des plaies d'armes à feu, méthode qu'Ambroise Paré fit abandonner.

Quant à la classe des antiseptiques proprement dits, M. Sabatier l'élargit sans limites, ou à peu près. « Entrez, dit-il, dans un laboratoire de chimie, chez un pharmacien, prenez le premier bocal tombant sous votre main, bien rarement vous n'aurez pas saisi une substance antiseptique. Citons au hasard le vin, le vinaigre, l'alun, le sel, les végétaux astringents, le camphre, l'alcool et les solutions alcooliques, les formules magistrales agissant par l'alcool qu'elles contiennent, la série des balsamiques, les acides minéraux, tous les caustiques en solutions plus ou moins faibles, etc., etc. » Ceci posé, on comprend comment M. Sabatier a pu démontrer que les anciens faisaient de l'antisepsie comme M. Jourdain faisait de la prose, inconsciemment et à tout instant. Il n'a pas été plus difficile d'appliquer la même interprétation à la plupart des méthodes chirurgicales des temps modernes. Aseptiques ou antiseptiques, elles se trouvaient déjà faire la guerre aux microbes, avant que ces êtres fussent connus.

M. Bar, élève de M. Tarnier, a exposé d'une manière très complète les bases, les procédés et les résultats de la méthode antiseptique telle qu'elle est appliquée aujourd'hui dans les diverses maternités.

Des tableaux graphiques ont pour but de démontrer, en parlant aux yeux, que depuis l'application de plus en plus stricte de cette méthode, la mortalité s'est abaissée progressivement, au point de devenir presque nulle dans les maternités de Paris, de Prague et de Copenhague. D'autres statistiques relatives à Glascow, Vienne, etc., conduisent aux mêmes conclusions. En ce qui concerne les nouveaux services établis chez des sages-femmes sous la direction des accoucheurs des hôpitaux, une note de M. Budin et une note de M. Pinard amènent également au chiffre de trois décès pour un peu plus de mille accouchements. Il est vrai que tous les accouchements qui s'annoncent comme difficiles sont réservés pour les services hospitaliers.

Nous ne reviendrons pas sur les détails de la pratique de M. Tarnier et de ses élèves, dont nous avons déjà parlé et que M. Bar décrit longuement. Rappelons seulement que le sublimé corrosif y est préféré à tout autre agent antiseptique. Cette préférence est motivée dans la thèse de M. Bar par les irritations locales et surtout les empoisonnements avec convulsions ou paralysie que l'acide phénique peut produire quand on l'applique sur des muqueuses qui l'absorbent rapidement et par les morts nombreuses d'enfants nés ou à naître.

Application de la méthode antiseptique en cas d'abcès par congestion.

Si l'utilité des pansements antiseptiques en chirurgie est presque universellement admise, il n'en est pas moins vrai que d'excellents esprits trouvent qu'on est allé trop loin dans les espérances que la théorie de la nouvelle méthode a fait concevoir.

Par exemple, tout récemment encore il a été dit qu'avec l'acide phénique et les pansements de Lister on pouvait ouvrir désormais sans crainte les abcès migrateurs par congestion, dont l'origine se trouve dans une vertèbre plus ou moins haut placée et qui deviennent superficiels souvent à une très grande distance de la lésion osseuse à laquelle ils

se rattachent. Ce serait un changement complet dans la pratique jusqu'à présent traditionnelle, dans les enseignements de l'école. On deviendrait, en pareil cas, aussi hardi qu'auparavant on était timide.

M. Kirmisson, suppléant de M. Le Dentu à l'hôpital Saint-Louis, est persuadé qu'il y a là une exagération périlleuse, et il nous montrait comme exemple une jeune fille récemment opérée par lui d'un de ces abcès par congestion, dans les circonstances les plus favorables, et chez laquelle, malgré le pansement de Lister, malgré le bon aspect de la plaie, malgré l'absence de toute odeur, la température, au bout de quelques jours, s'est élevée progressivement, ainsi que le pouls, de manière à dénoter un état grave.

Nous allons dire quelques mots de cette malade en mettant à profit des notes qui nous ont été communiquées par M. Diverneresse, externe du service.

Il s'agit d'une jeune fille, âgée de seize ans, brunisseuse, qui, depuis quatre mois environ, s'est aperçue de l'existence d'une tumeur à la région lombaire du côté gauche. Elle en souffrait, et dans ces conditions elle est entrée à l'hôpital Saint-Louis où elle occupe le n° 64 de la salle Denonvilliers.

M. Kirmisson a reconnu qu'il s'agissait très probablement d'un abcès froid, ayant pour cause une affection tuberculeuse. Le 17 août, il pratiqua d'abord sous un nuage phéniqué une ponction au bistouri qui donna issue à environ un verre et demi d'un pus jaune brun renfermant des débris caséeux. Il fit alors une incision cruciale qui mit à nu le fond de la poche, dont les parois furent grattées selon la méthode de M. Trélat; mais vers le bord externe de cette poche, entre la masse des muscles long dorsal et sacro-lombaire et les muscles de l'abdomen, il existait un diverticulum, dans lequel le doigt fut introduit. On arriva ainsi sur la face antérieure des apophyses transverses de vertèbres lombaires, qui furent trouvées dépolies, malades. Le trajet entre ces vertèbres et l'abcès ouvert était donc très court. Ce n'était pas comme lorsqu'il s'agit d'un abcès qu'on ouvre dans l'aine et dont le point de départ est situé vers le haut de la région dorsale. Si la théorie de l'efficacité absolue des antiseptiques avait été absolument vraie, il eût été difficile de trouver des conditions moins défavorables pour en faire l'épreuve. On lava la poche avec une solution forte d'acide phénique et on applique un pansement phéniqué.

Les premiers jours tout alla bien. La malade, qui avait vomi une seule fois le soir du 17, passait de bonnes nuits et semblait aller bien. Pendant six jours la température se maintint constamment entre 37 degrés et 37°,4. La plaie avait fort bon aspect et fournissait fort peu de pus. Le soir du 23, septième jour depuis l'opération, la température s'éleva à 38°, le lendemain soir à 38°,6, le surlendemain à 39°,8 ; le malade se plaignait de douleurs dans l'aine, le genou, la crête du tibia du côté gauche. Il n'y avait d'ailleurs ni gonflement ni œdème. Sous l'influence du sulfate de quinine, la température s'abaissa de 2 à 4 dixièmes de degrés le 26 et le 27 (39°,4 — 39°,2), puis le 28 au soir elle atteignit 40 degrés, et le matin du 29 elle était encore de 39°,8.

L'aspect de la plaie reste néanmoins toujours excellent, le pus sans odeur. On continue toujours les pansements phéniqués, que l'on change sous un nuage d'acide phénique. Mais l'élévation permanente de la température démontre bien que l'ouverture de cet abcès n'a pas été sans inconvénient.

Il convient donc d'attendre encore avant d'ajouter une foi sans bornes aux merveilleuses promesses de partisans, par trop enthousiastes, de la méthode antiseptique.

Les phlegmons de la paroi abdominale.

Les phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen ont été étudiés pour la première fois en 1860, par M. Bernutz, dans les *Archives de médecine*.

Ce savant maître s'appuyait sur un groupe de neuf observations, les unes personnelles, d'autres empruntées à divers recueils et de diverses dates, une même remontant à l'année 1697 et considérée à cette époque comme devant être une péritonite suppurée.

Quatre ans plus tard, dans l'article Abdomen du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, M. Bernutz reprenait cette même question sans invoquer d'observation nouvelle.

Enfin, en 1879, dans le second volume de sa *Clinique chirurgicale de la Charité*, M. Gosselin commentait un cas des plus intéressants de phlegmon de ce genre, en rappelant les travaux antérieurs de M. Bernutz.

Les faits publiés sont donc assez rares ; et ce n'est pas peu de chose que de pouvoir en ajouter un groupe de trois autres à ce petit nombre.

Par une heureuse coïncidence, M. Rigal, dans un espace de quelques mois, en a traité deux dans son service, et alors qu'il me faisait voir le second malade, j'en observais moi-même un autre dans ma clientèle.

Or, dans ces trois cas, cette affection a présenté une physionomie tout à fait semblable, la même que chez la malade de M. Gosselin, que dans la troisième et la quatrième observation du mémoire de M. Bernutz, mais absolument différente de celle des observations 1re, 2e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e de ce même mémoire, qui, se trouvant en plus grand nombre, peuvent servir de base à la description. Il est vrai que dans ces dernières il existait toujours quelque complication, soit un cancer de l'épiploon et de l'intestin, soit des troubles très prolongés des fonctions digestives, soit des tumeurs, des épanchements ou des collections purulentes dans le péritoine.

Aussi les frissons, les vomissements, les douleurs très vives qui avaient été signalés comme tenant une très large place dans la symptomatologie des phlegmons de la paroi abdominale, peuvent-ils être attribués à ces complications, car ils ont fait complètement défaut dans les six cas où le phlegmon s'est présenté seul.

Il y a donc lieu de retoucher ce chapitre de pathologie, en prenant pour types ces cas plus simples.

Chez les deux malades de M. Rigal, comme chez le nôtre, le début fut insidieux. Il y eut à peine quelques douleurs, qui ressemblaient à des coliques et qui ne tardèrent pas à se dissiper.

Ce qui a frappé tout d'abord, c'est la présence d'une petite tumeur peu douloureuse à la pression, qui grossissait insensiblement en se rapprochant de plus en plus de la surface.

Elle paraissait d'abord très profonde, tellement qu'on aurait pu la croire intrapéritonéale. En s'élargissant, elle constituait à certain moment comme une sorte de disque, dont l'adhérence avec les parois de l'abdomen devenait de plus en plus évidente.

Puis il arrivait un moment où elle s'arrondissait, pointait, se dégageait jusqu'à un certain point des parties pro-

fondés, pour prendre la forme d'un abcès touchant à la superficie.

Une ponction ou une incision donnait alors issue à une certaine quantité d'un pus crémeux, et les choses se comportaient comme dans un abcès ordinaire.

Tel fut le cas chez les deux malades de M. Rigal, comme chez le nôtre. Il n'y eut aucune complication après l'ouverture de l'abcès.

Nous ne faisons qu'esquisser ici un tableau clinique que nous nous proposons de reprendre avec le détail des faits à l'appui. Mais dès à présent nous pouvons dire qu'indépendamment de toute affection des viscères abdominaux, sans retentissement sur le péritoine, sans frisson, vomissements, ni rien qui rappelât une péritonite, il peut se développer dans cette région de vastes abcès qui, au début, paraissent profondément situés, qui mettent plus ou moins de semaines à se développer, à s'arrondir, à venir pointer sous la peau, et qui guérissent tout aussi facilement que des abcès placés ailleurs.

Les sommets des poumons étaient un peu suspects chez mon malade et chez un, au moins, de ceux qui ont été observés par M. Rigal, un employé au téléphone, âgé de 26 ans et qui fut opéré par une large incision le 30 juin dernier, environ un mois après le moment où il constata la présence d'une petite tumeur, grosse alors tout au plus comme une noisette. Malgré des indices assez nets de tuberculose pulmonaire, le pus fut trouvé tout à fait semblable à celui d'un franc abcès chaud, et après que l'abcès eut été incisé sur une longueur d'au moins 6 centimètres, la guérison en fut très rapide.

Ce ne sont donc pas là des abcès froids, bien que pouvant survenir chez des tuberculeux ; ce sont de vrais phlegmons, qui méritent bien le nom attribué par M. Bernutz à tout ce groupe.

Nous donnons ces indications dès à présent, nous réservant de publier plus tard les observations et priant ceux de nos lecteurs qui auraient vu des phlegmons semblables de nous en adresser le récit, afin qu'une description nouvelle pût reposer sur le plus grand nombre possible de faits nouveaux.

Bien entendu, il faut écarter tous les phlegmons qui viennent envahir par propagation une étendue plus ou moins grande de la paroi abdominale, après avoir eu leur point de départ dans l'épaisseur des ligaments larges ou dans le tissu cellulaire des fosses iliaques, etc. Il faut également écarter les simples abcès par congestion développés primitivement dans le tissu ou dans le voisinage de quelqu'un des os qui forment la cage thoracique.

Il s'agit exclusivement de vrais phlegmons, indépendants et essentiels, pour ainsi dire, autant du moins que puisse l'être une affection locale en apparence ne succédant point à un traumatisme.

Les affections locales et les maladies constitutionnelles.

Il y a une trentaine d'années, c'est à peine si l'on admettait quelques maladies constitutionnelles dont l'influence pouvait se faire sentir sur quelques affections locales, et encore en bien petit nombre. Aujourd'hui la mode a changé ; il n'y a presque plus d'affection qu'on veuille considérer comme purement locale et qu'on n'ait pas soin de rattacher à quelque maladie *totius substantiæ*.

Nous étions frappé dernièrement de ce contraste en écoutant les réflexions d'un jeune agrégé, fort distingué d'ailleurs, à propos d'une pleurésie qui avait succédé à un coup de froid.

Le jeune homme atteint de cette pleurésie racontait qu'ayant toujours joui jusqu'alors d'une santé parfaite, il s'était exposé au froid étant en sueur, et qu'il avait eu après cela un point de côté, du frisson, de la fièvre. L'épanchement était d'abondance moyenne. En auscultant avec le plus grand soin toute la hauteur des deux poumons, il avait été impossible de découvrir aucun indice de tuberculose.

Cependant, aux yeux du jeune agrégé, la tuberculose était supposable, presque certaine ; car, disait-il, une pleurésie n'est pas une maladie, il faut chercher la maladie ailleurs, il n'y a pas de maladie locale.

C'est ainsi que l'on tombe d'un excès dans un autre.

Déjà, surtout par l'influence des travaux de M. Verneuil, on en est venu à rechercher dans les effets d'un traumatisme autre chose que ce qu'on voit. On veut absolument trouver par derrière quelque maladie qui domine l'histoire de la plaie, de la luxation ou de la fracture.

Il y a certainement un peu de vrai dans cette manière d'envisager les choses. Chaque homme a sa constitution qui réagit à sa manière dans une circonstance donnée, qu'il s'agisse d'un accident ou d'une maladie proprement dite. Mais c'est le classement de toutes les manières d'être sous quelques clefs de convention, dans des cadres dont les noms changent, alors qu'on ne change pas le reste, c'est cette habitude de raffiner au point de substituer l'hypothèse à l'observation, la recherche du supposable à la notion de l'évidence, qui nous paraissent un péril.

Pour nous c'est un état anormal des esprits, comme fut l'état opposé, et la réalité doit se trouver entre ces deux extrêmes.

Il faudrait un espace qui nous manque aujourd'hui, pour donner à cette pensée les développements qu'elle mérite.

DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ÉTHER

DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE A FORME ADYNAMIQUE (1).

Par M. le docteur Jules JOBARD, de Vassy (Haute-Marne).

II

OBS. IV. — L'enfant Ch..., âgé de 8 ans, après plusieurs jours de malaise, est pris de vomissements. Soif vive, anorexie. — Le ventre est douloureux ; pas de gargouillement. — La fièvre s'accentue le soir ; peau brûlante ; céphalalgie ; agitation nocturne.

10 juillet. Dépression des forces : Somnolence ; constipation. P. = 110, T. A. = 38°,4.

Limonade purgative. Vin de Malaga.

11 juillet. Gargouillement du ventre ; diarrhée. — Alternative de coloration de la face qui pâlit et rougit tour à tour ; pupilles dilatées.

13 juillet. L'enfant est dans le décubitus latéral, la tête renversée : roideur de la nuque ; — cris plaintifs. Égale dilatation des pupilles. Application de glace sur le front.

14 juillet. Délire dans la nuit. Copieuses évacuations. Langue sèche et rouge. Pouls fréquent et petit. P. = 120.

15 juillet. Disparition des phénomènes cérébraux. Profond abattement : la langue est animée de contractions fibrillaires ; nez effilé. — Épistaxis assez abondante.

16, 17 juillet. Pas de changement. — Pouls petit. P. = 125, T. A. = 38°,6.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 août 1883.

18 juillet. Quelques râles sibilants dans la poitrine. La prostration domine. Potion avec extrait de quinquina. Vin généreux.

Injection d'éther (50 centigrammes.)

Après l'injection la figure se colore; peau moite; l'enfant se remue, change de place dans son lit.

Dans l'après-midi la somnolence domine. Nouvelle injection d'éther.

19 juillet. Délire tranquille pendant la nuit. Soubresauts des tendons; — pouls faible mais régulier. Chaleur âcre de la peau; lèvres rouges excoriées; narines pulvérulentes.

Injections d'éther matin et soir en dehors des médicaments prescrits.

20 juillet. Face plaquée de rouge. — Mouvement fébrile intense. P. = 130.

22 juillet. Écoulement par l'oreille; la peau est moins brûlante. — Amaigrissement considérable; profonde débilitation.

Trois injections d'éther (50 centigrammes) en vingt-quatre heures.

23 juillet. Persistance du délire. Respiration accélérée. Léger œdème des membres inférieurs : urines albumineuses.

24 juillet. Après l'injection d'éther du matin la langue est moins collante : regard plus expressif.

25 juillet. La diarrhée n'est plus noire et fétide; ventre plus souple. — Pouls toujours petit mais régulier.

26, 27 juillet. Même état.

28 juillet. L'enfant a été tranquille pendant la nuit : repos de quelques heures.

29 juillet. La fièvre diminue; la langue se débarrasse, redevient humide.

1er août 1883. Les selles sont toujours diarrhéiques, mais jaunâtres. — Le facies n'exprime plus l'abattement. L'enfant répond sans fatigue aux questions qu'on lui adresse.

La convalescence est de peu de durée, eu égard à l'intensité de la maladie. Le 15 août l'enfant est bien rétabli.

Obs. V. — La nommée Eugénie D..., âgée de 20 ans, tombe malade à Troyes où règne la fièvre typhoïde. Je la vois au huitième jour de sa maladie dans l'état suivant :

14 octobre 1882. Stupeur et abattement assez prononcés; céphalalgie, bourdonnements d'oreilles. Envies de vomir. Langue rouge sur les bords. Ventre douloureux, ballonné. — Quelques taches sur la paroi antérieure du ventre et de la poitrine. — La rate n'est pas sensiblement augmentée de volume. — Épistaxis utérines. Peau sèche et brûlante. T. M. = 39°, T. S. = 40°.

Prescription : Eau de Sedlitz; Extrait de quinquina, 2 grammes. — Lavement phéniqué comme désinfectant (acide phénique, 30 centigrammes) matin et soir. Lotions vinaigrées.

Rien de particulier à noter jusqu'au 26 octobre. La malade a eu dans la nuit une abondante hémorragie intestinale : sang noir liquide et d'une odeur très fétide. Figure pâle; pouls petit, déprimé, tombe à 80; — langue poisseuse tremblante.

27 octobre. Diarrhée très abondante, mêlée de sang. État adynamique grave.

Trois injections d'éther dans la journée; une injection dans la nuit.

28 octobre. Ventre ballonné, douloureux; diarrhée diminue. — Vomissements verdâtres. Surdité plus accusée.

Le pouls est plus fort que la veille. P. = 85. Glace intus et extra. Toniques. Injections d'éther matin et soir.

29 octobre. Persistance des vomissements.

La malade n'a eu que deux selles. — Un peu moins de stupeur; regard plus animé.

1er novembre 1882. Nuit relativement bonne. Escarres au sacrum.

3 novembre. Pas de diarrhée. La malade urine dans le lit. Deux injections d'éther. — Après quelques heures d'excitation la malade retombe dans l'abattement : elle ne répond plus aux paroles qu'on lui adresse.

4 novembre. Les escarres s'agrandissent. — Adynamie profonde. La malade tousse. Au niveau des bases pulmonaires, râles sous-crépitants fins. Pouls dicrote, assez fort. P. = 92, T. A. = 39°,6. Ventouses sèches.

Après l'injection d'éther le front et la face se couvrent d'une sueur assez abondante.

5, 6, 7 novembre. Pas d'amélioration. La malade se plaint d'une vive douleur dans le membre inférieur gauche; œdème de la jambe : il existe un cordon dur et douloureux à la partie moyenne du mollet.

Respiration accélérée. Rien au cœur. P. = 110, T. A. = 39°,8.

10 novembre. Délire continuel. Soubresauts des tendons. Râles muqueux abondants dans les deux poumons. Refroidissement des extrémités. Pouls très petit avec intermittences.

12 novembre. Agonie : Matin, P. 125, T. A = 40°,2. Soir, P. = 140, T. A. = 38°,6.

13 novembre. Mort dans la nuit.

Comme on le voit par les observations qui précèdent, les injections d'éther ne constituent pas un mode de traitement de la fièvre typhoïde; mais seulement un adjuvant utile de la médication employée.

Les effets obtenus sont satisfaisants, puisque chaque fois les injections d'éther amènent une stimulation des plus évidentes : pouls plus fort et plus régulier, respiration plus ample, pas d'augmentation de température, langue humide, prostration moindre. — Cet état se maintient après l'injection, et, si on renouvelle celle-ci plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, on met le patient dans les meilleures conditions pour lutter contre la maladie.

Le dernier cas que je rapporte s'est terminé par la mort : tout porte à croire que la terminaison fatale serait arrivée plus tôt si on n'avait pas employé les injections.

A propos d'une communication faite par M. Du Castel à l'Académie de médecine sur la médication éthérée-opiacée contre la variole, au point de vue de la diminution de la suppuration et de la petitesse remarquable des papules et des vésicules, je me demande si, dans ces cas graves de variole, l'éther, administré en injections sous-cutanées, n'a pas agi comme dans le cas de fièvre typhoïde que je viens de rapporter. — On peut très bien admettre que l'éther a permis aux malades, atteints de variole, de faire plus facilement les frais de leur maladie et de se laisser moins profondément contaminer par le virus variolique. D'où l'atténuation de la suppuration, la petitesse des papules, l'amendement des phénomènes graves, signalés par le savant médecin des hôpitaux.

PROTHÈSE DE LA BOUCHE

Par M. Delalain, dentiste,

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

Perte d'une partie du rebord alvéolaire et des dents de la mâchoire inférieure dans l'étendue comprise entre la canine de droite et la première grosse molaire gauche; perforation de la voûte palatine. — Dans une partie de chasse au sanglier, M. I. M..., âgé de trente-six ans, fut atteint, il y a deux ans, à la face par deux coups de fusil.

La balle du premier coup pénétra derrière le lobule de l'oreille gauche en fracturant la branche montante du maxillaire supérieur, brisant deux molaires, les incisives médianes ainsi que la canine.

La balle du second coup fut amortie par la forte visière de sa casquette, déplacée par le choc, mais en causant néanmoins des désordres bien plus graves, car elle laboura horizontalement une portion de l'arcade alvéolaire comprise entre la canine de droite et la première grosse molaire gauche, enlevant sur son passage sept dents ainsi que la plus grande portion de la lèvre.

Malgré les soins empressés donnés au blessé, ces deux mutilations ont laissé comme conséquences fâcheuses des altérations fonctionnelles très graves, mais auxquelles la prothèse dentaire a pu heureusement porter remède.



Blessure.



Restauration.

D'abord une perforation transversale de la voûte palatine d'environ un centimètre de diamètre, et presque toujours, comme nous l'avons observé antérieurement dans les cas similaires, une forme ogivale du palais, qui aurait pu ultérieurement produire en s'accentuant, sans l'intervention de l'appareil dentaire supérieur, un défaut de concordance des dents qui restaient encore à cette mâchoire, avec celles de l'inférieure encore subsistantes.

Ensuite, la presque impossibilité de l'articulation des lettres dentales, puisque les dents antérieures et la lèvre faisaient défaut ; et, comme à tous ces blessés, l'obligation d'une forte projection en arrière de la tête et du tronc, afin d'obtenir l'ingurgitation des liquides, qui sans cela reflueraient par le nez.

Pour réparer, par les secours de l'art du dentiste, ces mutilations si complexes, deux indications s'imposaient :

1° *Faire rétablir par succion la salive ;*

2° *Obturer l'ouverture palatine afin d'obtenir la déglutition liquide s'échappant par le nez.*

Pour arriver à ce dernier résultat, nous avons appliqué un obturateur ordinaire fabriqué en platine, quatre dents postiches placées entre les survivantes indemnes sont soudées sur le prolongement concave métallique adhésif au palais, dont il couvre la perforation.

Cet obturateur à système mixte se maintient en place tant par l'adhésion très exacte de la plaque estampée, que par un anneau d'or contournant la première petite molaire de droite, et une latéralité métallique qui pénètre entre les deux molaires gauches.

Comme on peut s'en rendre compte (fig. 2), cet appareil dentaire supérieur est sans complications, très facile à placer, de sorte qu'il ne fatigue en rien les parties de la bouche avec lesquelles il se trouve en contact.

Comment sommes-nous parvenu à supprimer l'écoulement salivaire qui, se répandant au dehors sur les parties molles du menton, s'opposait à la cicatrisation définitive ?

Les désordres survenus à la suite du coup porté par la seconde balle enlevèrent une portion du rebord alvéolaire, ainsi que la presque totalité de la lèvre inférieure, dont une partie cependant, par suite de l'irrégularité d'une bride cicatricielle très épaisse accolée au restant de la lèvre, servait en quelque sorte de gouttière à la salive, qui occasionnait sur la région mentonnière des ulcérations consécutives aux frottements de son mouchoir porté en bandeau.

Cette bride fut donc détachée sur une hauteur d'environ un centimètre et demi, de façon à établir la base d'un nouveau sillon labio-gingival devant recevoir entre les parties sectionnées le prolongement de l'appareil (n° 1) qui va s'y implanter de façon à s'opposer à un nouvel accolement pouvant, ultérieurement, empêcher l'ajustement buccal de la pièce dentaire (n° 2), qui, quoique moins compliquée dans ses dispositions prothétiques, a une analogie avec un autre appareil de pansement dont nous publiâmes dans ce journal l'observation, se rapportant à une ablation presque complète du maxillaire inférieur (1).

(1) *Gazette des hôpitaux*, n°s 137-138, année 1874.

Cet appareil provisoire (fig. 1) fut gardé par le blessé avec beaucoup de persévérance pendant trois mois et demi, et nous devons ajouter, pour servir de complément à cette opération de mécanique chirurgicale, que chaque semaine nous enlevions l'appareil, fixé très solidement par des ligatures latérales ; car,



Fig. 1.

Appareil dentaire provisoire muni d'un suçoir salivaire avec tube recevant l'extrémité de la seringue servant aux injections des parties sectionnées dont il empêche un nouvel accolement.

par suite du travail de cicatrisation, nous devions apporter dans sa forme des modifications devenues indispensables, afin d'obtenir une disposition buccale exempte, autant que possible, de tout retrait gingival (il ne dépasse pas 4 millimètres sur 15 sectionnés) ultérieur servant d'assise au prolongement du nouveau dentier inférieur (fig. 2), ramenant au parallélisme la portion manquante des dents enlevées par le second projectile, et à laquelle il était appelé à se substituer pour concorder, dans ses rapports dentaires, très exactement, avec la couronne des dents postiches et naturelles du maxillaire supérieur, supportant l'obturateur dont plus haut nous avons déjà parlé.

Comme conditions de la réussite d'un dentier spécial facilitant la trituration alimentaire, une base fixe ainsi que des soutiens latéraux étaient nécessaires.

Dans cette circonstance, nous les avons heureusement trouvés sur une étendue de 32 millimètres de la face antérieure de la gencive, plateau solide et suffisant pour soutenir notre système prothétique, très léger, et qui d'ailleurs n'irrite pas les parties sur lesquelles il prend ses points d'appui, à droite et à gauche, près des molaires.

On peut s'en rendre compte par la figure n° 2 : ce sont sept dents postiches, munies chacune de deux crampons en platine introduits sur une base de caoutchouc vulcanisé ultérieurement, formant un dentier très peu épais, et dont les ailes métalliques contournent à droite et à gauche la mâchoire inférieure, postérieurement aux molaires naturelles. Un prolongement qui pénètre entre les deux dernières grosses dents de gauche impose une immobilité relative, que l'adhérence exacte du dentier sur les parties complète.

La langue, qui jouit de la liberté entière de ses mouvements, s'empare de l'excédent de la salive qui pourrait encore s'écouler au dehors, au moyen de sept tubes capillaires en or placés en suspension non loin des glandes sublinguales.

Quant au rebord labial inférieur, dont les lambeaux, en se cicatrisant sur le contour de l'appareil n° 1, ont pris en partie la forme du menton restauré, nous y avons ajouté, dans la portion médiane antérieure, une fausse lèvre en caoutchouc vulcanisé qui, par sa couleur rosée, se raccorde avec celle de la supérieure, et dont les commissures évidées et ajustées latéralement aux lam-

beaux de la région mentonnière, les soutiennent de façon à s'y équilibrer parfaitement.

Ces appareils, complément indispensable de l'opération chirurgicale (fig. 1), non seulement remplissent le but pour lequel ils

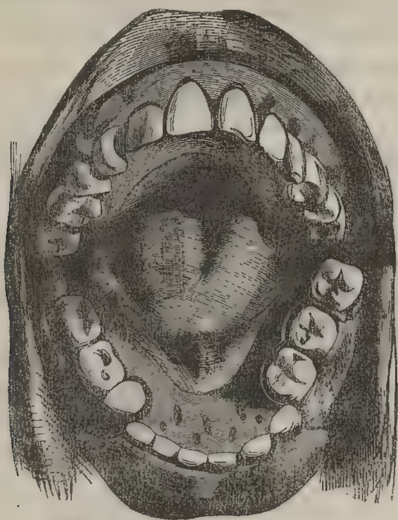


Fig. 2.

I. Obturateur supérieur. — II. Dentier avec lèvre postiche inférieure ; le rapprochement des deux branches de la mâchoire, réunies par un cal solide, n'a permis que la pose de six dents au lieu de huit.

ont été fabriqués, mais servent encore à faciliter le travail de la mastication des aliments (fig. 2), ainsi que l'émission de la voix et de la parole, cette dernière inintelligible sans eux.

Ce qui contribue à relever le moral du blessé, en lui redonnant cette confiance en lui qu'il avait perdue, nous a-t-il dit, et qu'il a retrouvée pour se présenter dans le monde.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de chimie pure et appliquée (1), par Ad. Wurtz (de l'Institut).

Le sixième fascicule du supplément présente un vif intérêt, en ce moment où les doctrines de M. Pasteur sont à l'ordre du jour. En effet, après avoir terminé l'étude de la métallurgie du fer, ce nouveau fascicule nous donne toute l'histoire des fermentations.

L'auteur de cet excellent article résume d'abord les découvertes récentes, en se tenant sur le terrain de la chimie. Il reconnaît qu'il reste beaucoup à faire, mais il déclare que la voie est tracée par les recherches, classiques aujourd'hui, sur les fermentations alcoolique, lactique et butyrique. Il termine par quelques mots sur les ferments dits solubles ou indirects, dont l'histoire a fait également un pas en avant.

On trouvera donc, dans ce sixième fascicule, l'étude des ferments figurés, leur hétéromorphie, la classification et la culture des microbes ; l'étude des moisissures, des levûres, des bactéridies. L'éditeur a enrichi cette livraison d'une excellente planche, nous montrant des champs de microscope couverts des diverses levûres de bactéridies.

Signalons encore les articles consacrés à la glucose, à la glycérine, aux goudrons, à l'hémoglobine et à l'iode.

Ce sixième fascicule, qui traite des articles BER-ISA, porte à la page 960 l'étendue des fascicules, déjà publiés, du Supplément ; c'est dire le soin donné à cette œuvre considérable, connue sous le nom de Dictionnaire de chimie de Wurtz.

(1) Grand in-8°. — Prix du fascicule : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

Étude physiologique et thérapeutique de la caféine (1), par M. le docteur E. Leblond.

A dose physiologique, la caféine est un excitant du système nerveux et musculaire. Elle diminue la fréquence du pouls en augmentant l'énergie des battements cardiaques et la pression sanguine par constriction vaso-motrice ; elle fait tomber la température périphérique ; elle n'influe en rien la formation et l'excrétion de l'urée.

A dose toxique, la caféine exagère le pouvoir excito-moteur de la moelle, paralyse les nerfs sensitifs périphériques et agit aussi sur le pneumo-gastrique dont elle diminue l'excitabilité. Elle fait rapidement baisser la pression sanguine par paralysie des vaso-moteurs. Le cœur chez les animaux à sang froid se ralentit de plus en plus et s'arrête en systole ; chez les animaux à sang chaud, il s'accélère sur la fin de l'empoisonnement et s'arrête en diastole. Elle produit une action tétanisante sur les muscles ; elle fait rapidement baisser la température et augmente la dénutrition.

Pour ce qui est de l'emploi thérapeutique de la caféine, elle est en général beaucoup mieux supportée que la digitale, et en, débutant par de faibles doses, on n'a pas à craindre les fâcheux effets provoqués souvent par cette dernière. Elle régularise le cœur, augmente sa force d'impulsion et le ralentit. Elle provoque une diurèse plus ou moins abondante. Non seulement c'est un succédané de la digitale, mais il faut *toujours* l'administrer dans les cas graves et qui peuvent devenir promptement mortels, car alors son action se manifeste plus sûrement et surtout beaucoup plus rapidement que celle de la digitale.

Il faut administrer la caféine à doses fractionnées en potions ou en injections sous-cutanées et ne jamais débuter par une dose plus forte que 20 centigrammes pour tâter la susceptibilité des malades et augmenter rapidement la dose, s'il y a lieu, jusqu'à 50 et 75 centigrammes. Il est inutile de dépasser 1 gr. 50.

Pour résumer les indications de la caféine dans les affections du cœur, nous dirons qu'elle doit être administrée toutes les fois que, pour une cause quelconque, l'état des malades oblige ou à suspendre l'emploi de la digitale, ou que celle-ci ne serait pas supportée sans inconvénients.

La caféine semble faire baisser la température dans les pyrexies ; de plus, elle est très utile dans ces cas comme tonique du cœur ; dans les albuminuries d'origine cardiaque ou autres, elle peut être souvent d'un grand secours. C'est elle enfin qui semble agir sur la contractilité musculaire de l'intestin dans les cas de hernies étranglées.

Essai sur la péritonite tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte (2), par M. le docteur Armand Delpeuch, ancien interne des hôpitaux.

La différence des causes, des symptômes et de l'évolution de la péritonite tuberculeuse selon l'âge des sujets, rend nécessaire la distinction d'une forme précoce et d'une forme tardive. Cette dernière paraît la plus fréquente, surtout chez l'homme. L'hérédité tuberculeuse et la scrofule constituent des milieux défavorables à l'apparition de la maladie. Au contraire, les maladies dites antagonistes de la phtisie pulmonaire se rencontrent fréquemment dans les antécédents.

C'est la survenance des causes ordinaires de la tuberculose, et en particulier de l'alcoolisme, dans ces conditions de résistance de l'économie, qui explique l'immunité relative des poumons, de l'intestin et des muqueuses, la prédominance des lésions du système séreux.

Souvent, surtout dans la forme précoce (adolescents), on ne trouve aucune autre raison de la localisation péritonéale. Souvent aussi il en existe une, toujours la même, une irritation préalable de la séreuse : traumatisme, présence d'une tumeur, et surtout

(1) In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

inflammation chronique développée sous l'influence de l'arthritisme (lithiase biliaire, mal de Bright, rhumatisme), du saturnisme et de l'alcoolisme.

La nature et la marche des complications pulmonaires, l'ensemble des symptômes généraux, éloignent aussi la péritonite tuberculeuse de la phtisie ulcéreuse commune et la rapprochent soit de la phtisie aiguë, soit de la phtisie fibreuse.

La tuberculose du péritoine est primitive : elle n'est pas la conséquence d'une tuberculisation antérieure des organes voisins, intestins ou organes génitaux.

Les membranes séreuses, autres que le péritoine, sont souvent frappées au même titre que lui, soit simultanément, soit successivement, sans qu'on puisse invoquer de propagation de l'une à l'autre.

Des arthrophytes, de leur traitement par l'arthrotomie antiseptique (1), par M. le docteur Édouard Fibich.

Quand on fait l'opération pour un corps articulaire, il faut laisser de côté la méthode de Goyrand qui est d'une exécution difficile. Elle a échoué entre les mains d'opérateurs très habiles, qui ont été contraints de laisser leur opération inachevée. Elle n'est pas exempte de dangers, de complications : il y a eu des morts. L'extraction à ciel ouvert, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, est le procédé le plus facile, le plus rapide et le plus sûr, comme exécution et comme résultat. Les pansements de Lister et de Guérin ont fait disparaître, en grande partie, la gravité des plaies articulaires. On peut employer ces méthodes séparément, ou les associer. De la sorte, aux avantages de l'acide phénique on ajoute ceux de la ouate.

Avec ces méthodes on peut opérer plus souvent, plus tôt, dès que le corps provoque de la gêne, des douleurs ; car l'arthrotomie antiseptique est presque sans dangers. Elle est maintenant du domaine de la chirurgie ordinaire.

On peut rapprocher ou non les lèvres de la plaie cutanée ; mais, si on applique des points de suture, il est toujours très prudent de placer un drain dans l'ouverture, pour assurer pendant 24, 48 heures, le libre écoulement du sang, de la lymphe plastique. Si l'arthrophyte est pédiculé, nous conseillons de lier ce filament avec du catgut, avant de le couper, car s'il renferme un vaisseau, il peut donner lieu à une hémorragie inter-articulaire qui provoquera une inflammation et qui peut amener la formation de corps fibrineux. La synoviale épaissie, indurée, peut très facilement tromper et faire supposer qu'on est en face du corps articulaire, quand on ne voit que la séreuse devenue fibreuse au niveau de l'arthrophyte.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. le professeur Brouardel a donné lecture du rapport dont il avait été chargé touchant l'utilité qu'il y aurait à autoriser la crémation des cadavres en temps d'épidémie. De ce rapport il résulte que les intérêts de la justice et ceux, tout aussi graves, des personnes injustement inculpées d'avoir commis une intoxication, seraient sérieusement compromis par l'adoption de la crémation, surtout en temps d'épidémie cholérique. Il fait remarquer, en outre, que les manipulations des cadavres nécessitées par la crémation sont plus nombreuses et exposent, jusqu'au moment où le corps est mis dans l'appareil, à autant, sinon plus de dangers, que lorsque le corps est déposé dans la terre. En résumé, ses conclusions contre l'incinération des cadavres en temps d'épidémie ont été adoptées par le Conseil.

Celui-ci a décidé ensuite qu'une commission, composée de MM. Brouardel, Bourneville, Arm. Goubaux, Legouest, Luuyt et Péligot, examinerait s'il ne conviendrait pas d'autoriser, à titre d'essai, la crémation des corps ayant servi à des études anatomiques.

— La Société d'encouragement au bien vient de décerner à M. Chevreul, membre de l'Institut, une couronne civique. C'est aujourd'hui que l'illustre savant, né à Angers le 31 août 1786, entre dans sa quatre-vingt-dix-huitième année.

— Par décision ministérielle en date du 27 août :

M. Lardennois, médecin-major de première classe, a été maintenu au 132e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été désignés, savoir : M. Munier, pour être affecté au bataillon du 74e d'infanterie, à Eu (provisoirement) ; — M. Richard (P.-L.), pour le 60e d'infanterie ; — M. Deschamps (M.-L.-E.), pour le 80e d'infanterie ; — M. Baudot, pour le 134e d'infanterie ; — M. de Valicourt, pour les hôpitaux de la division de Constantine (temporairement).

M. Pascaud, médecin aide-major de deuxième classe, a été désigné pour le 129e d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Ferré, préparateur du laboratoire d'histologie, est nommé chef des travaux d'histologie, en remplacement de M. Vaillard, démissionnaire.

— M. le docteur Arnozan est nommé médecin-adjoint du lycée de Bordeaux, en remplacement de M. le docteur Manès, démissionnaire.

— *Erratum.* — Dans la correspondance de l'Académie de médecine (séance du 28 août), nous avons mentionné un mémoire ayant pour titre : *Contribution à l'étude de la fièvre jaune.*

L'auteur de ce mémoire est M. le docteur Paul *Jouin* — et non M. Paul *Guérin*.

Étude clinique sur la maturation artificielle de la cataracte, par le docteur de Lapersonne. — In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14978.

(1) In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

N° 101. — MARDI 4 SEPTEMBRE 1883. 56e ANNÉE. MARDI 4 SEPTEMBRE 1883. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. La paralysie générale des aliénés. — HÔTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. Anurie consécutive à une péritonite chronique et à un cancer de la matrice pris pour un polype. — CLINIQUE DE RIO-DE-JANEIRO. Luxation de la rotule droite par contraction musculaire. — Thèses. — Nouvelles. — Bibliographie.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La paralysie générale des aliénés (1).

II

Symptomatologie. — Dans la précédente leçon, nous avons passé en revue les lésions de la paralysie générale et nous avons jeté un coup d'œil sur leur pathogénie probable. Je voudrais vous indiquer aujourd'hui les symptômes par lesquels se traduisent les altérations que nous connaissons maintenant. Plus tard, à propos de la marche de la maladie et des considérations médico-légales afférentes à chacune de ses périodes, j'aurai l'occasion de vous dire l'ordre habituel d'évolution de ces symptômes, les anomalies qu'ils peuvent présenter dans leur évolution, les erreurs d'appréciation dont ils sont parfois l'objet. Pour l'heure, j'ai l'intention de les envisager seulement dans leur ensemble, afin de vous fournir les éléments généraux du diagnostic de la paralysie générale.

Vous n'avez pas oublié que les lésions peuvent intéresser à la fois le cerveau, la moelle et les nerfs périphériques; d'où il résulte que les différents symptômes observés pourront relever de la perturbation de l'innervation cérébrale ou médullaire ou de celle de la conductibilité des troncs nerveux.

Toutefois les troubles qui dépendent des lésions encéphaliques sont à beaucoup près les plus importants; les autres, qu'ils précèdent, accompagnent ou suivent le développement des manifestations cérébrales, sont accessoires. Ce sont des paralysies localisées du sentiment ou du mouvement, de la parésie des nerfs moteurs de l'œil, de l'amaurose ou de la surdité, quelquefois les phénomènes constitutifs de la migraine ophtalmique (Charcot, Parinaud) dont la pathogénie, à la vérité, est encore indécise, ou bien les symptômes qui traduisent d'habitude les inflammations chroniques de la moelle et en première ligne des douleurs fulgurantes. Je n'insisterai pas sur ces diverses manifestations dont il importe que vous vous rappeliez seulement la possibilité et la signification. J'appellerai principalement votre attention sur celles qui semblent relever d'une façon plus ou moins directe des altérations du cerveau.

Le cerveau, vous le savez, est préposé à trois ordres de fonctions importantes : l'intelligence, le mouvement, la sensibilité. Dans la paralysie générale, toutes ces fonctions sont troublées, mais à des degrés divers; les symptômes intellectuels et moteurs tiennent la première place, ceux du sentiment occupent, au contraire, un rang relativement effacé. D'autre part, les troubles dont il s'agit sont de deux ordres : les uns relèvent de l'exaltation passagère ou durable de la fonction, les autres se rattachent à sa dépression. Aussi, dans la sphère intellectuelle, aurons-nous le délire (exaltation) à côté de la démence (dépress-on); dans la sphère motrice, les convulsions et les contractures (exaltation) à côté de la parésie ou de la paralysie (dépression); dans la sphère sensitive enfin, nous verrons les hallucinations se combiner aux anesthésies.

N'oubliez pas d'ailleurs que, dans l'espèce, nous avons affaire à une maladie chronique, lente par conséquent dans son évolution; que les symptômes sont au début atténués, difficilement reconnaissables; qu'au contraire plus tard ils s'accentuent, et vous comprendrez qu'on ait été dans la nécessité, pour accuser les particularités de la marche, de diviser l'histoire de la maladie en plusieurs périodes. A ce point de vue, les auteurs n'ont pas été toujours d'accord. La subdivision qui m'a paru la plus vraie est celle en quatre périodes : période prodromique, période initiale, période d'état, période terminale. Je reviendrai ultérieurement sur les caractères distinctifs de chacune de ces périodes; j'ai pour but, dans cette leçon, de vous montrer moins l'enchaînement et l'ordre de succession précis des symptômes que leur nature et la forme générale qu'ils revêtent.

α. *Troubles intellectuels.* — Ce sont eux qui dominent, dans la plupart des cas, la symptomatologie de la paralysie générale. Leur physionomie encore indécise au début de l'affection se prête, vous le verrez, à de regrettables erreurs de diagnostic. Il n'en est plus de même plus tard lorsque les troubles dont il s'agit se sont nettement accentués. Ces troubles sont de deux ordres, je vous l'ai dit : les uns traduisent l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, les autres leur exaltation maladive.

Ces derniers sont d'habitude ceux avec lesquels on a tout d'abord à compter, et ce sont eux surtout qui ont attiré naguère l'attention des nosographes. Catégorisés sous le nom de *délire ambitieux,* ils avaient été considérés comme

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 août 1883.

caractéristiques de la maladie. Le délire ambitieux tient cependant une place moins prépondérante qu'on ne l'a dit, dans l'histoire de la paralysie générale; et si, cliniquement, il occupe dans bien des cas, au moins pour un temps, le premier plan dans le tableau morbide, nosologiquement il n'a qu'une importance de second ordre. Il s'agit là d'un symptôme inconstant bien que fréquent et derrière lequel on découvre constamment, pourvu qu'on se donne la peine d'y regarder, un certain degré plus ou moins prononcé de démence.

L'exaltation cérébrale se traduit souvent, au début, par un simple changement, plus ou moins prononcé, dans les goûts, les tendances, les habitudes de la vie. Jusque-là réservé dans ses relations, d'ambitions modestes, le malade tout à coup est pris d'une activité dévorante, à laquelle il avait peu habitué son entourage. Il prend des résolutions, conçoit des projets qui n'ont en eux-mêmes rien d'insensé, mais étonnent ceux qui connaissent le patient et vivent depuis longtemps dans son intimité. Celui-ci rêve de spéculations auxquelles jusque-là il se fût gardé de songer, médite des acquisitions risquées, se mêle avec ardeur au monde dont il s'était tenu plus ou moins éloigné. C'est un changement inattendu dans les mœurs, dans la façon de vivre que s'expliquent difficilement les parents et les amis. Mais les choses vont leur train et bientôt le délire éclate nettement caractérisé; les conceptions sont alors fantastiques, les prétentions évidemment illusoires, les projets manifestement absurdes : le malade se croit riche, il possède des châteaux imaginaires, entasse des millions; il est roi, empereur ou pape. — D'autres fois, il est vrai, plus modeste dans ses rêves de bonheur, le paralysé général traduit son ambition délirante simplement par un sentiment de béatitude profonde, de satisfaction réelle, que rien ne vient troubler; il est fort, très fort; ses muscles sont puissants, sa santé est une santé de fer, et il fait volontiers parade de ses prérogatives physiques imaginaires. Voilà une première forme de délire, le délire expansif, que nous retrouverons par la suite et que j'aurai à étudier par le détail.

A l'opposé de ce délire expansif est le délire triste, hypocondriaque, sur lequel Baillarger, principalement, a insisté, et qui, chez un certain nombre de malades, tient lieu du délire ambitieux. C'est alors la tristesse qui domine, le découragement que rien ne peut vaincre. Les idées de persécution se mettent, dans certains cas, de la partie, et la tendance au suicide, suivie d'effets, dans quelques cas, en est la conséquence. Il s'agit, en somme, ici, d'un délire mélancolique un peu spécial : le malade n'a plus de bouche, plus d'estomac, plus d'anus; il ne peut manger, ses intestins sont noués; il a la gorge gangrenée; il a une vessie toute trouée; ses organes sont pourris, etc.

Aux idées délirantes qui précèdent, ambitieuses ou mélancoliques, s'ajoutent des impulsions maladives. Le paralysé général se livre à des actes regrettables, qui contrastent singulièrement avec sa vie passée; il boit, joue ou vole, se livre à toutes sortes de débauche, se met en contravention, commet des délits et parfois va jusqu'au crime.

Tous ces troubles, délire mélancolique ou expansif, perversion des actes, traduisent une sorte d'exaltation cérébrale qu'il n'est pas invraisemblable de rattacher à des poussées congestives accompagnant à ses débuts le travail inflammatoire ou venant momentanément le compliquer, au cours de son évolution.

Mais, quelle que soit la forme qu'ils revêtent, ils sont dominés en importance et en constance par ceux qui témoignent de l'affaiblissement progressif de l'intelligence. Que cet affaiblissement se manifeste dès le début ou qu'il ne s'accentue qu'à la longue, il occupe incontestablement, nosologiquement du moins, la place prépondérante dans la scène morbide. En fait de troubles physiques, la vraie caractéristique de la paralysie générale, c'est *la démence*. En effet, presque dès le début, le paralysé est intellectuellement un affaibli. Sa mémoire s'amoindrit; d'abord moins sûre, elle devient défaillante, puis s'éteint; les conceptions sont moins lucides, la faculté d'associer les idées faiblit, puis se supprime. En voulez-vous la preuve? Comparez un paralysé ambitieux avec un monomaniaque vulgaire; celui-ci systématise à merveille son délire. Il est roi, mais sa femme est reine, ceux qui l'entourent sont ses vassaux ou ses sujets fidèles; s'il est enfermé dans un asile, c'est qu'il est en butte à la persécution de prétendants jaloux qui en veulent à son pouvoir et à ses richesses. Tout est parfaitement correct, bien déduit dans l'enchaînement des conceptions délirantes de ce malheureux aliéné. Autre est le paralysé général. Il se dit roi, mais sa femme, avoue-t-il naïvement, est blanchisseuse; il a des trésors, et si vous lui demandez de vous prêter 100 francs, il vous répond qu'il est trop pauvre pour le faire. Faites-vous observer qu'il y a contradiction entre ces différentes affirmations, le malade vous regarde ébahi, incapable de comprendre que le raisonnement est chez lui défaillant et la logique défectueuse. C'est que son intelligence le trahit; elle n'est plus assez puissante pour lui permettre d'enchaîner avec méthode ses conceptions et ses idées. Le paralysé général, ne l'oubliez pas, peut bien être un délirant ambitieux ou un hypocondriaque à ses heures, mais il est avant tout et surtout un *dément*.

β. *Troubles du mouvement.* — Les troubles de la motilité ne sont pas moins caractéristiques que ceux de l'intelligence. Comme ces derniers, ils peuvent être groupés en deux catégories; les uns, capitaux, dépendent d'un affaiblissement musculaire progressif; les autres, accessoires, se traduisent par une exaltation passagère des mouvements volontaires ou par des phénomènes convulsifs qui relèvent vraisemblablement d'une irritation intermittente des zones motrices corticales.

L'affaiblissement musculaire se manifeste tout d'abord du côté des muscles dont le jeu est le plus délicat et exige pour son libre exercice l'intégrité absolue des fibres musculaires et de leur innervation. Voilà pourquoi le trouble qui attire en général le premier l'attention, est celui de la parole. De tous les organes musculeux de la vie de relation, la langue est en effet celui dont les mouvements sont le plus compliqués; aussi la moindre modification de structure des fibres qui le constituent, la plus minime perturbation de son innervation, se traduit immédiatement par une articulation vicieuse des mots. Le trouble est d'abord léger : quelques syllabes sont prononcées avec moins de netteté, elles sont *mangées,* comme on dit quelquefois; à un degré plus avancé il y a un vrai *bredouillement;* le malade traîne en parlant, s'y reprend à deux fois pour articuler la même syllabe, en saute quelques-unes. Enfin la parole devient tout à fait inintelligible. La langue, tirée hors de la bouche, est animée d'un tremblement d'abord peu marqué, puis qui va s'accusant et auquel participent, à une période plus ou moins avancée de l'affection, les muscles des lèvres et ceux de la face.

En même temps qu'apparaissent les troubles de la parole ou un peu après, se manifestent ceux de la motilité des membres. Le malade devient d'abord inhabile. S'il se livrait à des occupations délicates, il commet des fautes dans l'accomplissement de sa tâche, puis est obligé d'abandonner son métier. Il a peine à saisir du bout des doigts un objet délicat; ordonnez-lui, par exemple, de ramasser une épingle et vous vous convaincrez du fait; faites-le écrire, et vous constaterez alors que les lettres tracées sont irrégulières, que les traits en sont tremblés.

Puis la faiblesse musculaire s'accuse davantage, la marche devient incertaine, les jambes soutiennent mal le malade, qui a peine à soulever des poids un peu lourds. Cette faiblesse va bientôt faire place à un véritable état parétique généralisé, qu'accompagne un tremblement souvent très accentué des membres, quand le patient cherche à exécuter un mouvement.

Les muscles de la vie végétative ne sont pas épargnés au milieu de cette déchéance générale ; le pharynx se contracte moins bien et les malades avalent souvent de travers, les sphincters de la vessie et du rectum se relâchent, d'où l'incontinence de l'urine et des matières fécales.

Enfin, soit dès le début, soit à une période avancée de l'affection, l'innervation des muscles de la pupille devient à son tour défectueuse, de là le myosis, ou l'inégalité pupillaire, qui constituent des symptômes importants au point de vue du diagnostic de la paralysie générale.

A ces désordres qui témoignent de l'affaiblissement progressif de la motilité, se surajoutent assez souvent des troubles qui accusent une exaltation passagère ou durable, localisée ou généralisée, des fonctions motrices. C'est au début un besoin incessant d'activité, de marches forcées, ce sont des gestes incohérents. Les mouvements parfois deviennent incoercibles. Le malade penche alternativement le corps en avant et en arrière, il piétine le sol, se bat les flancs avec les bras. On n'arrive qu'avec peine, en le maintenant à l'aide de la camisole ou en le fixant sur un fauteuil, à mettre un frein à cet impérieux besoin d'agitation.

D'autres fois se montrent des contractures : contractures de la nuque ou des muscles sus-hyoïdiens qui inclinent fortement la tête en arrière ou appliquent le menton contre le sternum. Ou bien ce sont les masséters et les ptérygoïdiens qui sont affectés, et l'on se trouve alors en présence d'une constriction de mâchoires qui gêne l'alimentation; communément le malade imprime à ses mâchoires, fortement rapprochées l'une de l'autre, un mouvement de va-et-vient antéro-postérieur, qui détermine un grincement des dents continu, des plus pénibles à entendre.

Enfin sur le tout viennent brocher fréquemment des accès épileptiformes rares et éloignés, ou rapprochés et nombreux, dont la physionomie rappelle étroitement celle des attaques de mal comitial ou d'épilepsie partielle.

La plupart des troubles de la motilité que nous venons de passer en revue, paraissent dépendre principalement de l'altération de cette partie des couches corticales qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de zone motrice. Dans cette hypothèse, les phénomènes paralytiques relèveraient des altérations destructives; les symptômes convulsifs, au contraire, se rattacheraient à une excitation passagère ou durable des éléments cellulaires encore intacts de cette zone. Cette interprétation est du moins celle qu'adoptent aujourd'hui la plupart des auteurs et qu'étayent puissamment les recherches récentes de Clouston (1) et de Crichton-Browne (2).

γ. *Troubles de la sensibilité.* — Ils sont moins communs et moins importants que ceux de l'intelligence et du mouvement. Il importe cependant de vous les indiquer.

N. de Crozat et après lui Michéa ont montré qu'il existe communément un affaiblissement de la sensibilité cutanée, facilement constatable, surtout au début de la maladie, alors que le patient est encore apte à rendre compte des sensations qu'il éprouve. Ces désordres s'accentuent à mesure que la maladie progresse; les muqueuses deviennent insensibles à leur tour et leur anesthésie n'est certainement pas étrangère aux troubles de la mastication et de la déglutition, de la défécation et de la miction, qui sont si communs à une certaine période de la paralysie générale.

Du reste, tous les symptômes qu'on observe du côté de la sensibilité ne tiennent pas seulement à l'amoindrissement de cette fonction ; il en est qui se rattachent à une exaltation morbide de celle-ci. Certaines hyperesthésies, certaines névralgies des membres et des viscères sont de cet ordre. Mais les troubles dont il s'agit, relèvent vraisemblablement au moins pour une bonne part des lésions des nerfs et de la moelle.

Enfin les *hallucinations* qui tiennent, quant à leur nature, le milieu entre les désordres intellectuels et sensoriels, et qu'il n'est pas invraisemblable de rapporter à une excitation des couches corticales sensitives, viennent quelquefois compliquer la scène. Quelques auteurs, Magnan entre autres, ont soutenu que les hallucinations dont il s'agit relevaient non de la paralysie générale elle-même, mais de l'intoxication alcoolique qui souvent la complique. Tel n'est point l'avis de A. Foville (3). D'après les observations de cet aliéniste, presque tous les paralysés généraux auraient des hallucinations à une époque ou à une autre de leur affection. Ces hallucinations peuvent affecter les divers sens. Elles empruntent, comme tous les autres symptômes de la maladie, au moins par la façon dont le malade en rend compte, certains caractères à la démence : elles sont niaises, contradictoires, mobiles, souvent tout à fait absurdes.

Tel est le paralysé, quant à sa physionomie générale. Le jour où la maladie est nettement constituée, vous avez affaire, vous le voyez, à un malheureux chez lequel toutes les fonctions d'innervation sont défaillantes ; l'intelligence, le mouvement, la sensibilité, s'accomplissent d'une façon défectueuse, l'écorce cérébrale, et d'une façon plus générale les centres nerveux n'étant plus à la hauteur de leur tâche; le paralysé général est un incapable dans toute l'acception du mot, incapable de se souvenir, d'associer et de coordonner ses idées, incapable d'exécuter les mouvements que commandent les fonctions de la vie de relation, de parler avec netteté, de se servir, pour un travail qui exige quelque force et surtout quelque délicatesse, de ses membres supérieurs, d'obtenir des membres pelviens un effort soutenu, incapable enfin de percevoir avec quelque netteté les impressions que les conducteurs périphériques conduisent mal, que l'écorce cérébrale perçoit et apprécie d'une façon

(1) Clouston. Disorders of speech in Insanity (*Edinb. med. journ.* 1876).

(2) Crichton-Browne. On the pathology of general paralysis (*West Riding asylum Reports*, 1876).

(3) *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article PARALYSIE GÉNÉRALE.

vicieuse. Joignez à tous ces troubles l'inégale dilatation des pupilles et vous aurez les éléments principaux qui constituent le fond du tableau clinique.

Mais sur ce fond, ne l'oubliez pas, viennent se greffer toutes ces manifestations nosologiquement accessoires qui expriment l'irritation congestive primordiale ou secondaire, passagère ou durable, des centres nerveux : le délire, sous sa forme ambitieuse ou hypocondriaque, accentué ou atténué, le besoin d'activité musculaire, les convulsions passagères ou les contractures, les accès épileptiformes, les douleurs, les hyperesthésies et les hallucinations. C'est qu'il se fait là un travail pathologique graduel et lent dont l'aboutissant constant est la destruction progressive, l'anéantissement fonctionnel fatal des cellules du cerveau ; et comme ce travail ne s'accomplit point sans provoquer des poussées aiguës congestives, cet anéantissement fonctionnel est précédé ou accompagné d'une exaltation passagère des fonctions nerveuses, qui, à certaines périodes de l'affection, peuvent dominer le tableau au point de voiler cliniquement le processus nécessairement destructif.

Une fois la maladie constituée, le malheureux malade est fatalement voué à une mort plus ou moins prochaine. Des attaques apoplectiformes succèdent aux attaques épileptiformes ou alternent avec elles, laissant à leur suite des paralysies passagères ou permanentes. La nutrition reste intacte pendant longtemps au milieu de la déchéance générale des fonctions de la vie de relation, comme si celles de la vie végétative gagnaient à mesure que les autres sont troublées. Mais vient un moment où ces dernières s'altèrent à leur tour, et si le malade ne succombe pas aux suites d'un accident, étouffé par un bol alimentaire qui vient obturer le larynx, ou s'il n'est pas tué par une attaque apoplectique, des escarres se montrent et, à leur suite, l'épuisement et la mort, qui est l'aboutissant obligé de cette redoutable maladie, constamment et nécessairement *progressive*.

Mais dans cette marche fatale vers un terme inévitable, que d'accidents inattendus, d'épisodes imprévus, de temps d'arrêt trompeurs, et par suite pour le médecin que d'erreurs de diagnostic à éviter, d'illusions chez les familles à dissiper, d'actes étranges ou criminels à interpréter !

Vous savez maintenant ce qu'est anatomiquement la paralysie générale, la corrélation qui existe entre ses lésions et ses symptômes. Il me reste à pénétrer sur le terrain médicolégal, et à vous indiquer les particularités de la marche insidieuse de l'affection, qui ont si souvent donné le change aux magistrats ou aux parents, et provoqué des décisions civiles fâcheuses ou des condamnations regrettables. C'est là la tâche que je m'efforcerai de remplir dans la prochaine leçon.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND.

M. Fleury.

Anurie consécutive à une péritonite chronique et à un cancer de la matrice pris pour un polype.

(Observation recueillie par M. Béal, interne du service.)

L'anurie est une affection assez rare et dont les symptômes passent souvent inaperçus ; elle a pu être confondue avec la rétention d'urine, ce qui paraît de prime abord assez difficile à comprendre ; car la sensation qu'éprouvent les malades, la saillie que forme à l'hypogastre le réservoir urinaire distendu par ce liquide, peuvent facilement mettre sur la voie et faire éviter cette cause d'erreur. Mais, d'une part, la distension prolongée des fibres musculaires de la vessie en détermine la paralysie et en émousse la sensation si connue que l'on ressent lorsque le besoin d'uriner se fait sentir ; d'autre part, le volume de l'abdomen chez les personnes obèses forme une tumeur qui pourrait être confondue avec la saillie formée par une vessie remplie d'urine.

Nous en avons observé, il y a quelques années, un exemple assez remarquable chez un aubergiste qui, depuis longtemps, était sous l'influence d'une diathèse rhumatismale ; le début de la crise se manifestait par une anurie qui durait ordinairement 12 heures ; au bout de ce temps la sécrétion se rétablissait et les urines reprenaient leur cours. Cette fois 48 heures s'écoulèrent sans que la miction s'opérât.

Préoccupé de son état, il alla trouver le médecin de son village qui crut à une rétention et se mit en devoir de le sonder ; malheureusement l'instrument dont il se servit fut mal dirigé et une fausse route fut la conséquence de ce cathétérisme malencontreux.

Le malade épouvanté se rendit à Clermont pour consulter M. Fleury qui, au moyen d'une grosse sonde, put éviter la fausse route en longeant la paroi supérieure du canal de l'urètre.

Le malade était très obèse, l'abdomen développé ; il était impossible de savoir si la vessie était distendue.

La sensation d'une résistance vaincue lui fit penser que l'instrument était dans la vessie, mais il ne s'en écoulait pas d'urine ; il y avait un moyen bien simple de dissiper le doute, c'était de faire une injection ; le liquide sortit comme il était entré. La question fut dès lors tranchée ; c'était un défaut de sécrétion qui s'était manifesté, mais, au lieu de durer 12 heures comme à l'ordinaire, il s'était prolongé pendant 48. Le malade du reste n'en avait ressenti aucun malaise.

Il arrive parfois que l'urine est retenue dans la vessie, ce que nous voyons si souvent chez les vieillards affectés d'engorgement de la prostate. L'absorption des produits qui séjournent dans ce réservoir peut quelquefois déterminer des accidents, mais ils n'ont pas la gravité de ceux que l'on observe à la suite de l'anurie : tantôt c'est de la septicémie aiguë qui se traduit par des crises éclamptiques, tantôt les accidents se produisent sous une forme moins aiguë, mais qui n'en est pas moins sérieuse.

C'est ce que nous avons observé chez la malade qui fait le sujet de cette observation et qui a succombé à un véritable empoisonnement urémique. Rien n'aurait pu faire prévoir ce dénouement lorsqu'elle fut reçue à l'Hôtel-Dieu de Clermont où elle était envoyée pour être traitée d'un polype utérin.

L'altération de son visage nous frappa le jour de son admission et la pensée d'un cancer utérin nous vint tout de suite à l'esprit ; mais l'absence d'urine qui persistait depuis quelques jours nous en fit bientôt reconnaître la véritable cause.

Contrairement à ce que l'on observe ordinairement, la malade remarquait bien qu'elle n'urinait pas, mais elle avait la conscience qu'il ne se formait pas d'urine et qu'il n'en arrivait pas dans sa vessie.

Cette sensation, toute singulière qu'elle parût, fut vérifiée par le cathétérisme et trouvée exacte ; deux ou trois cuillerées à café de liquide s'écoulèrent seulement lorsque j'introduisis une sonde dans la vessie.

Ce qui nous frappa surtout, c'est l'état de malaise et d'anxiété qu'éprouvait cette malheureuse femme, dévorée par une soif intense, ne pouvant pas tenir en place, se tournant et se retournant constamment; la figure altérée, les yeux hagards, le pouls d'une petitesse extrême, elle paraissait en proie aux plus vives souffrances. Les douleurs qu'elle accusait dans l'abdomen et surtout à la région épigastrique étaient peu intenses et pouvaient être l'effet de l'altération du péritoine que nous a fait constater l'autopsie; on ne peut donc pas les rattacher à l'anurie.

Tels sont les symptômes d'une affection qui peut être considérée comme un véritable empoisonnement et dont la marche et la durée n'ont jamais été bien signalées dans les ouvrages classiques qui sont entre nos mains.

Aussi allons-nous exposer ici d'une manière succincte ce qui s'est passé chez notre malade.

A... (Jeanne), domestique à Clermont-Ferrand, a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 41 ans; elle a vu pourtant ses règles disparaître pendant une période de dix années, mais cette suppression qu'elle ne sait à quelle cause attribuer ne s'est accompagnée d'aucun malaise.

Après la réapparition de ses époques tout alla bien pendant un an; mais au mois de mai dernier les pertes furent plus abondantes et très irrégulières; la malade s'aperçut à plusieurs reprises que des morceaux de chair sortaient par le vagin.

Le médecin de son village diagnostiqua un polype utérin, mais ne lui conseilla pas de le faire extirper.

Deux mois s'écoulèrent sans nouveaux accidents; mais le 25 juillet dernier la malade éprouva quelques douleurs à l'épigastre, un peu de dyspnée et d'oppression; elle constata aussi une diminution très notable dans l'émission de l'urine.

Justement inquiète de son état, la malade se décide à rentrer à l'Hôtel-Dieu où nous la trouvons le 29 juillet salle Saint-Joseph, n° 8, dans le service de M. le docteur Fleury.

A l'examen, l'abdomen nous paraît très arrondi et volumineux; la malade est, dit-elle, douée de beaucoup d'embonpoint, mais néanmoins elle sent bien que depuis quatre jours son ventre grossit d'une quantité très notable. La percussion donne un son mat égal dans tout l'abdomen; impossible de percevoir le moindre signe de fluctuation.

Peut-être y a-t-il distension de la vessie par rétention d'urine; une sonde introduite immédiatement ne retire qu'une quantité insignifiante de ce liquide.

Et la dyspnée augmente accompagnée d'anxiété et de surexcitation générale.

A quelle cause attribuer tout cela? L'anurie est ici pour beaucoup; mais encore quelle est la raison de ce phénomène qui, en somme, ne peut être qu'un résultat?

Il est possible que nous ayons affaire à une dégénérescence amyloïde ou à une sclérose des reins et la malade serait sous le coup d'une intoxication urémique; ce qui nous confirmerait dans cette idée, c'est que les urines sont très albumineuses.

Le toucher vaginal nous permet de constater la présence d'une excroissance molle qui sort à travers les lèvres du col en laissant celui-ci absolument intact; toutefois, en arrière, le museau de tanche est un peu induré.

Cet examen nous a fait penser à une tumeur fibreuse de l'utérus qui comprimerait les organes voisins et donnerait lieu à une ascite, méconnaissable à cause de l'épaisseur des parois de l'abdomen; l'anurie serait la conséquence d'un obstacle mécanique à l'écoulement de l'urine dans la vessie.

Le 30 et le 31, phénomènes d'agitation plus accentués; la malade perd tout appétit; elle est dévorée par une soif intense et ne peut trouver un seul instant de repos.

Le 1er août même état; la malade tombe dans le marasme; le pouls s'affaiblit de plus en plus et le 2 elle succombe en proie à une agitation pénible.

A l'autopsie nous constatons dans la cavité péritonéale la présence d'un épanchement très abondant formé par un liquide séro-sanguinolent; le péritoine, partout très épaissi, est formé par un amas de petites granulations grisâtres.

Les ganglions mésentériques sont très engorgés.

La muqueuse utérine est recouverte d'excroissances molles ayant quelque ressemblance avec les tumeurs encéphaloïdes de cet organe.

Rien de particulier du côté des reins et du foie si ce n'est un peu d'atrophie et de dégénérescence graisseuse.

Étant donné l'état des viscères, nous avons cru pouvoir former notre opinion sur la malade qui nous a occupé et chez qui le diagnostic a été très difficile pendant la vie.

Cette personne, sous l'influence de la diathèse cancéreuse dont une première manifestation s'est faite dans l'utérus, a eu ensuite les ganglions mésentériques pris également de cette affection; par propagation, il s'est produit une péritonite chronique avec épanchement.

Celui-ci a peu gêné la malade tout d'abord, mais lorsqu'il a été assez abondant pour comprimer les vaisseaux qui se rendent aux reins, il est survenu une suppression presque complète de la sécrétion urinaire, les reins ne pouvant fonctionner qu'en raison des matériaux qu'ils reçoivent.

Et voilà, croyons-nous, l'explication de l'anurie cause immédiate de la mort de notre malade.

CLINIQUE DE RIO-DE-JANEIRO. — M. Fort.

Luxation de la rotule droite par contraction musculaire.

La description des luxations qu'on trouve dans les auteurs laisse parfois à désirer sous le rapport du nombre des observations rapportées par eux. Les cas de luxation de la rotule, par exemple, sont assez rares. C'est pour cette raison que nous portons celui-ci à la connaissance du public médical.

Mon ami le Dr Netto se trouvait dans un salon, le 20 janvier 1883, avec quelques amis. Il voulut, en jouant, contrefaire un de ses amis qui porte un *genu valgum*. Pour cela, il porta le genou droit fortement en dedans, appuyant sur le sol avec le bord interne du pied; mais tout à coup il sentit une vive douleur à la partie interne du genou, la rotule se porta immédiatement en dehors. L'équilibre n'étant plus possible, il tomba lourdement sur le parquet.

La rotule reposant, par sa face articulaire, sur le condyle externe du fémur se porta un peu en avant, spontanément; puis ses amis en tirant sur la jambe produisirent la réduction de l'os. (Ces renseignements sont fournis par le malade, qui est médecin lui-même.) Il y aurait donc eu, d'après ce récit, d'abord luxation complète de la rotule en dehors, puis luxation incomplète, ensuite réduction.

Le *mécanisme* de cette luxation me paraît avoir été le suivant. Le sujet était debout, et, dans cette position, la jambe est dans l'extension et le genou ne peut exécuter aucun mouvement normal de latéralité. Pour imiter un *genu valgum* avec la jambe droite, il a fallu nécessairement que le pied droit prenne, par son bord interne, un point d'appui sur le sol et que les muscles adducteurs de la cuisse portent le fémur en dedans. Grâce à une certaine laxité du ligament latéral interne, on peut ainsi produire un certain degré de saillie interne du genou. C'est probablement à cet instant qu'est survenue une violente contraction du triceps crural qui a luxé la rotule en dehors, comme cela s'observe dans les luxations de la rotule par contraction musculaire. Pourquoi y a-t-il eu contraction du triceps? Très probablement parce que le

pied du malade aura glissé sur le parquet ciré du salon où il se trouvait et qu'il aura contracté le triceps pour se retenir. Il s'est produit ici ce qui se passe lorsqu'une personne contracte violemment le triceps pour éviter une chute en arrière et se fait une fracture transversale de la rotule.

Dans la station verticale, l'axe du triceps et celui du tendon rotulien forment un grand angle ouvert en dehors, angle dont la rotule forme le sommet et qu'on peut évaluer approximativement à 170°. Une contraction violente du triceps a une certaine tendance à produire une luxation, mais ceci s'observe rarement. Il est fréquent, au contraire, d'observer une fracture transversale de la rotule. Dans le cas présent, notre ami, en portant son genou en dedans, a fermé un peu l'angle formé par l'axe du tendon rotulien et par l'axe du triceps. De 170°, cet angle aura été porté peut-être à 150°. On comprend qu'une contraction du triceps survenant à ce moment, l'effort musculaire aura porté principalement vers le côté interne de la rotule et son ligament interne qui se sera rompu.

En somme, il y a eu à la suite de la contraction musculaire, rupture du ligament interne de la rotule, luxation complète, puis incomplète, de la rotule en dehors, perte d'équilibre et chute. Cet accident n'a pas pu se produire sans un peu d'*entorse interne* du genou.

A la suite de cette chute, le malade a appliqué sur le genou des compresses résolutives, il a gardé un repos relatif, ne sortant pas, mais se levant et ne prenant pas la précaution de placer constamment la jambe dans l'extension.

Le 10 février, c'est-à-dire vingt jours après l'accident, le malade souffre encore en marchant. Le genou est tuméfié. Je constate une hydarthrose de moyen développement.

Vers le milieu de juin 1883, étant dans son lit, le malade fait un mouvement brusque qui produit de nouveau la luxation. Au moyen des doigts, il remet lui-même l'os en place.

Je l'examine de nouveau le 1er juillet, il y a une hydarthrose moyenne et un peu de faiblesse du genou. Je traite l'épanchement par la compression au moyen du caoutchouc.

Je suis d'avis qu'il faudrait, dans un cas pareil, placer le malade au lit et lui appliquer autour du genou un appareil inamovible. Le malade resterait pendant huit jours au lit, puis on lui permettrait de marcher avec son appareil qu'on retirerait au bout de un ou deux mois. La guérison serait probablement complète et on ne serait pas exposé à voir se produire une complication, ou plutôt un accident consécutif, comme l'hydarthrose, qui peut amener des désordres considérables.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

332. M. Roux. Des nouvelles acquisitions sur la rage. — 333. M. Mouret. De la néphrite infectieuse consécutive à l'ostéo-périostite. — 334. M. Ramonat. La syphilis chez les scrofuleux. (Étude chirurgicale.) — 335. M. Vince. Étude sur la maladie d'Addison. — 336. M. Du Mouza. Quelques cas de chirurgie conservatrice à l'hôpital maritime de Clermont-Tonnerre (Brest) pendant les années 1880-81-82. — 337. M. Tabard. Historique de la résection des côtes et de ses indications. — 338. M. Castres. Du traitement palliatif du cancer ulcéré du col de l'utérus, et en particulier d'une préparation spéciale d'iodoforme. — 339. M. Charles Simon. Des paralysies, névralgies, troubles trophiques et vaso-moteurs survenant sous l'influence de l'intoxication par le gaz oxyde de carbone. — 340. M. Ranguedat. Des arthropathies dans la syphilis héréditaire. — 341. M. Manchon. De la syphilis cérébrale précoce. — 342. M. Cazeneuve. Étude sur les troubles gastriques dans la tuberculose. — 343. M. Espanet. Du pronostic des paralysies diphtéritiques. — 344. M. Bource. De la délivrance normale et pathologique. — 345. M. Mairel. Des complications urémiques de l'épithélioma du col utérin. — 346. M. Humbert. Dénudation cornéenne. — 347. M. Comte-Lagauterie. Contribution à l'étiologie de l'insuffisance des muscles droits internes et externes des yeux. — 348. M. Thellier. De l'ostéo-myélite spontanée, considérée dans son étiologie et sa pathologie. — 349. M. Chapotel. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire rhumatismale. — 350. M. Izoard. Contribution à l'étude de l'entérite muco-membraneuse. — 351. M. Moroux. Étiologie de certains abcès de la paroi abdominale antérieure. — 352. M. Toison. Contribution à l'étude des premiers états du cœur. (Anatomie physiologique.) — 353. M. Camus-Govignon. Des polypes de l'estomac. — 354. M. Angélot. Sur une forme clinique spéciale de tuberculose dénommée par Isambert tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée. — 355. M. Lefebvre. Saignée dans la pneumonie. — 356. M. Grenet. Des injections intra-péritonéales du sang. — 357. M. Lecointre. Traitement des anévrysmes de l'aorte par l'iodure de potassium. — 358. M. Franceschi. Du pemphigus chez les hystériques. — 359. M. de Chateaubourg. Sur l'albuminurie physiologique. — 360. M. Gauthier. De la démence précoce chez les jeunes aliénés héréditaires. — 361. M. Henri Martin. Des tumeurs fibro-plastiques envisagées principalement au point de vue de leur généralisation. — 362. M. Deligny. Contribution à l'étude des ostéophytes de la dure-mère dans la pachyméningite (pachyméningite ostéo-membraneuse). — 363. M. Lacoste. De la suppuration des bourses séreuses et de ses rapports avec la lymphangite. — 364. Mme Wichinsky. De la péritonite puerpérale chez les nouveau-nés. — 365. M. Rigaud. Du traitement des points de côté chez les tuberculeux par les applications de collodion. — 366. M. Aristide Olivier. Du lagophtalmus paralytique et de son traitement par la tarsorrhaphie centrale. — 367. M. Delaux. Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales. — 368. M. Leneveu. De l'utilité de la vivisection. — 369. M. Guillouet. Effets toxiques du senecio canicida ou yerba del perro. — 370. Mlle Benoit. Paralysie spinale infantile. — 371. M. Callais. De l'ectopie rénale. — 372. M. Joyeux-Laffuie. L'appareil venimeux et le venin du scorpion. — 373. M. Boheas. Topographie médicale de l'île d'Ouessant (Finistère). — 374. M. Vivien. Essai sur les tumeurs de la voûte du crâne constituées par du liquide céphalo-rachidien. De la céphalhydrocèle traumatique. — 375. M. Casaubon. Contribution à l'étude de la granulie des synoviales articulaires. — 376. M. Langot-Wulfranc. Les hémorroïdes et leur nouveau traitement par la pince-cautère-écrasante. — 377. M. De Saint-Martin. De la rupture de la tunique vaginale dans l'hydrocèle. — 378. M. Grégoire. De la paralysie faciale chez les diabétiques. — 379. M. Aubiban. Ostéophyte crânienne chez les femmes enceintes. — 380. M. Doré. Recherches expérimentales sur l'influence de la température des femelles en gestation sur la vitalité du fœtus et la marche de la grossesse. — 381. M. Coundouris. Le diabète dans ses rapports avec les lésions des membranes externes de l'œil. — 382. M. De Sallier-Dupin. Cautérisation ignée dans les hydrophtamies. — 383. M. Poupelle. De la synovite tuberculeuse des gaines tendineuses. — 384. M. Théodore Grégoire. Considérations sur quelques points de la paralysie générale. — 385. M. Soula. Essai sur l'influence de la musique et son histoire en médecine. — 386. M. Royer. De la langue noire. — 387. M. André Martin. L'administration sanitaire civile à l'étranger. — 388. M. Deblenne. Essai de géographie médicale de l'île Nossi-bé, près la côte Nord-Ouest de Madagascar. — 389. M. Jarrigé. Des difficultés de diagnostic de la péritonite tuberculeuse. — 390. M. Brazier. Considérations anatomiques et cliniques relatives à l'extirpation du sac herniaire au cours de la kélotomie. — 391. M. Bouley. Étude historique, expérimentale et critique de la taille hypogastrique. — 392. M. Cadet. Du côté sain dans la coxalgie. — 393. M. Iresco. De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur les ostéo-arthrites. — 394. M. Amourel. Des tumeurs fibreuses des grandes lèvres. — 395. M. Albespy. Des lésions de l'orifice mitral chez les ataxiques. — 396. M. Caix. Éclampsie puerpérale précoce. — 397. M. Jubineau. Étude sur le tabes dorsal spasmodique. Sclérose primitive des faisceaux laté-

raux. — 398. M. Clament. Du suicide dans quelque forme d'aliénation mentale. — 399. M. Sabourin. Des rapports qui unissent quelques maladies de l'enfant à celles de la mère et réciproquement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux docteurs et pharmacien qui se sont distingués par leurs travaux spéciaux sur les épidémies, pendant l'année 1881 :

Médaille d'or : M. le docteur Paris, de Versailles.

Rappels de médailles d'or : MM. les docteurs Lecadre, du Havre, et Pilat, de Lille.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Bédoin, médecin-major de deuxième classe; Coustan, médecin-major de deuxième classe; Eude, médecin-major de deuxième classe; Feuvrier, médecin-major de première classe; Grollemund, de Saint-Dié; Guibert, de Saint-Brieuc; Houzel, de Montreuil-sur-Mer; Lallemand, de Dieppe; Liégeois, de Bainville-aux-Saules; Villard, de Guéret.

Rappels de médailles d'argent : MM. les docteurs Daniel, de Brest; Manouvriez, de Valenciennes; Mauricet, de Vannes; Mignot, de Chantelle; Pennetier, de Rouen; Perroud, de Lyon; Regnier, médecin en chef de l'hôpital militaire de Batna.

Médailles de bronze : MM. les docteurs Aubert, médecin-major de deuxième classe; Rousseau, de Liré; Brodier, de Bazancourt; Fichot, de Nevers; Fouillhoux; Gils, médecin-major de deuxième classe; Granier, médecin aide-major; Lebastard, médecin aide-major de deuxième classe; Mottard, de Saint-Jean-de-Maurienne; Pommay, médecin en chef de l'hôpital militaire de Teniet-el-Hâad; et M. Gebhart, pharmacien à Épinal.

— Par arrêté préfectoral en date du 28 août 1883 (effet du 1er octobre 1883), ont été nommés, pour 3 ans, médecins-inspecteurs des écoles primaires et maternelles communales du canton de Saint-Denis (Seine), les docteurs en médecine ci-après désignés, savoir :

Première circonscription (32 classes), commune de Saint-Denis (première partie), M. Dupuy.

Deuxième circonscription (31 classes), commune de Saint-Denis (deuxième partie), M. Felz.

Troisième circonscription (28 classes), communes d'Aubervilliers et de la Courneuve, M. Dumonteil-Grampré.

Quatrième circonscription (23 classes), communes de Saint-Ouen et de l'Ile Saint-Denis, M. Thobois.

Cinquième circonscription (21 classes), communes de Dugny, de Stains, de Pierrefitte, de Villetaneuse et d'Épinay, M. Serpaggi.

En conséquence, la délégation conférée à MM. les docteurs Izenard et Weiss prendra fin le 1er octobre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile Rivière. — L'ouvrage formera un beau volume in-4° d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois, par Cusman, intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La neuvième vient de paraître et la dixième est sous presse. Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J-B. Baillière et fils.

Traité complet d'ophtalmologie, par les docteurs L. de Wecker et E. Landolt. Anatomie microscopique, par le professeur A. Ivanoff, I. Schwalbe et W. Waldeyer. Tome III, 1er fascicule. Réfraction et accommodation, par E. Landolt, avec 110 figures dans le texte.

Ce volume sera publié en trois fascicules. — Prix du tome III complet : 17 francs. L'ouvrage complet, 3 forts volumes in-8° : 51 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'intervention chirurgicale dans le cancer du tube digestif, sauf le rectum, par le docteur Dupau. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des modifications modernes de la lithotritie, par le docteur Kirmisson. 1 vol. in-8° avec 11 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Vichy, Cusset et leurs eaux minérales. Étude des eaux et de leurs propriétés, leur mode d'action, maladies traitées à Vichy, par le docteur Grellety. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14991.

N° 102. — JEUDI 6 SEPTEMBRE 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 6 SEPTEMBRE 1883. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. Fièvre bilieuse ou hépatique. — Du mode d'action des antiseptiques employés dans le pansement des plaies. — Embryologie. Note et considérations sur un fœtus qui a séjourné 56 ans dans le sein de sa mère. — Documents complémentaires concernant la préservation cuprique. — Académie de Médecine. — Nouvelles. — Bibliographie.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance bien remplie par deux communications importantes : l'une de M. Giraud-Teulon, dont on connaît les « principes de mécanique animale », sur les progrès réalisés dans l'histoire des mécanismes de la locomotion chez l'homme par la méthode des inscriptions graphiques de M. le professeur Marey ; l'autre de M. Bouchardat, sur la genèse du parasite de la tuberculose. Cette dernière communication est de nature à provoquer une discussion. Mais M. J. Guérin étant déjà chargé d'un rapport sur cet important sujet, il est probable que la discussion sera réservée pour l'époque où ce rapport sera fait. On n'en lira pas moins avec intérêt dans le compte rendu le résumé que nous avons donné de la lecture de M. Bouchardat et les quelques observations qu'a faites M. J. Guérin à cette occasion.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Fièvre bilieuse ou hépatique.

Le malade du n° 16 de la salle Saint-Jean-de-Dieu est un homme de 32 ans, ouvrier plombier dans certaines conditions, sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure. Ses antécédents personnels et héréditaires sont bons.

C'est le 28 du mois dernier qu'il est entré à l'hôpital pour une fièvre assez vive. Mais avant de faire l'histoire de son passé, disons quelques mots de son état actuel, c'est-à-dire tel qu'il était hier, tel aussi qu'il est ce matin même.

La fièvre est toujours assez intense ; la température était encore hier soir de 39°,8 ; elle s'accompagne d'une teinte jaune de la conjonctive et des téguments, qui nous montre aussi par la coloration des urines que la fièvre s'accompagne d'ictère. Ces urines renferment aussi, depuis quelques jours, de l'albumine en assez grande quantité. De plus, la partie inférieure du poumon droit est congestionnée ; le foie, d'un volume à peu près normal, est subdouloureux, la rate présente des dimensions plus considérables ; il existe une sorte d'hyperesthésie générale. Le malade est anxieux, inquiet ; il dort mal ; la langue est sèche, fendillée ; la gorge rouge, comme vernissée. Hier et avant-hier il y avait un peu de muguet, aujourd'hui il a à peu près complètement disparu. Il existe une constipation opiniâtre malgré l'emploi de plusieurs purgatifs, et les quelques selles que le malade a rendues sont décolorées.

Voilà pour l'état morbide actuel de cet homme ; voyons maintenant, au point de vue des diagnostics, l'évolution de la maladie. C'est à trois jours avant son entrée à l'hôpital que l'on peut fixer la date du début, caractérisé par de la courbature, un malaise général.

Le lendemain de son arrivée ici, la température centrale était de 38° le matin et de 39°,6 le soir. Au premier moment, le diagnostic eût pu tourner autour d'une fièvre continue, mais la rate n'était pas encore hypertrophiée ; on ne constatait absolument rien dans la fosse iliaque. De plus, dès le lendemain, les tissus commençaient à revêtir une teinte jaune ictérique, le foie était augmenté dans tous ses diamètres, il était congestionné, et les selles décolorées indiquaient en même temps, tout d'abord, qu'il n'y avait pas de polycholie. Enfin, interrogé sur ses antécédents, le malade nous apprenait que, pendant le service militaire, alors qu'il était en garnison à Montpellier, il avait eu la fièvre typhoïde.

En somme, nous sommes donc en présence d'une maladie générale portant sur le poumon, sur la rate et sur le foie. Ce dernier organe a diminué peu à peu de volume depuis quelques jours pour reprendre ses dimensions normales, mais laissant prédominer l'ictère. La fièvre a été continue, sauf une ou deux exacerbations, la température centrale présentant chaque fois une augmentation de un à un degré et demi. S'agirait-il donc d'une fièvre typhoïde à forme bilieuse? Non, car, je le répète, il a déjà eu, il y a peu d'années, la fièvre typhoïde à Montpellier, et de plus, depuis qu'il est à l'hôpital, il n'a pas eu de diarrhée, pas de taches rosées lenticulaires. Ou bien s'agirait-il de quelque fièvre bilieuse chez un sujet intoxiqué paludiquement? Mais le sulfate de quinine donné à dose massive n'a pour ainsi dire rien fait, la courbe thermique est régulière et non intermittente, malgré le volume de la rate.

Depuis quelques jours, le cœur, jusque-là très régulier, très net dans ses fonctions, donne un prolongement systolique et semble atteint de quelque chose au niveau de l'orifice aortique, comme si, à son tour, il était imprégné, légèrement il est vrai, mais imprégné cependant. Quelqu'un de mes auditeurs a parlé d'endocardite ulcéreuse ; je rejette absolument ce diagnostic. Si le cœur est atteint, ce n'est que tout récemment et très légèrement ; il est atteint comme

l'ont été successivement le poumon et la rate sous l'influence de la fièvre ictérique, laquelle est primitive.

Ces diverses hypothèses repoussées, que reste-t-il? Il reste un individu, malade depuis seize ou dix-sept jours, plombier de son état, mais dans ces conditions qu'il exerce sa profession dans les égouts, attaché à l'entretien des horloges pneumatiques, c'est-à-dire qu'en réalité il est égoutier. Il est ainsi logé à la même enseigne qu'un autre malade du service dont je vous entretiendrai dans la prochaine leçon, son cas n'étant nullement le même, bien que le point de départ, l'étiologie soit identique.

En résumé, notre malade est atteint d'une de ces maladies qui n'ont pas encore été décrites dans les livres, bien qu'elle ne soit pas tout à fait rare, c'est-à-dire d'une fièvre ictérique, d'une fièvre dite jaune parce qu'elle est caractérisée par la jaunisse, ou bien encore, si l'on veut, d'une fièvre hépatique, d'une fièvre bilieuse avec ictère grave et caractérisée par des phénomènes organiques, par des troubles fonctionnels résultant de l'adultération du foie, de l'altération de la trame hépatique par un agent infectieux pris dans les égouts. C'est ainsi que la bile a cessé de couler dans l'intestin pour être résorbée dans l'économie, se manifester sur les muqueuses, sur la peau et dans les urines, voire même par des épistaxis comme dans l'ictère grave ou l'ictère s'aggravant.

Dans ces conditions, quel pronostic peut-on porter? Un pronostic réservé en ce sens que cet homme n'en a pas encore fini avec les causes de sa maladie générale, puisque le foie n'est pas seul en cause; que les poumons, le cœur et même les reins sont pris, qu'aujourd'hui encore la langue est sèche, la gorge rouge, la fièvre persistante. Je ne puis donc pas dire s'il guérira, car il reste chez lui quelque chose, comme diraient les vieux médecins, quelque chose qui ne sent pas bon.

La maladie est bien une fièvre bilieuse avec ictère s'aggravant, survenue sous l'influence du séjour dans les égouts, c'est-à-dire d'un contage morbide. Si l'ictère tend à disparaître, si l'intoxication n'a pas été assez massive, le malade pourra guérir, comme certains ictères graves ont pu guérir; c'est tout ce qu'il m'est permis de dire comme pronostic.

Quant à la thérapeutique, elle reste en pareil cas réellement en souffrance, parce que l'agent infectant n'étant pas connu, nous ne pouvons savoir quel spécifique lui appliquer. Nous avons donné le sulfate de quinine, parce qu'il était naturellement indiqué par la fièvre. Nous avons prescrit, comme alimentation, le lait presque exclusivement, afin de ne pas augmenter les oxydations, le foie, les reins et la rate étant compromis. Nous avons fait appliquer au début des révulsifs sur la région du foie (ventouses scarifiées et vésicatoires), pour combattre la congestion et l'augmentation de volume de l'organe hépatique, qui, en effet, s'est rétracté depuis lors. Enfin, nous avons ordonné plusieurs purgatifs afin d'avoir raison de la persistance de la constipation. Aujourd'hui nous continuons le lait et le sulfate de quinine.

DU MODE D'ACTION DES ANTISEPTIQUES

EMPLOYÉS DANS LE PANSEMENT DES PLAIES

Par M. le professeur Gosselin.

Dans l'avant-dernière séance de l'Académie des sciences, M. Goslin a donné lecture d'un travail extrêmement intéressant qui résume ses nombreuses recherches sur le mode d'action des antiseptiques employés dans le pansement des plaies.

Déjà, dans des travaux antérieurs (1879 et 1880) faits en collaboration avec M. le docteur Bergeron, il avait établi que les antiseptiques empêchaient l'altération du sang à la surface des plaies, non seulement en purifiant l'atmosphère par la destruction des germes de la putréfaction, mais encore en modifiant les caractères du sang à sa sortie des vaisseaux, par la coagulation des matières albumineuses, de façon à le rendre imputrescent.

Et si, dès cette époque, M. Gosselin, s'appuyant sur les résultats incontestables qu'il avait observés sur le sang et sur le pus, avait déjà entrevu et signalé à l'Académie de médecine (1) que l'acide phénique devait agir sur les capillaires de la même façon que l'alcool, en coagulant le sang dans ces vaisseaux, modification présumée aussi en 1879 par quelques auteurs, notamment par M. Maurice Perrin à propos de l'alcool, et par MM. Neudorfer et Gross à propos de l'acide phénique, cependant le fait avait besoin d'être démontré pour être accepté par tous et pour diriger la chirurgie dans l'application et surtout la simplification des pansements antiseptiques.

C'est cette démonstration que M. Gosselin a demandée aux expériences dont il a communiqué les résultats lundi dernier à l'Académie des sciences (2).

Une première série d'études sur des plaies soumises, chez les chiens et les lapins, à l'action de l'acide phénique, ne lui a donné aucun résultat appréciable. Mais il n'en a pas été de même de ses recherches sur les membranes transparentes de certains animaux, telles par exemple que celles qui réunissent les doigts des pattes postérieures des grenouilles, telles aussi que le mésentère d'un lapin, le mésentère d'une grenouille et la vessie d'une souris blanche. Ces membranes étaient convenablement étalées sur la fenêtre d'une plaque de liège, dans le champ d'un microscope grossissant environ 200 fois, de telle sorte que l'on put voir bien nettement le mouvement du sang dans les capillaires; après quoi M. Gosselin amenait sur la membrane, avec un pinceau ou avec un tube, la substance antiseptique et suivait, l'œil sur l'oculaire, ce qui se passait.

De ces expériences faites avec diverses solutions phéniquées au 1/20e, au 1/40e, au 1/60e, au 1/80e ou 1/100e, avec l'alcool pur à 86°, l'alcool étendu de moitié d'eau et l'eau-de vie camphrée, il résulte qu'au contact des antiseptiques :

1° La circulation s'est arrêtée dans les capillaires par la coagulation plus ou moins rapide du sang;

2° Elle s'est arrêtée plus vite lorsque l'antiseptique était fort (acide phénique au 1/20e et au 1/40e, alcool pur);

3° Elle s'est arrêtée plus lentement et plus progressivement lorsqu'il était faible (acide phénique au 1/100e);

4° Dans un cas, le mouvement du sang, après avoir disparu complètement, était rétabli le lendemain.

M. Gosselin ne peut attribuer cet arrêt qu'à la coagulation du sang déterminée par le contact du médicament qui avait traversé les membranes très minces sur lesquelles il l'appliquait et la paroi plus mince encore des vaisseaux capillaires. Mais, quelque attention qu'il y ait mise, M. Gosselin n'a pu voir le resserrement indiqué par certains auteurs et n'a pu trouver d'autre explication de la stase sanguine que la coagulation, analogue à celle qu'il a constatée si souvent, en 1879 et 1880, sur le sang hors de ses vaisseaux.

Je suis autorisé à croire, dit-il, que ce que j'ai vu sur les pattes de grenouilles et sur le mésentère doit se passer sur les plaies de l'homme, lorsqu'on verse sur elles une des substances antiseptiques. Malgré la différence d'organisation générale, en définitive, le sang de l'homme et les parois de ses capillaires ne présentent pas des conditions physiologiques assez différentes pour qu'on refuse d'admettre que l'antiseptique pénètre dans les capillaires, soit par les orifices résultant de leur section, soit à travers la paroi

(1) Séance du 5 février 1878. — Bulletin de l'Académie, p. 110.

(2) Ces expériences ont été faites au laboratoire de l'hôpital de la Charité avec le concours de M. le docteur Rémy, chef de ce laboratoire, et l'assistance de M. Dubar jeune, étudiant en médecine.

très mince des plus superficiels d'entre eux, c'est-à-dire de ceux avec lesquels le médicament est le plus certainement en rapport et qu'il y amène la coagulation et l'arrêt de la circulation comme chez les animaux. Mais une objection va se produire de suite. Est-ce qu'une gangrène générale de la plaie ne sera pas, comme sur les membranes interdigitales des grenouilles, la conséquence de cette coagulation. A cela je réponds d'abord par la clinique. Il m'est arrivé nombre de fois d'arroser abondamment des plaies récentes avec de l'acide phénique au 1/20e, de l'alcool ou de l'eau-de-vie camphrée et je n'ai jamais eu de gangrène sur ces plaies ; tout au plus ai-je eu de temps en temps une escarre de la peau, sur laquelle je m'expliquerai dans une autre occasion. D'ailleurs, à la surface d'une plaie il y a, outre les capillaires superficiels, des vaisseaux plus gros dans lesquels la circulation persiste et des capillaires profonds dans lesquels l'agent antiseptique ne pénètre pas. Cette coagulation sanguine à l'extérieur et à l'intérieur des capillaires est-elle le seul effet local produit par le contact des antiseptiques ? Ne se peut-il pas que les autres tissus qui forment le fond d'une plaie étendue, et notamment les tissus musculaire, conjonctif, nerveux même, subissent des modifications analogues et que ces modifications s'accompagnent de changements dans leur vitalité et leurs aptitudes physiologiques ? Je le présume, mais je ne suis pas en mesure de le démontrer aujourd'hui.

M. Gosselin se demande, en terminant, par quel mot on peut exprimer cette propriété remarquable de certains médicaments d'arrêter ou de diminuer ainsi la circulation capillaire sans amener la gangrène. Celui d'antiseptique, consacré par l'usage, indique sans doute, dit-il, une propriété capitale, celle de s'opposer à la putréfaction du sang ; mais il n'exprime pas cette autre propriété d'amoindrir la circulation. Sous ce rapport, le mot un peu vague d'astringents leur conviendrait un peu mieux, quoiqu'il indique un resserrement vasculaire que je n'ai pas constaté d'une façon appréciable. J'aime mieux faire remarquer l'analogie qui existe entre l'arrêt de la circulation que j'ai observé et celui que produisent les véritables caustiques ; en définitive, cet arrêt est le premier degré d'une cautérisation. La cautérisation a même été complète, mais tardive et progressive sur quelques grenouilles. Elle est restée incomplète sur d'autres, de même qu'elle reste incomplète chez l'homme. On pourrait donc dire que ces médicaments sont utiles de deux façons : d'abord parce qu'ils sont germicides et antiseptiques, ensuite parce qu'ils sont astringents ou demi-caustiques. En tous cas, ils agissent sur les plaies, non seulement en empêchant la putréfaction, mais en coagulant l'albumine du sang à l'intérieur et à l'extérieur des capillaires, et peut-être en même temps toutes les matières albumineuses de la surface des plaies.

EMBRYOLOGIE

Note et considérations sur un fœtus qui a séjourné 56 ans dans le sein de sa mère (1).

Par M. le professeur Sappey.

Lorsqu'un enfant est arrivé au terme de son développement, si un obstacle quelconque s'oppose à son expulsion, il ne tarde pas à périr et devient alors pour la mère la cause des plus graves accidents, dont la mort est la conséquence ordinaire. Dans quelques circonstances extrêmement rares, on a vu cependant le fœtus se comporter à la manière d'un simple corps étranger, auquel s'habituaient si bien tous les organes environnants, qu'une nouvelle grossesse a pu se produire et suivre son cours naturel.

Comment ces enfants morts ont-ils pu se conserver dans le sein de leur mère vivante, pendant vingt-six ans comme celui de Toulouse, pendant vingt-huit ans comme celui de Sens, pendant trente ans comme celui de Pont-à-Mousson, pendant trente et un ans comme celui de Joigny, pendant quarante-sept ans comme celui de Leinzel en Souabe, et enfin pendant plus d'un demi-siècle comme celui de Quimperlé dont je parlerai plus loin ?

Dans le but d'expliquer leur conservation, deux théories ont été proposées. La plus ancienne est celle de la pétrification. Pour les auteurs qui l'admettent, les enfants conservés sont assimilables aux fossiles. Les principes immédiats de leur corps ont été remplacés, molécule à molécule, par une substance gypseuse, siliceuse ou calcaire, de telle sorte qu'ils ont changé de nature sans rien perdre de leur volume, de leur forme et de leur constitution primitive. Cette théorie s'appuie sur le durcissement extrême qu'offraient la plupart des organes chez quelques fœtus. Ainsi Billement avance que le fœtus de Pont-à-Mousson était pétrifié. Bartholin, qui avait vu le fœtus de Sens dans le cabinet des curiosités de Frédéric III, roi de Danemark, affirme qu'il était dur comme la pierre. Mais ni le fœtus de Leinzel en Souabe, ni le fœtus de Joigny, ni le fœtus de Quimperlé, n'étaient pétrifiés ; et la pétrification des fœtus précédents paraît d'ailleurs très contestable. Cette théorie est donc contredite par les faits observés.

La seconde théorie est celle du dessèchement progressif.

Mais le fœtus de Quimperlé, qui n'était pas desséché, vient lui donner le plus complet démenti. Elle était donc insuffisante aussi. Il fallait par conséquent en chercher une troisième qui pût nous expliquer, non seulement pourquoi un enfant se conserve lorsqu'il se dessèche, mais aussi pourquoi il se conserve lorsqu'il ne se dessèche pas. Cette nouvelle théorie prenant son point d'appui sur le fœtus de Quimperlé, j'en donnerai d'abord une rapide description.

Afin de ne pas abuser des moments de l'Académie, je dirai seulement que la mère devint grosse à 28 ans. Parvenue à l'âge de 84 ans et jusque-là assez bien portante, elle fut admise en 1845 à l'hospice de Quimperlé et mourut trois semaines après son entrée. M. Beaugendre, qui lui avait donné ses soins, en fit l'autopsie. La paroi abdominale largement incisée, il put constater que la tumeur était située en dehors de la matrice, sur le trajet de la trompe utérine droite. Cette tumeur, comme toutes celles du même ordre, était constituée par un kyste à parois extrêmement dures, à surface inégale et mamelonnée. Le kyste enlevé, on le divisa à l'aide d'une scie en deux parties égales. Bien grande alors fut la surprise des spectateurs. Dans cette enveloppe, qui appartenait par tous ses attributs au monde minéral, il y avait un enfant ! Et cet enfant, pendant sa longue captivité, n'avait subi aucune altération ! Il se présentait dans l'attitude qui lui est ordinaire, les membres fléchis sur le tronc, la tête inclinée sur le thorax. Les deux membranes pupillaires complètement développées attestaient qu'il était âgé de six à sept mois. L'enveloppe cutanée, les organes superficiels, les viscères situés dans les grandes cavités du corps, tous les muscles et toutes les parties molles avaient conservé leur consistance, leur souplesse, leur couleur normales. Le fœtus, en un mot, apparut aux yeux des personnes présentes sous les traits d'un enfant qui vient de s'endormir. A ce spectacle inattendu, une sorte d'émotion s'empara de toute l'assistance et se propagea au dehors avec la rapidité de l'éclair. Aussi chacun d'accourir pour voir celui qu'on appelait le petit vieillard de 56 ans.

Ce fait, unique, je crois, dans les annales de la science, suffit à lui seul pour réfuter la théorie du dessèchement. Loin de moi cependant la pensée de méconnaître la haute portée du travail de Morand. Cet auteur avait bien compris que l'emprisonnement parfait du fœtus avait surtout pour avantage de le mettre à l'abri du contact de l'air. Mais nous savons aujourd'hui que l'air n'est pas nuisible en lui-même. Dans une expérience restée célèbre, M. Pasteur démontrait à l'Académie des sciences, le 20 avril 1863, que lorsqu'il est privé de ses germes, les matières organiques ne se décomposent pas. L'illustre expérimentateur s'exprime ainsi :

« J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie des ballons renfermant de l'air pur et du sang de chien en bonne santé. Ces ballons ont été exposés depuis le 3 mars dans une étuve constamment chauffée à 40°. Le sang n'a éprouvé aucun genre de putréfaction. Je dépose également sur le bureau des ballons pareils aux précédents renfermant de l'urine fraîche ; elle est restée intacte. »

---

(1) Note lue à l'Académie des sciences dans la séance du 27 août 1882.

Entre ces ballons de M. Pasteur contenant des matières putrescibles et les ballons calcaires, dans lesquels se trouvaient renfermés les fœtus dont je viens de parler, il existe une saisissante corrélation. Seulement, dans les ballons de M. Pasteur il y avait des liquides putrescibles et de l'air privé de ses germes; dans les ballons que la nature avait construits de toutes pièces autour des fœtus qu'elle voulait conserver, il n'y avait ni air ni germes. De part et d'autre, en un mot, les germes atmosphériques faisaient défaut, et, de part et d'autre aussi, le contenu putrescible a résisté à la décomposition putride. Ainsi s'explique la conservation des enfants qui sont restés après leur mort un grand nombre d'années dans le sein de la mère. Ramenés à leur véritable interprétation, tous les faits précédemment mentionnés apportent donc une éclatante confirmation à la doctrine que M. Pasteur défend depuis vingt-cinq ans, avec tant de zèle, de succès, de dévouement et une si louable énergie. Devant ces faits, les théories anciennes doivent disparaître pour faire place à une théorie nouvelle, plus en harmonie avec les données de la science moderne. Cette nouvelle théorie peut être ainsi formulée :

Les enfants qui, après la mort, se conservent indéfiniment dans le sein de la mère sont redevables de leur conservation aux conditions physiques de leur emprisonnement qui ont pour avantage de les mettre à l'abri des germes atmosphériques.

Un dernier mot sur le fœtus de Quimperlé. Après l'avoir attentivement examiné dans ses moindres détails, M. Beaugendre le déposa dans un bocal rempli d'alcool un peu étendu et renouvela d'abord ce liquide de temps en temps pendant quelques années; puis plus tard, voulant éviter cette petite opération, il l'exposa à l'air libre pour le dessécher. Le traiter ainsi, c'était le dépouiller de son attribut le plus précieux et commettre un acte bien regrettable, que je reprochai à mon savant et distingué confrère. Il le reconnut avec franchise. Mais le mal était irréparable. La dessiccation, après immersion prolongée dans l'alcool, devait être et resta en effet définitive. C'est dans cet état qu'il m'a été remis et que j'ai l'honneur de le présenter à l'Académie.

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

CONCERNANT LA PRÉSERVATION CUPRIQUE (1).

Par M. le docteur V. Burq.

M. le docteur Bailly (de Chambly) avait à peine lu la note que l'Académie a entendue sur la préservation cuprique, que nous nous mettions en mesure d'y répondre. Nous espérions apporter aujourd'hui même à cette tribune une réponse topique sur le fond comme sur la forme contre laquelle nous avons grand'peine à ne point protester dès maintenant, tant les paroles qu'a prononcées M. Bailly et l'attitude qu'il a prise en dehors de la question scientifique nous émeuvent encore. Malheureusement nous n'avons point encore fini l'enquête que nous avons ouverte à Bornel, par correspondance, et à Paris, en personne, dans toutes les industries sur le métal dit *alfénide*, *métal blanc*, *métal anglais*, *argental* ou *chrysocale*, et qui, disons-le d'ores et déjà, ne contient jamais ni 90, ni 80, ni même 70 p. 100 de cuivre, comme l'a affirmé M. Bailly, mais bien de 55 à 60 en moyenne et jamais au delà de 65 p. 100.

Cette enquête sera terminée, nous l'espérons bien, au cours de cette semaine, et mardi prochain, si l'Académie veut bien nous continuer la parole, nous serons en mesure de l'édifier, sur la question, pièces en main.

En attendant, nous demandons la permission à la compagnie de lui communiquer deux documents, dont un de premier ordre, sur l'immunité cuprique, qui nous sont venus depuis notre dernière lecture. Chemin faisant, nous en rappellerons certains autres qui s'y rapportent.

Nous avons dit que l'immunité cholérique avait été aussi très sensible pour ceux qui vivent au voisinage d'industries d'où s'échappent, en certaine abondance, des poussières ou des vapeurs cupriques.

Tout au début de nos recherches, nous avons cité le quartier Saint-Martin-des-Champs et la rue des Gravilliers en particulier, puis la rue de Lappe (Louis-Philippe), alors peuplés d'ouvriers en cuivre, comme ayant joui d'une immunité *relative* dans les grandes épidémies de 1832 et 1849.

Nous avons mentionné la préservation des habitants de Villedieu, au milieu d'autres centres très éprouvés, d'après une lettre du maire de cette ville, disant à la date du 15 octobre 1852 :

« 350 individus, au moins, travaillent ce métal (le cuivre).

« Pas un seul n'a été atteint du choléra, ni en 1832 ni en 1849.

« On a attribué à ce fléau la mort de deux ou trois personnes en 1849. Mais je ne considère pas le fait comme indubitable. Je crois plus vrai de dire que notre ville n'a pas été frappée par le fléau.

« *Le maire de Villedieu*, Lepelletier. »

Cette préservation de Villedieu ne paraît point s'être démentie, car tout dernièrement elle était confirmée dans un journal politique, le *Gaulois*, par un correspondant anonyme qui croyait l'avoir découverte.

Plus tard, nous avons signalé encore la préservation constante de la ville d'Aubagne, située à 17 kilomètres de Marseille, préservation due sans doute à ce qu'elle est entourée d'une ceinture de fours à poterie où sont constamment des émaux de cuivre en fusion.

En 1852, nous recevions du professeur Huss (de Stockholm) la note qui suit :

« A la ville de Fahlen, où il y a les plus grandes usines de cuivre de la Suède, aucune maladie pestilentielle ne s'est montrée : jamais la peste, jamais le choléra.

« Au voisinage de la ville de Linkœping, à Atvidaberg, il y a aussi de grandes usines de cuivre. Dans la ville (Linkœping), le choléra a éclaté en l'an 1844, mais pas à Atvidaberg, distante de 3 à 4 milles. »

Le docteur Gallarini, médecin à Florence, a fait des recherches dans cette ville qui contient 32 établissements où l'on travaille le cuivre.

« Dans les épidémies de 1836 et de 1854, écrivait notre confrère en 1865, il ne s'est produit aucun décès ni parmi les ouvriers, ni parmi les patrons de ces établissements.

« On m'a assuré que semblable préservation avait été observée à Palerme.

« Dr Gallarini. »

Au même moment, le docteur Alfonso de Rogatis faisait de semblables recherches à Naples et dans différentes villes de l'Italie méridionale qui confirmaient pleinement celles du docteur Gallarini.

Après en avoir exposé les résultats, M. de Rogatis disait :

... « Chose remarquable, outre les ouvriers en cuivre, il semble que les habitants de la rue, de la localité et même de la cité où il y a beaucoup d'industries sur le cuivre, jouissent aussi de la même préservation spontanée. Ainsi, par exemple, dans la rue Catalane, à Naples, rue malpropre et habitée par beaucoup de bas peuple, mais où le cuivre est presque dans chaque maison travaillé ou mis en dépôt, il n'y eut aucun cas de choléra dans l'épidémie de 1855. Et cependant la seule paroisse d'Incoronatella, au centre de laquelle est située cette rue, compta 221 décès!

« A Rivello, dont la moitié de la population est occupée à des travaux sur le cuivre et où il y a plus de 20 dépôts de ce métal et 2 fonderies à petite distance, le choléra n'a point pénétré, tandis qu'il a exercé tout alentour de grands ravages.

« Atripulda, cité éminemment manufacturière en cuivre, a offert le même genre de préservation.

« 1865. — Dr Alfonso de Rogatis. »

Un ancien officier supérieur de l'armée turque, M. Tedesco, aurait fait une observation semblable à Constantinople dans le quartier des Chaudronniers.

---

(1) Note lue à l'Académie de médecine dans la séance du 28 août 1883.

Voici maintenant le premier des deux documents que nous avons annoncés. Il porte la date du 1er août courant :

« Pendant deux époques où le choléra sévissait en Égypte — en 1850 et 1865, — le quartier arabe au Caire où se fabriquent les ustensiles de cuivre, fut exempt de ce fléau. C'est un fait incontestable que tout Européen né, comme moi, en Égypte, peut certifier.

« A. Maroque. »

Il sera intéressant de savoir s'il en a été de même dans l'épidémie actuelle. Nous ne manquerons point de faire ici le nécessaire.

Nous passons maintenant au deuxième document qui a une importance bien autre.

Dans la séance du 30 octobre 1865, l'Académie des sciences recevait, par la bouche du professeur Velpeau, une communication de Casiano del Prado, ingénieur en chef du gouvernement en Espagne, de laquelle il résultait qu'une nombreuse population sur les rives de Rio-Tinto, où se trouvent d'abondantes mines de cuivre, avait été épargnée par le fléau, quoiqu'il sévît avec violence aux alentours.

Un ingénieur français, M. Roswag, qui, pendant près de quatorze années — de 1856 à 1869, — a été attaché à des exploitations minières voisines de celles de Rio-Tinto, convaincu que la cause que nous soutenons est juste et salutaire, a pris plaisir à nous confirmer les observations de Casiano del Prado et à y ajouter lui-même. Voici comment il s'est exprimé :

« Les mines de cuivre de Rio-Tinto, qui prennent leur nom du fleuve de ce nom, sont situées dans la province de Huelva. Elles occupaient une population ouvrière très importante, qui s'élève aujourd'hui à plus de 50,000 personnes, en comptant 13,000 travailleurs employés sur les chantiers et leurs familles.

« La situation indemne de ces mines et usines, durant les épidémies cholériques qui sévissaient aux alentours, est de notoriété publique, et M. Casiano del Prado, ingénieur en chef, enlevé à la science il y a environ dix ans, a constaté le fait par une statistique *probante*.

« Cette immunité s'est étendue à toute la zone cuprifère qui, depuis Rio-Tinto, s'étend à Santo-Domingo en Portugal.

« Entre ces deux gisements extrêmes se sont développées, grâce à l'activité et au talent d'un grand ingénieur français, M. Deligny, les exploitations de Tharsis, aujourd'hui très étendues et très productives ; celles de la Zarza, de l'Alcona et de Vulvende. La population ouvrière occupée dans le travail des mines et usines de cette seconde partie du district est de plus de 30,000 personnes. Elle a joui de la même immunité. »

Ici nous ouvrons une parenthèse pour dire que nous nous sommes rendu chez M. Deligny (rue François Ier, 18), à l'effet d'obtenir soit une confirmation, soit une réfutation des assertions de M. Roswag. Nous avons eu le regret d'apprendre qu'il était absent pour le moment. Mais nous avons trouvé dans ses bureaux son représentant, M. Henri Dubern, qui pendant plusieurs années a résidé lui-même, en qualité d'inspecteur, sur les exploitations de M. Deligny. M. Dubern nous a absolument confirmé les attestations de M. Roswag. Il a eu l'obligeance de nous mettre longuement au courant des procédés d'exploitation, passés et actuels, des gisements qui appartiennent encore aujourd'hui à la puissante société à la tête de laquelle est toujours M. Deligny ; et, pour nous faire juge de la richesse du minerai, il nous en a donné un échantillon que nous avons l'honneur de faire passer sous les yeux de l'Académie.

Reprenons maintenant la narration écrite de M. Roswag. La fin est, s'il se peut, plus intéressante encore que le commencement.

« J'ai créé le district minier de Plazenzuela et Botija, province de Cacérès. Il s'y est produit le fait suivant. Durant l'épidémie cholérique de 1855, qui décimait les habitants des environs, ces deux villages sont restés indemnes.

« Les gisements, explorés par moi à cette époque, sont des filons de galène, chargés de pyrites arsenicales, ferrugineuses et cuivreuses, mêlées de fahlerz (antimoniures de cuivre très argentifères) et de blendes.

« Une source dite *fuente de la Huerta*, près de Botija, et qui sort d'anciens travaux miniers arabes et romains, jouit dans la contrée d'une grande réputation pour la guérison de différentes affections, et notamment des maladies d'entrailles, et pour la préservation de la syphilis (constitutionnelle). Elle est froide et contient près de 1/1000e 1/2 de sulfate de cuivre (ce qui correspond à 3 10/1000e de cuivre métallique) par litre. L'eau a un goût atramentaire caractéristique, légèrement masqué par les autres substances qu'elle contient. Elle est peu agréable à prendre. Elle couvre à la longue d'un dépôt rougeâtre de cuivre, de ciment, les clefs ou outils en fer qu'on y laisse séjourner.

« Elle a pour effet de déterminer des coliques suivies d'évacuations alvines plus ou moins abondantes. Ces eaux sont visitées par les habitants des environs, surtout dans la saison d'été. A l'époque du choléra de 1855, elles étaient avidement bues par les gens de Plazenzuela, Botija, Montander, Torremacha, etc. On leur attribuait des propriétés préventives certaines. De fait, les deux villages de Plazenzuela et Botija ont été épargnés par l'épidémie qui sévissait violemment à Trujello, Cacérès et Logrosan, surtout autour de ce centre minier.

« Les quantités absorbées étaient de 3 à 4 verres par jour et par personne. Mon frère et moi-même en avons usé assez fréquemment, au moindre malaise, surtout pendant l'épidémie cholérique. »

Pour terminer, nous dirons que presque au même moment où M. Roswag écrivait la note si intéressante qui précède, nous recevions de la bouche d'un médecin qui exerce à San-Francisco, la communication presque étourdissante que voici :

« Dans la Californie méridionale, à Juan Capistrano, situé à 50 milles de Los Angelesos, capitale de la Californie du Sud, il existe des gisements plus riches encore en cuivre que ceux de l'Espagne et du Portugal. De l'un de ces gisements sort, à une altitude d'environ 400 pieds, une source extrêmement chaude, tellement chargée de cuivre, que la boue qu'elle forme sur so parcours prend un aspect de lézard vert une fois desséchée par le soleil. Cette source jouit, dans la contrée et au loin, d'une faveur non moins grande que la fuente de la Huerta. Elle est regardée comme souveraine surtout contre la syphilis. On la prend en bains et en boisson. Rien de primitif comme la façon dont on l'utilise. Aux mois d'août et de septembre, les habitants des pays voisins y viennent en nombre. Ils campent sur les bords, par escouades, font eux-mêmes la cuisine à tour de rôle et couchent en plein air faute de la moindre hôtellerie. Ils vivent des conserves qu'ils ont apportées avec eux et de provisions que leur envoie la ville la plus voisine, distante d'une dizaine de kilomètres. Les bains sont pris dans des baignoires de bois qui s'emplissent naturellement, situées qu'elles sont sur la pente de la source. Ces baignoires se cèdent de baigneur à baigneur, moyennant une redevance de 1 à 2 piastres qui se paye au précédent occupant. Quant à la source elle-même, elle est à tout le monde, ayant été achetée et donnée à la contrée par un riche Californien. »

Notre confrère se rendit à cette source, il y a deux ans, pour une syphilis constitutionnelle, dont n'avaient pu avoir raison ni l'iode ni le mercure. Il arriva sur les bords tout amaigri, essoufflé à ne pouvoir marcher d'un pas un peu rapide, en proie à de la fièvre vespérale, à des névralgies atroces, etc.

Il se baigna et but, *il nous l'a bien affirmé*, jusqu'à 6 litres de cette eau par jour, et non seulement la quantité énorme de sulfate de cuivre qu'il dut ainsi absorber, à supposer que, malgré sa température élevée et la richesse des gisements, la source de Juan Capistrano ne contienne pas plus de cuivre que la fuente de la Huerta, ne lui fit aucun mal ; mais, au bout de quinze jours qu'il s'en revint à ses affaires, le docteur X... avait engraissé de douze livres, était des plus alertes et depuis il n'a plus entendu parler de sa syphilis !

Ce fait, il n'est que juste de le faire remarquer, donne singulièrement raison aux médecins de Saint-Lazare, MM. Martin et

Oberlin, qui, on le sait, ont traité un nombre respectable — 50 — de syphilis par le cuivre et ont déclaré n'avoir eu qu'à s'en louer et pas une fois à s'en repentir.

Nous avons l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie les pièces justificatives de tout ce qui précède.

En résumé, préservation constante dans le *choléra*, — nous soulignons à dessein le mot choléra, — même des populations soumises à l'imprégnation cuprique par simple voisinage d'usines à cuivre, préservation observée en France, en Suède, en Espagne, en Italie, à Constantinople et en Égypte, sur des milliers d'individus (80,000 seulement en Espagne).

Voilà une première réponse faite, par anticipation, à M. Bailly, par des savants, des ingénieurs, des confrères, etc., parfaitement désintéressés dans la question !

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 septembre 1883. — Présidence de M. A. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE.

Elle comprend : 1° une note sur l'épidémie de variole observée dans le Sud oranais pendant le quatrième trimestre de l'année 1882, et sur les vaccinations et revaccinations pratiquées à cette occasion par M. Linon, médecin-major; 2° un pli cacheté déposé par M. Castelain (Accepté).

LECTURE.

Mécanisme de la locomotion chez l'homme. — M. GIRAUD-TEULON lit un travail intitulé : *Études rétrospectives sur les progrès réalisés dans l'histoire des mécanismes de la locomotion chez l'homme, par la méthode des inscriptions graphiques de M. le professeur Marey.*

Introduction. — Dans le premier paragraphe, l'auteur met en parallèle les méthodes classiques formant les seules ressources dont fut en possession l'ancienne physiologie, pour établir le tableau et déterminer le mécanisme des principales formes de locomotion en biologie, et la nouvelle méthode de l'enregistrement autographique des mouvements eux-mêmes du conducteur Marey. Il rappelle tout le parti qu'a su en tirer M. le docteur Carlet, pour l'établissement définitif des lois qui président à l'accomplissement de la marche chez l'homme, et il se félicite de la confirmation d'ensemble qu'apporte ce travail important aux principales conclusions formulées sur ce point dans son propre traité de mécanique animale publié en 1838.

Dans le second paragraphe, l'auteur étend aux actes de la course et du saut cette même étude comparative; après avoir reproduit la doctrine du professeur Marey relativement à ces deux modes de mouvement, il expose les nombreuses contradictions que cette doctrine et les graphiques sur lesquels elle est fondée lui semblent offrir entre eux et avec les données de l'observation générale.

Dans un troisième paragraphe, l'auteur insiste plus particulièrement sur un des points les plus importants du mécanisme de la course et du saut, à savoir le principe dynamique auquel, dans ces deux actes, serait due, suivant M. Marey, la séparation momentanée du corps et du sol, et s'attache à en montrer l'entière insuffisance.

Enfin, dans le quatrième et dernier chapitre de cette communication, concentrant toute son attention sur ce fait capital et prédominant, commun aux deux actes de la course et du saut, le détachement complet du corps de son appui, l'auteur démontre, par de nouvelles considérations empruntées à la mécanique géométrique, la survivance intacte de la théorie entrevue par les anciens et éclairée par lui-même dans son traité précité de mécanique animale.

M. BOUCHARDAT lit un travail sur la genèse du parasite de la tuberculose.

M. Bouchardat ne méconnait pas qu'il aborde un des problèmes les plus ardus de la pathologie générale. S'il parvient à le résoudre pour la phtisie, on admettra sans peine que la même solution pourra être appliquée à certaines maladies de l'homme ou des animaux. Il commence par rappeler les faits qui établissent sûrement que la phtisie pulmonaire est une maladie contagieuse.

Voici à peu près en quels termes il résume ce travail :

Le premier point qu'il fallait établir, c'était : que la phtisie appartient au groupe des maladies contagieuses les moins à redouter par l'invasion d'un parasite venu du dehors; que ce n'était que très exceptionnellement qu'on devenait tuberculeux par cette cause.

Quand je dis que la phtisie, cette maladie si commune, n'évolue qu'infiniment rarement par contagion, je m'appuie sur des faits démontrés par la clinique et que peut vérifier tout observateur attentif.

Les conséquences pratiques pour la prophylaxie et la thérapeutique qui découlent de cette constatation sont de la plus haute importance.

Ne nous bornons pas à poursuivre le parasite du dehors, qui presque toujours est innocent, pour délaisser la véritable cause du mal.

C'est dans notre organisation que ce parasite est engendré : empêchons-le de se produire. Nous savons sous quelles conditions les transformations qui lui donnent naissance s'opèrent : empêchons-les de s'effectuer.

L'origine du mal, c'est la continuité de la misère physiologique; cette imminence morbide et si redoutable, combattons-la. Rendons la respiration plus complète, plus énergique, plus puissante, la circulation plus active.

Faisons, en un mot, que la dépense soit élevée et proportionnée à une réparation suffisante et bien réglée. Les organites normaux ne s'arrêteront plus dans les capillaires pour y proliférer et s'y transformer.

Voilà la voie qu'il faut suivre pour prévenir et combattre la tuberculose et non la chasse au parasite extérieur.

M. J. GUÉRIN partage l'opinion exprimée par M. Bouchardat.

Depuis deux ans qu'il prépare un travail sur ce sujet, il a réuni un grand nombre de documents qui viennent à l'appui des idées émises par M. Bouchardat. Relativement à la contagion, il y a deux opinions opposées, l'une affirmant l'existence de la contagion, l'autre la repoussant. Il ne faut pas limiter la question à la phtisie pulmonaire; M. Guérin a étudié le tubercule dans toutes ses manifestations, sous son aspect général, car on sait aujourd'hui que le tubercule envahit tous les organes. Il en résulte qu'on se trouve en présence d'un champ d'études beaucoup plus vaste, et dans lequel il est facile de puiser un grand nombre de documents qui viennent précisément à l'appui de la doctrine soutenue par M. Bouchardat. Il y a cependant des circonstances dans lesquelles on observe bien manifestement la contagion de la tuberculose, c'est dans le cas de cohabitation entre mari et femme, par exemple; M. Guérin cite plusieurs exemples de contagion observés dans ces cas; il s'agit plutôt d'une sorte d'imprégnation, d'une infection, que d'une contagion dans le sens précis du mot. Mais jamais on n'a vu cette transmission s'opérer entre individus habitant les mêmes lieux, comme les malades d'un même hôpital par exemple. Il y a deux phases bien distinctes dans la tuberculose que M. Guérin désigne par l'expression de tuberculose fermée et de tuberculose ouverte; cette dernière seule peut donner lieu à l'imprégnation, à la transmission dont M. Guérin a cité plus haut des exemples. Par tuberculose ouverte, en effet, il entend la maladie arrivée à la caverne, à la suppuration. Cette forme seule peut offrir quelques dangers pour les individus cohabitant ensemble. La tuberculose fermée, au contraire, maladie toute locale, ne saurait offrir aucun danger à ce point de vue.

M. BURQ lit une nouvelle note intitulée : *Traitement du choléra par le cuivre*, précédée d'une réponse à M. Bailly.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 2 septembre 1883, M. le docteur Harmand, commissaire général du gouvernement de la République française au Tonkin, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel du microscope clinique avec des instructions sur l'emploi du microscope en médecine légale et sur les opérations d'analyse chimique les plus utiles au praticien, par le professeur BIZZOZERO, ouvrage traduit de l'italien sur la deuxième édition, annoté et augmenté de plusieurs chapitres, numération des globules du sang, recherche des microbes, etc., par le docteur TICKET. 1 vol. in-8° avec 45 figures et 7 planches. — Prix : 10 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Conférences de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu (service de M. le professeur Sée), par A. RAYMOND, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Neurypnologie. Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme, par le docteur James BRAID. Traduit de l'anglais par le docteur SIMON, avec une préface de M. le professeur BROWN-SÉQUARD. 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 14995.

Nº 103. — SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1883. 56ᵉ ANNÉE. SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1883. — Nº 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1ᵉʳ de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU. Pseudo-étranglement herniaire ; deux cas d'épiplocèle enflammée. — HÔPITAL NECKER. Tuberculose pulmonaire, accidents néphrétiques, hypertrophie du cœur. — Sur la frigidité antiseptique des plaies. — De la cause primordiale de la fièvre jaune. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

HOTEL-DIEU. — M. LE FORT.

Pseudo-étranglement herniaire ; deux cas d'épiplocèle enflammée.

Des deux malades dont je vous entretiendrai aujourd'hui, l'un est un homme de 55 ans qui est entré à l'Hôtel-Dieu il y a six jours. A l'âge de 7 ou 8 ans il aurait fait un effort à la suite duquel, dit-il, il aurait eu une hernie inguinale, hernie pour laquelle on prescrivit à ses parents de lui faire mettre un bandage ; mais celui-ci ne fut réellement porté d'une façon régulière que bien des années plus tard, vers l'âge de 20 ans. Sa hernie rentrait très facilement et elle n'avait jamais donné lieu à aucun accident jusqu'au 28 du mois dernier. J'ajoute enfin que cet homme avait un varicocèle depuis trente-cinq ans.

C'est dans la nuit du 28 du mois dernier que, à la suite d'un repas copieux, il éprouva de vives coliques bientôt suivies de l'apparition d'une saillie dans le pli de l'aine. Bien que cette saillie n'ait pas été réduite, il continua à porter son bandage, et jusqu'au 16 de ce mois, il continua aussi à pouvoir aller à la selle ; il rendit des gaz par l'anus et n'éprouva ni nausées ni vomissements. Il n'y a donc eu, pendant huit jours, aucun signe véritable d'étranglement.

Le 6, des tentatives de réduction sont faites en vain par un médecin de la ville, et le 7 il entre à l'hôpital. A son arrivée, il présente, au niveau du canal inguinal du côté droit et de la partie supérieure des bourses, une tumeur allongée, sans aucune sonorité, dure, se prolongeant d'une part à travers le canal inguinal dans la cavité abdominale, de l'autre dans le scrotum jusqu'au testicule, mais non avec les mêmes caractères de dureté dans tout son trajet. Cette tumeur est presque lisse, elle est douloureuse à la pression et mesure environ 3 centimètres de diamètre. Son extrémité inférieure est séparée du testicule par une saillie cylindroïde de même diamètre, mais beaucoup plus mollasse, et longue de 4 centimètres.

Les éléments des cordons sont situés, en haut, à la partie interne et postérieure de la masse indurée. La peau est mobile sur les parties profondes. Il n'y a pas d'augmentation de la chaleur locale. Si l'on fait fléchir les cuisses sur l'abdomen, on sent au-dessus de l'arcade crurale un empâtement limité : en dedans, par la ligne blanche ; en bas, par l'arcade de Fallope ; en haut, par une ligne transversale passant au milieu de la ligne ombilico-pubienne ; enfin, en dehors, s'arrêtant à 3 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cette induration, très douloureuse à la pression, surtout dans le voisinage du pli de l'aine, n'est autre que le grand épiploon enflammé.

En effet, que trouvons-nous ici ? D'abord une hernie congénitale, bien que son apparition remonte seulement à l'âge de 7 ou 8 ans, — réellement congénitale au point de vue anatomique, parce qu'elle n'a pas de sac particulier, mais qu'elle descend dans le canal péritonéal incomplètement oblitéré ; ensuite une épiplocèle enflammée.

Aussi, dès le premier jour, j'ai fait appliquer 11 sangsues sur le trajet du cordon : un soulagement notable en fut la conséquence ; le lendemain, le malade réclamait lui-même une seconde application de sangsues ; celles-ci, en effet, furent prescrites trois jours de suite le 8, le 9 et le 10. Le 11, comme il n'y avait pas eu de selles depuis quatre jours, malgré l'émission de gaz par l'anus, je prescrivis un lavement. Hier 12, l'état général était bon, le faciès n'était pas grippé, il n'y avait pas de fièvre.

Y avait-il lieu, dans le cas actuel, d'intervenir par une opération ayant pour but de profiter de l'épiploon engagé dans le canal inguinal pour procéder à une cure radicale de la hernie congénitale ? Non, je ne l'ai pas pensé ; loin de là, je considérerais cette opération comme une imprudence. Je n'ai pas cherché non plus à faire rentrer l'épiploon, car il serait dangereux de placer dans la cavité abdominale un épiploon enflammé.

Je ne pense pas, du reste, que nous ayons à craindre qu'un étranglement épiploïque véritable survienne. Cependant, si cela avait lieu, dans ce cas alors j'interviendrais. Jusque-là je me bornerai à combattre les phénomènes inflammatoires.

Peut-être, dans un mois ou six semaines, quand l'inflammation sera tombée, ferai-je quelques tentatives de taxis, et s'il n'existe pas trop d'adhérences, réussirai-je à obtenir la réduction. Si je n'y parviens pas, je laisserai cet homme tranquille, sans tenter aucune autre opération.

— Notre second malade est une femme de 73 ans, qui est entrée ici avant-hier soir, pour une hernie, disait-on, datant de trente-deux heures et compliquée de phénomènes d'étranglement. Voici ses antécédents :

Elle porte, depuis vingt-cinq ans, une hernie grosse comme

une noisette, sujette à augmenter de temps en temps, et passagèrement, de volume, diminuant ensuite spontanément sans qu'elle ait jamais été l'objet de tentatives de réduction, ni jamais été maintenue par un bandage.

Il y a quatre jours, cette hernie fait subitement saillie au dehors, après le déjeuner de la malade, ou plutôt elle augmente brusquement de volume, la hernie étant toujours restée au dehors. Puis la malade est prise de vomissements qui se répètent à cinq ou six reprises différentes dans la journée. Dès le lendemain il n'y a plus ni selles, ni émission de gaz par l'anus. Conclusion : étranglement herniaire.

Cependant, prévenu par l'interne de garde, j'arrive immédiatement auprès d'elle. Tout d'abord je suis frappé de l'aspect du visage qui n'est nullement grippé, mais calme, assez coloré. Les vomissements ont cessé et la malade cause tranquillement. Aussi un étranglement herniaire me semble plus que douteux. Le pouls est légèrement accéléré, mais il n'y a pas de refroidissement, pas de phénomènes réactionnels. Dans l'aine je trouve une tumeur singulière, allongée transversalement, et présentant, dans la direction du canal inguinal, une première portion dure, résistante, et, en dedans, une seconde portion sphérique, plus molle au niveau de l'orifice extérieur du canal inguinal. S'agissait-il d'une hernie inguinale? Sous l'influence d'une pression lente, modérée, je suis parvenu à diminuer le volume de la tumeur dans sa partie molle seulement, ce qui me permit de soupçonner l'engagement d'une anse intestinale sous l'épiploon en même temps qu'une hernie épiploïque plus ou moins engagée.

Dans ces conditions fallait-il intervenir ? Malgaigne a dit, avec juste raison, que lorsqu'on avait affaire à une hernie inguinale qui n'était pas ordinairement contenue par un bandage, il n'y avait jamais d'étranglement herniaire véritable, et si par hasard certains accidents survenaient, ils ne pouvaient se rapporter qu'à un pseudo-étranglement et à des phénomènes purement inflammatoires. En effet, lorsqu'une hernie est toujours sortie, le canal s'accommode à son volume, et l'individu n'est exposé à aucun étranglement, si bien que si quelques phénomènes simulant l'étranglement herniaire surviennent, ils se produisent sous des influences multiples. C'est alors qu'une portion un peu plus considérable d'épiploon s'est engagée et que, par suite de la constriction qui en est résulté, il s'est produit une stase sanguine, une effusion de lymphe plastique, enfin des phénomènes inflammatoires.

En résumé, chez cette femme il n'y avait ni phénomènes réactionnels graves, ni étranglement, et de plus la hernie n'avait jamais été maintenue par aucun bandage; on était simplement en face d'une épiplocèle enflammée comme chez le précédent malade. Dans ces conditions, je ne jugeai pas utile d'intervenir; mais hier matin la situation s'étant modifiée en ce sens qu'il était survenu des vomissements incessants de matières fécaloïdes, lesquels devaient très probablement résulter de la constriction d'une anse intestinale par la hernie épiploïque enflammée, une opération devenait nécessaire. Elle fut aussitôt pratiquée. J'arrivai sur un sac très rétréci, contenant un peu de sérosité rougeâtre; l'épiploon n'était pas très enflammé; il existait des adhérences anciennes. Du côté interne de la tumeur je trouvai une anse intestinale, rouge, très congestionnée, mais non en mauvais état, et serré par un épiploon trop volumineux, un peu enflammé et infiltré, si bien qu'il me suffit de presser peu à peu sur lui pour pénétrer dans l'abdomen, refouler le bouchon épiploïque et, vidant par pression l'anse intestinale vers le ventre, la faire rentrer dans la cavité abdominale.

Ainsi, si au point de vue réactionnel il n'y avait pas, à proprement parler, d'étranglement herniaire, au point de vue physique cependant l'intestin se trouvait étranglé, non pas par l'anneau inguinal, mais par l'épiploon enflammé, de telle sorte que si je n'étais pas intervenu à temps, nous nous serions bientôt trouvés en face d'une péritonite et d'accidents consécutifs. Ce cas fait un peu exception à la règle posée avec juste raison néanmoins par Malgaigne, mais il n'infirme pas sa théorie.

Après avoir ainsi remis les choses en place, je me suis demandé ce que je devais faire de l'épiploon. Or, celui-ci n'ayant pas été malaxé par des tentatives de taxis, je l'ai laissé en dehors de la cavité abdominale, me bornant à placer un drain entre ses feuillets pour faciliter l'écoulement des liquides à l'extérieur. Je n'ai donc pas enlevé l'épiploon d'abord parce que la hernie était réductible, ensuite parce que l'ouverture, devenue étroite, a grande chance d'être obturée désormais par le bouchon épiploïque.

Voilà ce que j'ai fait. La malade est aujourd'hui en bon état, sa température est de 37°,5, les vomissements ont cessé. J'ai prescrit un peu d'opium, comme je le fais toujours en pareilles circonstances afin de calmer les phénomènes morbides.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Tuberculose pulmonaire, accidents néphrétiques, hypertrophie du cœur.

Le malade du nº 14 de notre salle des hommes, que nous avons perdu ces jours-ci, était un tuberculeux dont l'affection nous présente un intérêt tout spécial; c'est pourquoi je veux entrer dans quelques détails à son sujet.

Dans une précédente leçon, je vous ai signalé la tuberculose pulmonaire comme une des causes de la néphrite, et je vous ai cité, à ce propos, l'observation de deux malades qui avaient succombé quelque temps auparavant. Celui qui est mort ces jours derniers en est un troisième exemple.

C'était un homme de 40 ans dont les premiers accidents tuberculeux remontaient, disait-il, à trois ans environ. Il avait eu quelques crachements de sang. La maladie marchait assez lentement, lorsqu'un certain jour il reçut, dans le côté gauche de la poitrine, un coup de pied de cheval. Peu de temps après, le mal prenait un caractère plus aigu, bien que le traumatisme n'ait été pour rien dans le développement de la tuberculose. En effet, les accidents pulmonaires étaient limités au sommet, tandis que le coup de pied de cheval avait porté vers la base de la poitrine. Cependant on rencontre parfois du tubercule d'origine traumatique, c'est ainsi que nous avons vu des tubercules se développer dans la partie du poumon voisine de la région axillaire, à la suite d'un traumatisme de l'aisselle, tandis que le sommet du même poumon était parfaitement sain; une action traumatique pouvant ainsi favoriser le développement des bacilles de la tuberculose.

Chez notre malade, il n'en a pas été de même; les phénomènes pulmonaires existant antérieurement à sa blessure.

Mais, à dater du jour où l'accident a eu lieu, les symptômes ont revêtu une allure tout autre, les forces ont considérablement diminué, l'amaigrissement s'est prononcé, les sueurs sont devenues assez abondantes et cet homme est

entré dans nos salles. Pendant les premiers temps qu'il était ici, l'évolution du mal a été assez médiocre comme rapidité, puis son état s'est aggravé, sans que cependant il fût de nature à nous alarmer, du moins au point de vue d'une terminaison fatale prochaine, lorsque tout à coup il s'est plaint d'une oppression extrême. Il n'y avait cependant aucun effort d'inspiration ou d'expiration, l'air pénétrait aisément dans toute la poitrine, sauf au niveau des parties tuberculisées. La fièvre était nulle et l'état général n'expliquait en rien une anhélation aussi brusque et aussi intense ; aussi je pensai immédiatement à quelque chose se passant du côté des reins, comme pouvant seul nous en donner la clef.

Les tuberculeux ont en général le cœur petit; chez eux il est assez fréquent d'observer de l'endocardite avec des bruits anomaux dans la région précordiale ; quelquefois on constate un épaississement des bords valvulaires de la tricuspide ; d'autres fois le cœur est volumineux et son augmentation de volume tient à une dilatation de ses cavités droites, dilatation résultant presque toujours de quelque obstacle à la circulation, soit, par exemple, au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire, soit un peu plus loin dans le poumon lui-même, soit encore lorsque la circulation est devenue difficile par suite du rétrécissement des vaisseaux capillaires du poumon comme chez les emphysémateux, soit aussi dans le cas de sclérose pulmonaire. C'est même pourquoi tous les emphysémateux, de même que les malades atteints d'une pneumonie très étendue, ont un cœur droit plus ou moins dilaté. Que si tous les sujets tuberculeux sont loin de présenter cette dilatation, cela peut tenir ou à ce que la tuberculose aura eu une marche rapide, ou bien à ce que la lésion tuberculeuse est très circonscrite et son évolution très lente ; et si vers la période finale la circulation pulmonaire se trouve très réduite, le sang, en même temps, a diminué d'abondance, le malade s'est profondément anémié et le liquide sanguin coule facilement dans des capillaires suffisamment perméables encore. Voilà pourquoi la tuberculisation pulmonaire n'entraîne que rarement la dilatation du cœur, pourquoi aussi elle détermine plutôt son atrophie.

Mais il y a une catégorie de malades chez lesquels la tuberculisation s'associe à une sclérose plus ou moins prononcée, notamment dans la tuberculisation granuleuse disséminée ; alors les individus anhélants ont un peu d'hypertrophie des cavités droites avec épaississement des parois, parfois aussi des bords de la valvule tricuspide. A côté de cela vous avez des tuberculeux qui ont une hypertrophie du cœur tout entier. Ce sont là des cas assez rares qui peuvent s'expliquer par un état néphrétique.

La tuberculose en effet peut atteindre l'organe rénal de deux façons, soit directement, c'est-à-dire par la tuberculose rénale, soit indirectement en donnant lieu à une néphrite catarrhale. D'après Lebert, un cinquième des phtisiques ont des accidents de néphrite ; ce chiffre me paraît exagéré; pour moi, j'admettrais un septième au plus. Tandis que la tuberculose des reins est plus fréquente dans le cas de tuberculisation aiguë (un sixième ou un septième des malades succombent ainsi) ; on ne rencontre guère de lésion rénale, dans la tuberculisation chronique, que chez un vingtième ou un vingt-cinquième des malades environ. Enfin, lorsqu'il s'agit de néphrite interstitielle chez un tuberculeux, non seulement on en observe tous les symptômes ordinaires, mais encore les phénomènes cardiaques et l'hypertrophie des cavités gauches du cœur.

Chez notre malade, un examen attentif ne nous ayant fait reconnaître aucune lésion des orifices, la soudaineté des accidents que nous avons observés dans les derniers jours nous a porté à penser qu'il succombait bien plutôt à des accidents urémiques qu'à sa maladie des poumons. Chez lui l'anhélation survenue brusquement diminua un peu dans le cours de la journée, pour reparaître le soir très vive, bientôt suivie de perte de connaissance, coma, et le malade succombait le soir même, à 10 heures.

A l'autopsie, on a trouvé de petites cavernes et des tubercules disséminés dans les deux poumons dans une assez grande étendue, les cavités droites et gauches du cœur dilatées avec épaississement des parois du ventricule gauche, les orifices et les valvules parfaitement sains et dans leur état normal, l'aorte saine. Les reins, peu volumineux, d'une coloration foncée à leur surface, sont fortement congestionnés avec atrophie de la surface corticale. La lésion devait être ancienne déjà, mais elle était restée à l'état subaigu jusque dans les derniers jours où la néphrite a pris tout à coup une très grande intensité ; de là les accidents brusques auxquels le malade a succombé.

SUR LA FRIGIDITÉ ANTISEPTIQUE DES PLAIES

Par M. le professeur GOSSELIN.

Dans le mémoire qu'il a communiqué à l'Académie des sciences, dans la séance du 27 août (1), M. Gosselin avait fait connaître le résultat de ses nouvelles recherches sur le mode d'action des antiseptiques employés dans le pansement des plaies, mode d'action caractérisé surtout par un arrêt de la circulation dans un certain nombre de vaisseaux capillaires. Des expériences qu'il avait instituées, il avait conclu que les substances antiseptiques, en même temps qu'elles empêchaient la putréfaction de se produire à la surface des plaies, modifiaient, par la coagulation des matières albumineuses à l'intérieur et à l'extérieur des vaisseaux capillaires, l'état anatomique des solutions de continuité.

Aujourd'hui, notre savant maître, dans une nouvelle communication sur la frigidité antiseptique des plaies (2), étudie les modifications physiologiques qui accompagnent les modifications anatomiques dans les deux variétés principales de plaies que les chirurgiens soumettent avec un avantage incontestable aux pansements antiseptiques. Il cherche à se rendre compte des phénomènes appréciables et intimes, consécutifs à l'emploi des antiseptiques et la part qu'il faut faire, dans leur production, aux effets locaux précités.

Ces deux variétés principales de plaies sont :

1° Les grandes plaies que, par nécessité ou volontairement, on laisse ouvertes et pour la cicatrisation desquelles le chirurgien attend la granulation et la cicatrisation ;

2° Les grandes plaies profondes que l'on ferme au moyen de la suture comme les plaies consécutives aux amputations et aux ablations de tumeurs.

A. *Plaies ouvertes.* — A l'époque où nous ne nous servions pas des antiseptiques, dit M. Gosselin, nous constations sur ces plaies, avant l'établissement de la suppuration, un gonflement douloureux, rouge et chaud de leurs bords, une mortification plus ou moins profonde de leur surface, un suintement sanguinolent plus ou moins fétide ; plus tard une surface rouge et granuleuse fournissant une notable quantité de pus, puis le retrait et le dessèchement progressif de cette surface. Nous admettions, avec ces phénomènes appréciables par nos sens, la production de phénomènes intimes, difficiles à observer, qui consistaient en hyperémie de

---

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 6 septembre 1883.

(2) Académie des sciences, séance du 3 septembre 1883.

toute la surface de la plaie par agrandissement des capillaires primitifs et formation de capillaires nouveaux, production de lymphe organisable et de cellules embryonnaires, formation aux dépens de ces parties de la membrane granuleuse, pourvue de la fonction pyogénique. Nous avions un mot, celui d'*inflammation*, pour expliquer l'ensemble de ces phénomènes et nous disions que, dans les cas favorables, cette inflammation était modérée et suffisante pour amener la réparation, ou bien était intense, dépassait les limites nécessaires et pouvait alors engendrer les complications connues sous le nom de fièvre traumatique, érysipèle, infection purulente.

Aujourd'hui nous appliquons sur ces plaies des linges, de la charpie ou du coton imbibés d'une substance antiseptique plus ou moins forte, l'acide phénique au 20e ou au 40e, l'alcool à 86e, l'eau-de-vie camphrée (alcool à 56e), ou toute autre, et voici ce qui nous frappe : pas de rougeur, de chaleur, ni de gonflement sur les bords, aucune mauvaise odeur, point de détritus mortifié, exhalation de sérosité sanguine inodore, absence très ordinaire de toute complication infectieuse, apparition très lente de la membrane granuleuse et de la suppuration, longue durée de cette dernière et de la cicatrisation.

Quant aux phénomènes intimes, nous ne pouvons les observer mieux que dans le cas précédent; nous savons que des coagulations se sont faites à la surface de la plaie et dans un certain nombre de capillaires. Mais nous savons aussi qu'un bon nombre de ces derniers subsistent, qu'ils versent du sang pendant les premiers jours, puis s'oblitèrent, et nous soupçonnons que, pour l'établissement tardif de la membrane pyogénique, un certain nombre de capillaires nouveaux doivent s'établir aux dépens de la lymphe plastique et de la prolifération cellulaire, retardées également dans leur formation.

Pour exprimer la différence capitale qui existe entre ces phénomènes et ceux que j'ai signalés en premier lieu [à propos des anciens pansements, je me trouve toujours en face du mot « inflammation ». Tout à l'heure c'était une inflammation modérée et intense, mais toujours caractérisée par la rougeur, la chaleur, la douleur. Maintenant, quoique le processus aboutisse aux mêmes résultats ultimes (la formation, mais beaucoup plus lente, de la membrane pyogénique et de la suppuration), il est si modéré, surtout pendant les premiers jours, qu'on a quelque peine à lui donner le titre d'inflammatoire; au lieu d'être chaud et rapide, il est froid et lent. Nous avons quelquefois exprimé ce résultat en disant que les antiseptiques avaient un effet antiphlogistique, mais je cherche un mot plus caractéristique pour expliquer cette lenteur physiologique donnée aux plaies par les antiseptiques, et, en attendant mieux, je propose celui de frigidité, et je dis que ces médicaments n'empêchent pas les phénomènes de la réparation, ils les retardent seulement et les produisent à froid, tandis que sans les antiseptiques tout se produisait à chaud.

Cherchant ensuite à expliquer cette frigidité si remarquable, M. Gosselin ne peut s'empêcher d'établir une relation entre le changement physiologique et les modifications anatomiques qui sont la conséquence de l'application des antiseptiques, bien qu'il ne puisse dire rigoureusement par quel mécanisme la coagulation des matières albumineuses et l'oblitération d'un certain nombre de capillaires diminuent le processus inflammatoire. Il considère, en somme, cette frigidité des plaies comme un phénomène résultant : 1° de l'absence de putréfaction; 2° du changement moléculaire et physiologique imprimé aux tissus par le contact de la substance antiseptique.

B. *Plaies fermées.* — Comparant également les résultats que donnait autrefois la réunion des plaies profondes à ceux que donnent aujourd'hui ces mêmes plaies traitées par les antiseptiques, M. Gosselin arrive aux mêmes conclusions que pour les plaies ouvertes, c'est-à-dire : inflammation violente avec menace d'infection dans le premier cas, processus lent et froid dans le second. Cependant il n'hésite pas à dire que c'est pour les plaies fermées par la suture que le pansement antiseptique a été le moins bien compris, tant que la notion de frigidité n'a pas été formulée et que l'on était seulement dirigé dans la pratique par la doctrine de la purification atmosphérique.

Pour ne parler, dit-il, que du pansement de Lister, que les chirurgiens déclarent souvent avoir employé sans expliquer de quelle façon ils l'ont fait, les uns se sont bornés à projeter sur la partie profonde de la plaie, avant de la fermer, l'acide phénique avec le pulvérisateur, pendant un temps plus ou moins long; les autres, laissant de côté le pulvérisateur ou s'en servant seulement pour envoyer la poussière antiseptique dans l'atmosphère plus ou moins loin du champ opératoire, n'ont pas songé à laver la plaie abondamment avant de la fermer. Ils se sont contentés de passer, sans y attacher d'importance et en quelque sorte au hasard, une éponge imbibée d'acide phénique tantôt au 100e, tantôt au 40e d'autres enfin, appliquant avec rigueur un excellent précepte donné par M. Lucas-Championnière, ont pris soin de laver abondamment, d'arroser même tout le fond de la plaie avec l'acide phénique fort au 20e, jusqu'à ce que toute sa surface ait pris l'aspect chocolat clair.

Les phénomènes consécutifs et les résultats ont varié, suivant qu'on a adopté l'une ou l'autre de ces manières de faire, et je n'en veux pas donner d'autres preuves que celles que m'a fournies mon observation personnelle. Jusqu'à la fin de 1879, n'ayant pour me guider que la théorie de la destruction des germes atmosphériques, je croyais remplir l'indication en utilisant la volatilité de l'acide phénique et mettant rigoureusement en usage tout ce qui, avant, pendant et après l'opération, me paraissait de nature à répandre autour de la plaie les vapeurs germicides. Je me servais du pulvérisateur; mais je ne tenais pas à faire arriver la poussière sur la plaie, et, pour peu que le nuage me gênât, ce qui arrivait le plus souvent, je le détournais et le dirigeais au hasard sur les téguments voisins; puis, pour chercher les artères, j'absterge\ais avec une éponge imbibée plus souvent d'acide phénique faible que de solution forte. J'avais entendu parler d'intoxication et d'escarres possibles, j'évitais à cause de cela l'application et surtout le grand lavage avec la solution forte. Je voyais d'ailleurs la plupart de mes collègues à Paris agir de la même façon.

Mes résultats étaient assez bons, en ce sens que je n'avais pas de décomposition putride, ni de résorption dangereuse, ni d'érysipèle, mais le plus souvent ma suture se détruisait, le fond de la plaie suppurait, et quand il s'agissait d'amputation, je voyais encore l'infection purulente survenir.

Mais, depuis 1879, ayant acquis la notion que les antiseptiques agissaient autrement que par leur action germicide, qu'ils modifiaient le sang d'une façon avantageuse à la surface et dans la profondeur des plaies; ayant été frappé d'ailleurs des bons effets de l'acide phénique ou de l'alcool injecté dans les cavités articulaires et autres, où leur utilité ne pouvait pas s'expliquer par l'action germicide; ayant été entraîné, d'autre part, par la lecture de quelques observations dans lesquelles on parlait d'arrosement abondant de la plaie avec la solution phéniquée forte, M. Gosselin prit l'habitude de faire, soit avec une éponge, soit avec une seringue, cet arrosement de la plaie jusqu'à ce que la couleur chocolat clair, signalée par M. Lucas-Championnière (coloration que M. Gosselin attribue à la coagulation des matières albumineuses à la surface de la plaie), soit obtenue. A partir de ce moment, les résultats qu'il obtint furent de beaucoup supérieurs à ce qu'ils étaient auparavant. Dès lors il devenait évident que ce qui était essentiel, — et cela n'avait pas été suffisamment indiqué ni compris jusque-là, — dans le traitement des plaies profondes, comme celles qui résultent des grandes amputations et de l'ablation de tumeurs volumineuses, c'était le lavage abondant avec la solution phéniquée forte, en y joignant, bien entendu, une suture exactement faite et l'application d'un ou de deux drains que l'on doit renouveler le lendemain et qu'il faut laisser rarement plus de quarante-huit heures en place.

Aujourd'hui, après les expériences dont il a communiqué les résultats dans la séance du 27 août dernier, M. Gosselin s'explique facilement comment ce grand lavage, avant l'occlusion de la plaie, est si utile. Il oblitère, pour un temps plus ou moins long, un cer-

tain nombre de vaisseaux capillaires et coagule les matières albumineuses à la surface de la plaie. Il donne, en un mot, à celle-ci les caractères anatomiques de la frigidité. Cette action demi-caustique ne laisse pas à la plaie un excès de vitalité suffisant pour qu'elle devienne le siège d'une inflammation suppurative, mais elle lui en laisse assez pour la formation peu à peu de l'exsudat au moyen duquel s'opèrera plus ou moins rapidement l'agglutination des surfaces opposées. D'ailleurs, cette action locale du grand lavage est aidée et entretenue, les jours suivants, par l'huile phéniquée, dont M. Gosselin enduit, dès le lendemain ou le surlendemain, les tubes à drainage avant de les réintroduire, et aussi par les pièces extérieures du pansement qui enveloppent la plaie (gaze phéniquée et le plus souvent tarlatane imbibée d'eau-de-vie camphrée), et dont les vapeurs antiseptiques peuvent pénétrer jusque dans les profondeurs de la plaie par les fissures qu'elle présente ou tout simplement par les drains.

DE LA CAUSE PRIMORDIALE DE LA FIÈVRE JAUNE.

Par M. le docteur J.-B. de Lacerda.

Personne ne l'ignore, ni les nationaux, ni les étrangers, la fièvre jaune est, dans la véritable acception du mot, une calamité pour le Brésil. Son apparition, se répétant régulièrement pendant les chaleurs, a fait et fera encore de nombreuses victimes parmi la population de Rio-de-Janeiro.

La croyance, qui malheureusement s'enracine chaque jour davantage, qu'il est impossible de faire cesser le fléau, paralyse les efforts et empêche qu'on n'ait recours aux moyens raisonnables pour arriver à la suppression de cette maladie. Il faut réagir avec force contre cette croyance qui peut avoir les effets les plus graves et les plus pernicieux.

Il appartient principalement aux médecins et aux hommes de science de ce pays, auxquels il ne manque ni l'ardeur ni l'enthousiasme pour les causes utiles et d'un intérêt général, de se concerter et de déchirer, par des travaux bien dirigés, le voile qui entoure cette source de malheurs.

Ce sont ces sentiments, et ceux-là seulement, qui m'ont guidé et qui m'ont poussé à rechercher, avec les ressources dont dispose le laboratoire de physiologie expérimentale du Muséum, quel est l'agent producteur de la fièvre jaune. Dans la logique scientifique, cette recherche est le premier pas fait vers les conséquences pratiques d'un intérêt général.

La notion parfaite de la cause ouvrira des horizons nouveaux sur la prophylaxie et la thérapeutique. Il est nécessaire de toujours commencer par le commencement ; c'est pour cela que, selon moi, la recherche de la cause de la fièvre jaune prend les proportions d'une question scientifique de la plus haute importance.

Mes recherches commencèrent il y a un peu plus d'un mois ; elles eurent pour objet l'examen microscopique des viscères et des humeurs retirées des victimes de fièvre jaune qui succombèrent à l'hôpital maritime de Jurujuba (1).

L'examen de la bile, de l'urine, des matières de vomissement, du foie, des reins et du cerveau macérés dans l'alcool et soigneusement enfermés dans des flacons de manière qu'aucun élément étranger ne pût s'y introduire, nous a permis de constater l'existence dans toutes ces humeurs et ces viscères du cadavre, d'un organisme végétal de la classe des champignons polymorphes (2).

La généralisation de cet organisme végétal, son excessive abondance dans les liquides et les viscères des cadavres, ne peuvent être considérés comme un effet du hasard. Je n'hésite pas aujourd'hui à déclarer que cet organisme végétal est l'agent qui produit la fièvre jaune ; c'est seulement en l'absence d'observation exacte que quelques esprits ont pu penser que la cause première était un *gaz* ou un *miasme*, ou quelque autre chose invisible et impalpable. Ma conviction d'aujourd'hui est appuyée sur de très nombreuses observations qui ont exigé pendant un mois plusieurs heures d'études quotidiennes.

Dans la séance de l'Académie de médecine de Rio, le 25 du mois d'avril 1883, j'ai exposé minutieusement, avec dessins à l'appui, l'évolution du champignon. Aujourd'hui, je ne fais que reproduire partiellement ce que j'ai dit alors.

Le champignon, *cogumello*, qui se rencontre en grande abondance dans tous les viscères et dans les humenrs des sujets qui succombent à la fièvre jaune, offre, dans la complète évolution, deux formes bien distinctes. La première, transitoire, est constituée par un *tube mycélial*, simple, non ramifié, commençant par un filament translucide, très ténu, d'où sortent, à une certaine période de son développement, de petites cellules acuminées, d'aspect argentin, et réunies toutes au sommet du mycélium, tantôt sur ses côtés et souvent sur ces deux points en même temps. Ce mycélium est éphémère ; une fois que les cellules pointues ont acquis un certain volume, elles se séparent du mycélium, quelquefois isolément, mais presque toujours en faisceaux.

Leur développement continue ; un pédicule basilaire les unit entre elles, et il se forme peu à peu, dans leur intérieur, un protoplasma granuleux, jaunâtre, mais prenant franchement plus tard une couleur dorée.

Arrivés à un certain degré de développement, la couleur du protoplasma s'accentue et il se forme dans son intérieur des petits corpuscules arrondis et réfringents ; ce sont les *spores*.

Ces cellules sont de vrais *sporanges*, dans le langage des mycologistes. Une fois remplies de spores, elles éclatent, rejettent leur contenu et deviennent translucides. La coloration du protoplasma, de même que celle des spores, offre des nuances diverses depuis le jaune d'or jusqu'au noir.

Là se termine la phase transitoire, suivie d'une autre non moins caractéristique. Les cellules pointues, prenant un énorme développement, au point d'occuper tout le champ du microscope, s'entrelacent et se superposent, formant un substratum membraneux, avec leur protoplasma granuleux encore inclus (traduction fidèle mot à mot).

Des granulations de ce protoplasma et des spores naissent de petits filaments droits, quelquefois rompus au sommet, filaments dont les extrémités lisses présentent de petits organes, probablement des *sporules*, d'une couleur vert sombre. Dans cette phase de son évolution, le champignon acquiert un aspect floconneux très caractéristique.

Quelquefois, on rencontre, mêlés aux vieilles sporanges de la première phase, de nombreux fragments de mycélium unitubulé.

A la fin, les sporules, comme les filaments ou stylospores, prennent une coloration de plus en plus chargée, perdent leur forme primitive et finissent par former des masses entièrement noires, comme du charbon.

A côté des stylospores, on rencontre souvent des filaments allongés, pointus, qui paraissent être des stylospores avortés ou tout autre organe de fécondation.

Toutes ces formes, que nous venons de décrire succinctement, se rencontrent abondamment dans la bile, dans la matière des vomissements, dans le foie, dans les reins, dans le cerveau, etc.

(1) L'hôpital de Jurujuba est un hôpital destiné aux malades de fièvre jaune. A Rio, cette année, les décès de l'hôpital n'ont pas été signalés dans le bulletin de la mortalité. C'est pourquoi le chiffre de la mortalité du bulletin est très inférieur au chiffre réel qui était journellement quatre fois plus fort. (Note du traducteur.)

(2) On se demande pourquoi l'auteur de cette note n'a pas examiné les humeurs et les viscères frais au lieu de les faire macérer et de s'exposer à prendre des moisissures pour un champignon parasite. Comment admettre la présence d'un champignon dans la bile et dans l'urine, à moins qu'il ne s'agisse d'une génération spontanée ? Les lois de l'anatomie, de la physiologie et de l'histologie sont contraires à la possibilité du passage d'un champignon dans la bile et dans l'urine. Aucun élément solide ne peut passer des vaisseaux du rein dans l'urine, à moins de lésion profonde du rein. Aucun élément solide ne peut passer des vaisseaux du foie dans le liquide biliaire. (Note du traducteur.)

La couleur brune ou complètement noire des vomissements est liée aux changements de couleur du champignon, selon que celui-ci se trouve dans une phase plus ou moins avancée de son évolution dans l'estomac du malade. Nous dirons la même chose de la bile, du foie, etc. (Textuel) (1).

Il suffit de prendre une goutte de ces liquides du cadavre, pour y constater la présence d'une énorme quantité de champignons à divers degrés de développement.

Il est à supposer encore que les preuves de notre supposition pourront être fournies seulement plus tard, que le champignon fait son entrée dans l'organisme humain par les voies digestives.

De là il passe dans le foie, s'y loge et trouble les conditions anatomique et fonctionnelle de cet organe. Là le sang s'empare des spores et des autres parties du végétal et les transporte au loin dans les autres viscères (2). Les reins, envahis dès le commencement, deviennent, plus tard, inaptes à exercer leur fonction dépurative, et alors se produit l'anurie sous l'influence des nombreux infarctus intra-rénaux (3).

Il ne faut pas compter seulement avec l'action mécanique du végétal ; il doit agir à la manière d'un ferment, comme d'autres organismes végétaux analogues. La décomposition du sang, source d'abondantes hémorragies, doit être attribuée à l'action du ferment.

Pour moi, tout ceci est plausible et parfaitement d'accord avec mes observations actuelles. Mais comme une conviction ne s'impose qu'après des expériences nombreuses et irrécusables, j'espère les donner d'ici à peu de temps, grâce aux cultures du petit végétal et aux inoculations de ce végétal aux animaux (4).

(Traduit du portugais, et extrait de la *Gazeta das notitias* de Rio, par le Dr J.-A. Fort.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de botanique (5), par M. le professeur H. Baillon.

Nous présentons à nos lecteurs le quinzième fascicule de ce très savant dictionnaire. Ce fascicule comprend les lettres CYCL-DICH.

A côté de la partie historique, traitée avec tant de soin, nous trouvons moins d'articles étendus que dans les précédents fascicules. Mais, en revanche, les mots deviennent d'autant plus nombreux, et les renseignements non moins précieux.

Toutefois, nous avons à signaler quelques petites monographies (cynomorium, cypéracées, déhiscence, dermidées, diatomées).

A ce fascicule est jointe une fort belle planche coloriée, le « Steuartia virginica ».

Contribution à l'étude de la sclérose (1), par M. le docteur J.-B. Duplaix, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

La sclérose, lorsqu'elle se développe sous l'influence d'une cause générale, est une véritable maladie qui peut présenter des manifestations multiples et non localisées à un seul organe. Cette généralisation des lésions scléreuses s'explique par les conditions de leur développement qui exercent leur influence sur tous les points de l'économie. La prédominance du processus morbide dans tel ou tel organe n'exclut pas sa présence dans les autres et ne peut trouver sa raison d'être que dans une prédisposition spéciale de cet organe à être atteint ou dans une action plus directe et primitive de l'élément morbigène.

A côté des lésions plus ou moins étendues des divers organes se rencontre toujours une altération du système vasculaire, une artério-sclérose généralisée à tout l'appareil vasculaire. C'est elle qui commande l'évolution du processus dans l'épaisseur des organes ; c'est là le lien qui unit entre elles toutes ces localisations diverses d'un même état morbide ; c'est elle enfin qui démontre non pas leur dépendance réciproque, mais l'influence d'une cause unique et générale sur leur production. Nous pouvons donc dire avec certains auteurs que la cirrhose atrophique, la néphrite interstitielle, etc., ne sont pas des maladies localisées, mais des manifestations d'un état morbide général.

Ainsi comprise, la sclérose présente comme première manifestation une lésion vasculaire de même nature, point de départ de la prolifération conjonctive ; et si dans le rein, à la suite de conditions spéciales, elle semble évoluer à la suite des lésions épithéliales, nous retrouvons encore cette même artério-sclérose qui joue dans cet organe le rôle qu'on lui attribue ailleurs.

Enfin, l'étude de ces diverses lésions, de leur évolution, de leurs conditions pathogéniques, nous font penser qu'elles ne sont pas de nature inflammatoire, mais le résultat d'un trouble nutritif ; c'est pourquoi l'appellation de scléroses dystrophiques, qui leur a été donnée par M. Martin, nous semble parfaitement justifiée.

La variole à l'île de la Réunion, origine, évolution, prophylaxie (2), par M. le docteur Mazaé-Azéma, médecin de l'hôpital colonial de Saint-Denis.

La variole n'est pas endémique à l'île de la Réunion. Ses apparitions sont toujours subordonnées à des introductions étrangères. L'histoire de ses étapes successives en fournit la preuve. Son évolution obéit aux influences saisonnières. La forme la plus habituelle qu'elle revêt est la forme hémorragique. Les causes en sont climatériques et somatiques. La constitution hématologique des habitants règle ces dernières. La prophylaxie relève des mesures quarantenaires à opposer à son entrée, et de la pratique des vaccinations et des revaccinations, en même temps que de l'isolement des varioleux à généraliser contre sa propagation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voici le bilan de la fièvre typhoïde à Paris, depuis le 1er janvier 1865 jusqu'au 31 décembre 1882 inclusivement, d'après le mémoire de M. le docteur Bertillon, chef de la statistique municipale, et communiqué à la Commission de l'assainissement de la

(1) Il n'est pas admissible que la couleur des vomissements soit produite par le champignon. Ces vomissements noirs coïncident avec d'autres hémorragies, épistaxis, etc. De tout temps on a remarqué que les vomissements de sang sont noirs à cause de l'action du suc gastrique, ainsi qu'on le voit dans l'hématémèse soit idiopathique, soit symptomatique. Si les champignons donnaient la couleur noire aux vomissements, tous les malades auraient des vomissements noirs, ce qui n'est pas.

(2) La voie d'absorption la plus probable parce qu'elle est la plus continue et qu'elle fonctionne de la même manière dans toutes les classes de la société est la *voie respiratoire*. S'il en était autrement, on pourrait se préserver de la fièvre jaune par un raffinement de cuisine, par le choix de l'alimentation, par la manière de conserver les aliments. Or il est à remarquer que la fièvre jaune n'affecte pas seulement les pauvres, mais les individus de toutes les classes, quelque soin qu'ils prennent de leur nourriture. Du reste, la plupart des agents qui produisent l'évolution des maladies infectieuses pénètrent par les voies respiratoires.

(3) Encore un point inadmissible, à moins de penser que le rein ne soit dans sa totalité le siège d'un immense infarctus, ce qui ne peut être. Dans tous les cas d'infarctus, la partie du rein attaquée ne fonctionne pas, il est vrai, mais les autres portions continuent à sécréter de l'urine. Le rein est le même dans toutes ses parties et tant qu'une portion reste saine elle fabrique de l'urine. L'anurie est évidemment un phénomène nerveux.

(4) On voit, par les notes qui accompagnent cette traduction, que l'auteur a été la victime d'une illusion. Sa théorie n'est d'accord ni avec les données actuelles de la physiologie ni avec celles de l'histologie. La cause de la fièvre jaune est à trouver et s'il y a un microbe, ce qui est probable, il n'est pas encore connu.

(5) In-8o. — Prix du fascicule : 5 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(1) In-8o. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.
(2) In-8o. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

ville de Paris par M. le docteur Worms, membre de cette commission :

Années.	Nombre de décès.	Proportion par 100,000 habitants.
1865	1161	64,5
1866	967	53
1867	925	50
1868	988	53
1869	1080	57
1870	?	?
1871	?	?
1872	1007	54
1873	1021	54
1874	823	43
1875	1048	53
1876	2032	102
1877	1201	59
1878	855	41
1879	1119	52
1880	2120	97
1881	2121	96
1882	3403	150

Comme on le voit, en 1880 et 1881, le nombre absolu des décès a dépassé le chiffre de 2,000 ; il s'est élevé même, en 1882, au-dessus de 3,000.

M. le docteur Worms fait remarquer que, en tenant compte de l'accroissement de la population, la mortalité par fièvre typhoïde est de 50 p. 100 plus considérable qu'elle ne l'a été les quinze années précédentes.

— *Choléra.* — Nous avons donné dans notre numéro du 30 août le chiffre des décès cholériques en Égypte depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 13 août. Aujourd'hui les documents officiels nous donnent pour la mortalité cholérique, au 31 août au soir, un total de 27,318 décès pour la population égyptienne et de 140 décès pour les troupes anglaises.

Les dernières dépêches nous apprennent que les cas de choléra deviennent de plus en plus rares.

— *Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.* — A la suite des concours de l'année scolaire 1882-1883, les récompenses suivantes ont été décernées aux étudiants en médecine et en pharmacie de la Faculté de Bordeaux :

A. *Médecine.* — Première année. Prix : M. Vincent ; mention très honorable : M. Viéron ; mention honorable : M. Teissier. — Deuxième année. Prix : M. Charles Hédon. — Troisième année. Prix : M. Canac ; mention honorable : M. Rabaine. — Prix du Conseil général : M. Prioleau.

B. *Pharmacie.* — Première année. Prix : M. Roos. — Deuxième année. Prix : M. Lalanne ; mention honorable : M. Boudet. — Troisième année. Prix : M. Crouzel ; mention honorable : M. Bonis. — Prix du Conseil général : M. Collas. — Prix Barbet : M. Lalanne ; mention très honorable : M. Roos. — Prix des travaux pratiques. Première année : M. Roos ; deuxième année : M. Lalanne.

— Un concours s'ouvrira, le mardi 4 décembre 1883, pour la nomination à trois places de médecins-adjoints des hospices civils de la ville de Bordeaux.

Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses et en particulier par les eaux de Cauterets, par le docteur DUHOURCAU. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19. — 14508.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. La paralysie générale des aliénés. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. Deux cas de cancer du rectum. — Hernie ombilicale : taxis progressif et prolongé suivi de succès. — Chloroformisation pendant l'éclampsie puerpérale. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La paralysie générale des aliénés (1).

III

Marche de la maladie. — État mental des paralysés généraux. — Applications médico-légales. — Il me serait difficile de faire ressortir devant vous l'importance et la nature des questions de pratique médicale ou des problèmes médico-légaux que soulève l'histoire de la paralysie générale, si je ne reprenais, pour les fouiller plus profondément, certains des épisodes symptomatiques que je me suis précédemment attaché à vous faire connaître. C'est qu'en effet, jusqu'à présent, nous avons envisagé la maladie et les symptômes qui la constituent au point de vue nosologique : il est temps de les considérer par le côté pratique. Telle manifestation qui n'avait, tout à l'heure, qu'une importance pathogénique accessoire, va maintenant acquérir un intérêt de premier ordre ; aussi ne vous étonnerez-vous pas si je reviens, pour vous les présenter plus en détail, sur quelques-uns des phénomènes cliniques que j'ai précédemment signalés à votre attention, en assignant à cette manifestation le degré d'importance qui m'a paru lui revenir au point de vue anatomo-clinique.

Dans cette étude, la physionomie particulière, la marche, la succession, l'enchaînement des symptômes auront plus à nous préoccuper que leur nature intime.

On peut rationnellement admettre, vous ai-je dit, quatre périodes dans l'histoire de la maladie : la période prodromique, la période initiale, la période d'état, celle de terminaison. Je dois enfin vous indiquer d'ores et déjà que fréquemment il se produit au cours de l'affection, même alors que les troubles sont déjà accusés et profonds, des rémissions trompeuses qui sont de nature à donner le change, à inspirer une fausse sécurité et à provoquer des espérances illusoires. Nous aurons à nous arrêter sur ces rémissions.

I. *Période prodromique.* — De toutes les périodes que parcourt la paralysie générale, la plus importante à bien connaître est la période *prodromique*. Je l'ai appelée autrefois la période *médico-légale*, voulant par là indiquer d'un mot l'intérêt tout particulier qui s'y attache.

Vous savez déjà sommairement comment elle est caractérisée. Elle se traduit par ces modifications imprévues du caractère, des habitudes, des penchants, que je n'ai fait que vous indiquer. Reprenons les choses par le menu.

Au début, et ce début peut précéder de plusieurs mois ou même de plusieurs années l'apparition des symptômes de la maladie confirmée, on constate dans les goûts, les affections, les sentiments de celui qui va devenir un paralysé général, des changements qui surprennent. Quelquefois, et la chose est moins exceptionnelle qu'on ne l'a dit, il s'agit de cette tournure mélancolique de l'esprit, de cette propension à la tristesse, qui, plus tard développée et accrue, constituera la forme hypocondriaque du délire. Lasègue a particulièrement insisté sur les faits de cet ordre. « La première modification morale, dit-il, est le plus souvent bien loin de ce qu'on se plaît à imaginer ; c'est la tristesse qui ouvre la marche. Le paralytique a perdu de sa gaieté, il est plus sombre, il s'attache à des idées inquiétantes, il s'affaisse sur lui-même sans pouvoir rendre compte de sa préoccupation. » Vous verrez bien des malades en effet qui, de caractère aimable, d'humeur gaie jusque-là, deviennent tristes tout à coup, analysent avec inquiétude les sensations qu'ils éprouvent. Ils étaient confiants, généreux, de relations faciles ; ils deviennent ombrageux, cherchent volontiers querelle, médisent de leurs amis ou les calomnient.

Plus souvent les modifications sont autres ; la discrétion fait place à un besoin d'expansion, de libres propos, que rien n'explique ; l'esprit de prudence, de sage économie, est remplacé par l'insouciance et la prodigalité. Celui-ci, qui était plein de zèle et d'activité, devient paresseux et apathique ; chez l'autre, au contraire, la quiétude et la nonchalance font place à un besoin d'incessante activité et de continuel labeur. Tous ou presque tous sont colères, facilement irritables, se passionnent et s'enflamment à propos de choses futiles.

Jusque-là rien ne fait prévoir, au moins aux personnes inexpérimentées de l'entourage, le malheur qui menace. Si l'on observait attentivement le malade cependant (il s'agit déjà d'un malade), on découvrirait souvent que la mémoire est un peu moins fidèle, l'esprit moins vif, que le travail intellectuel est plus lent ; dans la correspondance il y a quelques lettres, un mot d'oubliés ; contre l'habitude, la ponctuation est défectueuse. Mais c'est encore peu de chose, et il n'y a là que de vagues indices dont un œil exercé saurait seul deviner la signification et l'importance.

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 septembre 1883.

Cependant les choses suivent leur cours, et bientôt des projets ambitieux, des prétentions mal fondées, des actes illicites viennent révéler le mal qui couve et attirer l'attention. Le malade conçoit des desseins chimériques, projette de grandes entreprises, compromet sa fortune dans des spéculations hasardeuses ; il rêve pour sa famille, pour lui-même, un brillant avenir : ses enfants réussiront et seront bien placés plus tard, leurs affaires ne peuvent que prospérer, ils obtiendront de l'avancement, puis la croix ; ils vivront dans une grande aisance. Tel, qui est banquier, annonce de prochains placements fructueux ; tel autre, négociant, est sur le point de lancer une merveilleuse affaire ; celui-là, médecin, travaille à une découverte qui doit révolutionner la science. Toutes ces prétentions sont bizarres : elles apparaissent comme évidemment exagérées, mais elles ne sont pas manifestement absurdes. Les projets dont il s'agit révèlent un enthousiasme qui paraît peu réfléchi, mais ils ne semblent pas après tout forcément irréalisables.

Bientôt, des simples conceptions ambitieuses, le paralysé général passe aux actes déraisonnables. Il invite de nombreux amis à dîner, donne des bals, des soirées, affiche un luxe disproportionné avec sa fortune. On le critique, on le blâme, nul dans le monde ne songe encore à dire qu'il soit fou. Parfois les besoins physiques deviennent impérieux, l'appétit s'accroît, la soif vive dégénère en dipsomanie ; l'excitation génésique est fréquente ; « les individus, dit très justement A. Voisin, deviennent insatiables, au grand étonnement de leurs épouses, qui finissent bientôt par s'inquiéter de ces manifestations insolites : elles font alors aux médecins des confidences incroyables. Nous connaissons un homme qui poursuivait partout sa femme de ses sentiments hyperaffectueux ; en voiture, derrière les portes, il voulait la forcer à des rapports conjugaux. » C'est cette surexcitation du sens génital, ce besoin maladif de jouissances sexuelles, qui porte certains paralysés généraux, au début, à des débauches qui contrastent singulièrement avec leur vie passée. Tel de ces malheureux qui jusque-là avait eu la conduite la plus régulière, sort le soir, accoste les filles dans la rue, fréquente les maisons de prostitution, dissimule dans ses poches des photographies obscènes. Son langage devient d'une liberté révoltante, et il ne craint pas d'émailler sa conversation de propos orduriers et d'expressions lascives. Il en est qui, poussés par la lubricité, vont jusqu'à conclure des mariages ridicules ou honteux. Un avocat, dont j'ai ailleurs rapporté le cas, huit jours après une première congestion cérébrale, fait en chemin de fer la connaissance d'une fille perdue de mœurs : il la comble de cadeaux, l'épouse et légitime les deux enfants de cette femme. Au bout de deux mois, en proie au délire ambitieux le plus exubérant, il fut séquestré dans l'asile d'aliénés qui, quelques années auparavant, avait abrité la démence paralytique de son père, et il y succomba très rapidement. Sa famille fut frustrée d'une fortune de 150,000 francs environ.

Au dire de Moreau (de Tours) (1), cette tendance au libertinage, aux excès sexuels de toutes sortes, serait souvent précédée par l'exaltation du sentiment amoureux dans ce qu'il a de plus pur. « Le sentiment amoureux, dit ce savant observateur, et par là je n'entends pas ce que l'on nomme plus particulièrement amour charnel, appétit des sens, j'entends l'amour idéal, l'amour platonique, est très souvent une des premières manifestations psychiques de la paralysie générale des aliénés : l'excitation génitale ne vient qu'après. Voilà du moins ce que nous apprennent les confessions les plus précises des nombreux malades que nous avons eu occasion d'interroger, et en particulier de jeunes hommes qui n'avaient pas encore abusé de la vie, dont l'esprit et le cœur n'avaient pas encore été souillés par des jouissances physiques prématurées. »

Tant que les bizarreries du caractère, les irrégularités de la conduite, se traduisent seulement par les actes que je viens d'indiquer, il y a sans doute de quoi étonner et chagriner la famille et les amis ; les achats inconsidérés, les spéculations fausses, les entreprises hasardées sont de nature à effrayer ces derniers ; le dérèglement des mœurs peut provoquer chez eux une légitime affliction, mais quoi qu'il en soit, le malade n'a jusqu'à ce jour fait de tort qu'à ses proches et à lui-même. Le voici maintenant qui nuit à autrui, qui devient voleur et criminel : il va avoir à compter avec la justice.

Laissez-moi, à ce propos, vous rapporter quelques faits qui vous donneront une exacte idée de la chose.

Un riche fonctionnaire fut arrêté dans une salle de vente, au moment où il mettait dans sa poche deux objets en porcelaine, d'une valeur insignifiante. Il passa en police correctionnelle, fut acquitté et tomba, un peu plus tard, en démence paralytique.

Un notaire très estimé, et en exercice depuis dix-sept ans, trempe tout à coup dans des affaires peu honorables. Obligé de vendre son étude, il se fait négociant en vins, dissipe en dix-huit mois une somme de 250,000 francs, ruine les siens, délire et meurt paralysé.

Un caissier devient insouciant, apathique, néglige sa comptabilité, détourne des valeurs, fréquente des lieux de débauche, vole aux étalages des porte-monnaie et est frappé de congestion cérébrale au sortir d'un théâtre. Le lendemain il délirait. Sa famille dut rembourser 27,000 francs.

Lasègue, Sauze, médecin de la prison cellulaire de Marseille, Brierre de Boismont, bien d'autres encore, ont fait connaître des cas du même ordre.

Ainsi le vol, l'abus de confiance, la banqueroute frauduleuse, ajoutez les outrages publics à la pudeur, voilà autant d'actes criminels dont le paralysé général, à la phase prodromique, est exposé à se rendre coupable. Vous devinez la part qui va revenir au médecin dans l'appréciation de ces actes. Lui seul, dans l'espèce, est capable de juger la situation, parce que lui seul est apte à découvrir, sous les dehors d'un simple changement de caractère, ou de la criminalité vulgaire, ou les indices d'un état morbide. C'est ce qu'a fort bien exposé Maudsley, et je ne puis résister au plaisir de vous citer un passage de son livre sur *le crime et la folie*. « Voici, dit Maudsley, un homme qui a toujours été modéré dans sa conduite, prudent et laborieux en affaires, exemplaire dans toutes les choses de la vie. Tout d'un coup un grand changement s'opère en lui, il se jette dans les dissipations de toute espèce, se lance dans des spéculations commerciales effrénées, et ne conserve plus le moindre respect ni pour sa femme, ni pour sa famille, ni pour les devoirs de sa position ; ses amis confondus ne voient là que les effets du vice et gémissent qu'un homme de tant d'honneur et de vertu ait pu faire une si triste chute. Au bout de quelque temps, ils apprennent qu'il va passer en cour d'assises pour y répondre soit d'un attentat à la vie de quelqu'un, soit d'un vol d'argent ou de bijoux, et ils ne s'étonnent pas que les vices

(1) *Psychologie morbide*, p. 267.

de ce malheureux l'aient conduit là. Mais un médecin compétent examine cet homme, il note en lui une légère particularité de la prononciation et peut-être une inégale dilatation des pupilles; ces symptômes rapprochés de l'histoire de sa vie passée permettent au médecin de dire avec une certitude positive que cet individu est frappé d'une maladie qui, minant peu à peu son intelligence et ses forces, détruira avant qu'il soit longtemps ses facultés mentales et ses facultés physiques, et enfin sa vie. C'est là un mal si bien connu que le médecin peut satisfaire à ce qui est l'épreuve de toute science, c'est-à-dire prédire avec certitude ce qui doit arriver. La dissipation, la spéculation, même le vol, n'étaient chez cet homme, comme il arrive souvent, que les premiers symptômes de la paralysie générale des aliénés. Evidemment le sens commun, sans l'expérience particulière, n'avait guère chance de décider juste dans un cas pareil. »

C'est qu'en effet le *sens commun*, ne jugeant que d'après les faits les plus apparents, est porté à ne voir qu'un esprit exalté ou bizarre, un criminel vulgaire, là où une étude plus approfondie de l'individu fait reconnaître un malade. Le sens commun est incapable de déceler ces symptômes encore peu marqués qui permettront au clinicien d'annoncer le péril imminent, le tremblotement passager des lèvres, l'inégalité intermittente des pupilles, l'embarras encore à peine prononcé de la parole, l'hésitation dans l'articulation d'une phrase ou d'un mot, la diminution de l'aplomb dans la station verticale, l'expression déjà terne et un peu étonnée de la physionomie, bref! tout cet ensemble de signes somatiques qui déjà s'accusent pour un œil exercé et constituent le fâcheux présage de la déchéance intellectuelle à ses débuts. — Ces symptômes manqueraient-ils encore, que vous serez d'ailleurs en droit de pronostiquer un sombre avenir pathologique d'après certaines circonstances qui accompagnent les dérangements de la vie, et la criminalité. Envisagez, en effet, le débauché ou le coupable, au point de vue psychologique, et il vous sera possible de reconnaître un malade, de distinguer ce qui est *perversion* de ce qui est *perversité*, de décider enfin si l'homme dont il s'agit, par ses habitudes nouvelles, par les anomalies de sa conduite, vient à différer de lui-même. La constatation du contraste, comme je l'ai dit ailleurs, fait ici tous les frais du diagnostic. Voici un individu qui, durant sa vie passée, n'a donné à sa famille, à son entourage que de bons exemples; tout à coup il s'abandonne à des débauches que réprouve sa conduite antérieure : il était rangé, il devient prodigue; il était respectueux de tous ses devoirs sociaux, il s'abandonne au vice, devient lascif et commet des vols; il y a là un frappant contraste qui constitue la preuve d'une modification fâcheuse de l'état mental.

Si, dans une telle situation, vous êtes consulté par les familles au point de vue des mesures à prendre, par les tribunaux à l'occasion d'un délit commis, vous aurez à faire ressortir qu'il s'agit là d'un processus morbide à ses débuts, et d'un processus fatalement progressif. Vous aurez à conseiller des mesures protectrices qui préviendront la dilapidation d'une fortune, et si vous devez éviter de demander trop vite l'interdiction, qui est une mesure grave, vous serez en droit de faire souvent réclamer par la famille la dation d'un conseil judiciaire. Enfin, le cas échéant, vous aurez à faire ressortir l'irresponsabilité du malade qui, dans l'occurrence, s'il se laisse aller au délit ou au crime, doit être dirigé non vers la prison, mais vers une maison de santé.

Enfin, il est à propos de la période prodromique de la paralysie générale une question qui se posera quelquefois, et sur laquelle vous pourrez avoir à donner un avis : c'est celle de la validité d'une assurance sur la vie, projetée ou déjà conclue. C'est qu'en effet, le dément paralytique au début, par cela même qu'il est nécessairement voué à une mort prochaine, devient l'objet de tentatives de spoliations déshonnêtes : des parents, moins probes que clairvoyants, escomptent ses jours, et sa maladie sert d'appât à de criminelles spéculations, dont la réalisation est d'autant plus facile que le malade s'ignore lui-même, et que les médecins ordinaires des compagnies d'assurance sont fréquemment exposés à passer à côté du vice rédhibitoire.

Laissez-moi vous citer à ce propos quelques exemples fort instructifs.

Deux hommes d'un certain âge — et les deux frères — se présentent un jour dans le salon d'un médecin aliéniste de Paris. L'aîné pénètre seul d'abord dans le cabinet de notre confrère, et le prie d'examiner avec soin le malade qu'il lui amène. « Il n'a rien, dit-il, il se porte bien, et cependant il n'est plus le même. » Après un long interrogatoire, le frère aîné prend en particulier le médecin aliéniste et le supplie de lui parler à cœur ouvert. « La situation me paraît fort grave, répond l'homme de l'art; votre frère a des signes avant-coureurs de paralysie générale. » Des explications furent ensuite réclamées et données au sujet de cette terrible maladie, et l'on parla même de la possibilité d'une échéance fatale dans l'espace de trois ou quatre ans. Les visiteurs disparurent, mais une assurance de 100,000 francs fut placée sur la tête du malade, et trois ans après le frère aîné recueillait tranquillement le produit de son vol!

Un médecin, bien connu dans la science, avait depuis neuf ans une assurance sur la vie de 100,000 francs. Il donne tout à coup des signes d'une assez grande excitation cérébrale, va, vient, parle et écrit beaucoup. Il a de ses travaux une opinion exagérée, vante ses succès dans la pratique et exalte ses aptitudes professionnelles. Le hasard lui fait rencontrer le directeur de la compagnie d'assurances, et, après l'avoir longuement entretenu, il lui dit qu'il est assuré pour une somme tout à fait insignifiante, et qu'il est résolu à faire les frais d'une assurance de 500,000 francs. On en réfère à l'administration générale à Paris, qui déclare consentir. Le contrat est préparé et au moment où il est soumis à la signature du docteur ***, ce dernier parlait avec tant de véhémence que l'agent de la compagnie le crut en état d'ivresse, prétexta l'oubli d'une formalité indispensable et remporta la police d'assurance. Le surlendemain, notre malheureux confrère entrait dans une maison de santé, et six mois après il mourait paralysé. La compagnie paya les 100,000 francs à la veuve et s'estima très heureuse de n'avoir pas à lui compter le demi-million qu'avait désiré souscrire son mari, dans un accès de *témérité pathologique*, car il était de très bonne foi et était bien loin alors de prévoir sa fin si prochaine!

Vous le voyez, cette phase prodromique de la paralysie générale crée de périlleuses situations; elle est fertile en catastrophes, et il importe par-dessus tout au médecin de la reconnaître avec perspicacité, puisqu'il peut à la fois faire œuvre de clinicien, se montrer honnête homme et prévenir bien des aventures!

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Deux cas de cancer du rectum.

I. J'ai à vous parler d'abord d'un malade que nous avons opéré il y a quelques jours. C'était un homme entré dans notre service, il y a un an environ, pour la première fois, pour un cancer du rectum et qui avait eu de tels accidents d'obstruction intestinale avec rétention des matières, que nous avions dû, une première fois, il y a de cela plusieurs mois, faire la rectotomie linéaire, — opération purement palliative, — c'est-à-dire fendre en masse, sur la partie médiane, la région néoplasiée, afin de pouvoir ouvrir un passage aux matières accumulées et retenues dans l'intestin. Pendant plusieurs mois, le malade en éprouva une amélioration des plus notables, au point qu'il put se croire guéri et rentra chez lui.

Mais le néoplasme n'en continuait pas moins à se développer, s'étendant dans le rectum, et, au bout d'un certain temps, les mêmes accidents d'obstruction intestinale et de rétention des matières se reproduisaient et nous ramenaient ce malade dans le service, la semaine dernière.

C'est un homme maigre, souffreteux, qui mange peu, d'aspect cachectique, sans œdème des extrémités cependant, et qui ne présente qu'une légère teinte ictérique. Les selles sont devenues de nouveau très difficiles; aussi ai-je cherché si je pouvais agrandir l'ancienne incision pratiquée sur la tumeur, afin de faciliter encore le passage des garde-robes. Mais j'ai vu bientôt que cela ne nous conduirait à rien. J'ai songé alors à ouvrir le côlon et à lui faire un anus artificiel dans la fosse iliaque. L'opération a été pratiquée mercredi ; elle était très simple comme procédé, elle n'a causé qu'un très léger ébranlement traumatique, et l'ouverture de l'intestin a donné immédiatement issue à une certaine quantité de matières fécales. Mais j'ai constaté, avant d'ouvrir l'intestin, que la sérosité péritonéale était remplie de bactéries. C'était là un point très fâcheux au point de vue du pronostic. De plus, on voyait la surface de l'intestin parsemée d'une foule de petits noyaux cancéreux. En présence de pareilles lésions, l'avenir devenait bien sombre ; il y avait danger de mort prochaine, soit par une péritonite septique, soit par cette fin encore obscure qui survient fréquemment à la suite des opérations que l'on pratique sur les cancers viscéraux.

Cependant, dans le cas présent, j'opinais plutôt pour une péritonite particulière sans grande réaction. Enfin on avait trouvé, peu après l'opération, dans les urines, de la matière colorante de la bile, ainsi que de l'albumine. De plus, la température, qui était seulement de 36°,5 quelques instants avant que nous pratiquions l'anus artificiel, avait rapidement remonté à 38°, 39° et 39°,6.

Cet homme a succombé cinquante heures après l'opération. L'autopsie en a été faite hier. Elle nous a montré l'existence d'un cancer étendu du péritoine ainsi que des noyaux secondaires dans le foie, en outre du néoplasme qui siégeait sur l'intestin. Ceci nous apprend une fois de plus combien le diagnostic de certaines lésions présente de difficultés, car si nous avions très bien reconnu l'existence d'un cancer de l'intestin, cependant il nous avait été impossible de deviner que ce cancer s'était généralisé au foie et au péritoine, d'autant plus qu'il n'existait ni ballonnement du ventre, ni ascite. D'où il suit que nous devons toujours, dans les cas de cancer viscéral, nous attendre à quelque surprise, à la découverte de lésions que rien ne nous autorisait à soupçonner.

J'ai opéré cet homme parce que j'ignorais que le péritoine et le foie fussent atteints de dégénérescence cancéreuse, car si j'avais pu prévoir le fait, j'aurais laissé mourir tranquillement notre pauvre malade, sans intervenir chirurgicalement, mais me bornant aux soins que réclamaient les indications journalières. Il aurait pu avoir ainsi une survie d'un ou deux mois peut-être, tandis qu'en cinquante heures il a succombé. Malheureusement, je le répète, nous n'avons encore jusqu'à présent aucun moyen de diagnostic. Peut-être dans l'avenir, la science plus avancée, de nouvelles recherches permettront-elles de prévoir la péritonite cancéreuse ou les noyaux secondaires du foie et alors on n'aura plus la douleur d'abréger la vie d'un malade par une opération que l'on pouvait considérer comme utile, du moins dans le cas actuel.

La présence tardive de l'albumine dans les urines, — celles-ci n'en contenaient aucune trace au moment de l'arrivée du malade, — est aussi un fait intéressant sur lequel je tiens à appeler l'attention. Il a suffi, pour déterminer son apparition dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération de l'anus artificiel, d'une simple irritation du péritoine par le fait de l'opération.

Quand on examine les pièces anatomo-pathologiques de notre opéré, on découvre un cancer du foie tellement prononcé que c'est à ne pas croire que sur le vivant on ne puisse pas le reconnaître, qu'aucun phénomène morbide n'ait pu nous le déceler. Quant au péritoine, on peut dire qu'il est criblé de petits noyaux cancéreux ; néanmoins il y a extrêmement peu de péritonite, très peu d'ascite aussi.

Ce n'est donc pas à une véritable péritonite que cet homme a succombé ; aussi, il faut bien le dire, nous ne savons pas encore comment la mort survient en pareil cas, nous n'en connaissons pas le mécanisme. Je dois ajouter que la capsule surrénale présente aussi du cancer secondaire, ce qui est assez rare.

En résumé, lorsqu'un individu atteint d'un cancer ou d'un épithélioma du tube digestif se présente à vous avec des phénomènes d'obstruction intestinale, on peut, s'il souffre beaucoup, créer un anus artificiel, mais à la condition de bien savoir que, si le malade est dans un état voisin de la cachexie, l'ouverture du ventre est très fréquemment suivie de mort en raison de l'état organique.

II. Hier aussi nous avons perdu un homme que nous avions opéré il y a trois semaines d'une ulcération épithéliale de la face postérieure du rectum, mesurant 5 centimètres de hauteur sur 3 de largeur, et située au niveau de l'ampoule rectale.

Cet homme était robuste et, vu son état général satisfaisant, j'ai pratiqué l'extirpation partielle du rectum en ayant soin de conserver entière la paroi antérieure qui était saine. Si les suites de l'opération furent bonnes, cependant la détersion des parties était lente à se faire, plus lente que d'habitude. De plus, à un moment donné, nous avons vu le grand lambeau qui a été taillé en arrière se sphacéler. La température oscillait entre 38° et 38°,6, puis vers le dixième jour elle remontait à 39°, s'y maintenait pendant quelques jours pour redescendre ensuite assez brusquement. Enfin le malade était pris de frissons réitérés, dans les quatre ou cinq derniers jours, avec nausées, anorexie, accablement et succombait hier.

J'hésite assez pour me prononcer sur le mécanisme de la mort, à moins qu'il n'y ait encore là, comme chez notre précédent malade, une généralisation de l'affection cancéreuse, des noyaux secondaires dans le foie et dans d'autres organes. Toutefois, vu les frissons réitérés constatés dans les derniers jours, je ne serais pas éloigné de croire à de la pyohémie. Bien qu'elle soit rare aujourd'hui, cependant elle existe encore, et on la voit apparaître, de temps à autre, notamment lorsqu'on a affaire à des plaies cavitaires où le traitement antiseptique ne peut pas être appliqué dans toute sa rigueur.

HERNIE OMBILICALE.

TAXIS PROGRESSIF ET PROLONGÉ SUIVI DE SUCCÈS

Par M. le Dr Alex. Paris (de Châlons-sur-Marne).

Le 24 juillet 1883, j'étais appelé chez Mme A..., pour réduire une hernie ombilicale sortie depuis trois heures environ.

Mme A... est une femme de taille moyenne, forte constitution, tempérament lymphatico-sanguin ; elle est polysarcique, obèse ; elle présente des troubles de la circulation, varices très développées des membres inférieurs et, depuis longtemps déjà, ulcères variqueux.

La hernie pour laquelle notre intervention était réclamée s'était déjà produite plusieurs fois ; quelquefois la malade avait pu la réduire elle-même, une fois on avait dû s'adresser à un médecin. La réduction avait toujours été facile ; la tumeur herniaire n'avait jamais été aussi volumineuse que la dernière fois.

En arrivant chez Mme A..., le 24 juillet, à 7 heures 20 minutes du matin, nous avons trouvée celle-ci abattue, gémissant, se plaignant de vives douleurs. La hernie avait une forme globuleuse, un peu aplatie de haut en bas, la malade étant couchée ; son diamètre mesurait près de 20 centimètres ; son pédicule paraissait très gros; elle était dure, rénitente, recouverte d'une peau rouge bleuâtre en quelques points, et partout très tendue. La percussion de la tumeur révélait de la matité dans la moitié supérieure, une sonorité très grande dans la moitié inférieure, c'est-à-dire dans la moitié se trouvant au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'ombilic perpendiculairement à l'axe du corps. Il n'y avait pas eu de selles depuis la veille et, depuis quelques instants, la malade était tourmentée par des nausées, des éructations et des douleurs.

A 7 heures 25 minutes nous commencions le taxis, et, après dix minutes de tentatives, nous produisions quelques déplacements de gaz et la tumeur était un peu moins dure. Nous pratiquions le taxis suivant la méthode classique, mais en laissant la malade dans la position horizontale ; il était impossible de lui en faire prendre une autre. Après de longues minutes d'efforts nous ne prévoyions aucun résultat proche et, fatigué presque autant que la malade, nous allions recourir à d'autres moyens, lorsqu'un gargouillement long se fit entendre; à partir de ce moment, nous sentions la hernie diminuer peu à peu de volume ; en quelques secondes, elle fut réduite. L'opération était terminée à 8 heures un quart, après cinquante minutes de taxis continu, et aussitôt Mme A... se trouvait soulagée.

Dans la matinée, nous avons fait donner quelques lavements simples ; ils n'ont amené aucune selle, mais il y a eu expulsion de quelques caillots noirâtres.

Dans l'après-midi, il y a eu des nausées, des vomissements ; toutes les boissons étaient rejetées après l'ingestion. Mme A... se plaignait de douleurs assez vives au niveau du creux épigastrique.

Traitement : Boissons froides, lait par petites gorgées. Cataplasmes émollients sur la région épigastrique. Lavement laudanisé. Pour la nuit : potion (hydrate de chloral 2 grammes, sirop de morphine 20 grammes, sirop d'écorces d'oranges amères 30 grammes, eau 60 grammes).

La nuit du 24 au 25 juillet a été calme ; les douleurs étaient très supportables, mais la malade n'a pas eu de selles ; elle était fatiguée par des éructations presque continuelles. Nous lui avons fait prendre, le matin, 40 grammes de sulfate de magnésie et à midi elle avait une selle hémorragique ; à sept heures du soir, elle avait eu cinq selles (pas de sang dans les quatre dernières). Un soulagement considérable s'était produit après les premières et il ne restait plus que quelques éructations et de vagues douleurs abdominales.

Traitement : Boisson froide (mélange de thé et de lait ; thé 1/3, lait 2/3). Lavements émollients.

Les douleurs se sont dissipées peu à peu et six à sept jours après l'opération, Mme A... était rétablie.

Dans le n° du 27 juin 1883 de la *Gazette des hôpitaux*, nous citions un exemple de taxis progressif et prolongé suivi de succès. Dans le cas que nous relatons aujourd'hui, la même méthode n'a pas amené un résultat aussi favorable et nous avons eu à combattre quelques accidents consécutifs, mais ils ne sont pas à comparer aux dangers que fait courir l'opération sanglante. Cependant il serait imprudent de continuer cette manœuvre au delà d'une heure, au maximum.

CHLOROFORMISATION PENDANT L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Par le docteur Louis Amat, médecin-major.

A plusieurs reprises, la *Gazette des hôpitaux* a appelé l'attention de ses lecteurs sur l'utilité des inhalations de chloroforme dans les cas de convulsions éclamptiques des femmes en couches.

La rareté de l'éclampsie puerpérale proprement dite, et la gravité spéciale de cette névrose, qui, d'après Mme Lachapelle, fait périr la moitié des femmes qui en sont atteintes et tue deux enfants sur trois, augmentent l'intérêt des observations, qui ne paraissent pas, comme toutes celles qui sont prises isolément, jouir d'une grande valeur démonstrative. Rassembler les faits, c'est faire naître des idées ; c'est affermir les fondements de la science et en étendre les limites. Les exemples ne sont jamais plus utiles que lorsqu'ils viennent appuyer ou combattre des points de doctrine, encore sujets à contestation ; ce qui arrive surtout lorsque les questions sont ou trop compréhensibles ou bien mal posées. C'est pourquoi chaque cas particulier apporte avec lui sa part d'enseignement.

Cas grave d'éclampsie puerpérale durant le travail ; chloroformisation, application du forceps ; extraction de l'enfant vivant, guérison de la mère. — Mlle X..., fille-mère, à Rodez. Scrofuleuse, variolée dans son enfance, âgée de vingt ans, primipare, arrivée sans accidents au terme de sa grossesse.

Le 15 janvier 1883, les premières douleurs utérines se déclarent vers neuf heures du matin ; à onze heures, agitation et indocilité extrêmes, bientôt suivies de convulsions cloniques. Trois personnes peuvent à peine contenir les mouvements dangereux de la malade, qui ne tarde pas à perdre complètement l'usage de ses facultés sensorielles et intellectuelles.

Je ne suis appelé auprès d'elle qu'à trois heures du soir. Les assistants ajoutent aux détails précédents que, depuis midi, la malade n'a pas recouvré un seul instant sa connaissance, qu'elle a eu un grand nombre d'accès convulsifs séparés par des moments de calme et de torpeur.

Au moment où j'arrive, je la trouve dans un coma stertoreux, les extrémités, les membres, sont œdématiés, cyanosés ; les paupières, les joues légèrement bouffies. Je pratique le toucher et détermine une crise avec tous les symptômes d'un violent accès d'éclampsie ; convulsions cloniques des muscles de la face, du cou,

du tronc, des membres; tétanos des masséters, morsures multiples de la langue, flocons abondants de salive sanguinolente, etc. Au bout de trois minutes, résolution comateuse. J'en profite pour explorer rapidement la matrice et reconnais que le col est complètement dilaté; la tête de l'enfant a déjà franchi le détroit et pénétré dans l'excavation; les membranes ne sont pas rompues, mais survient un nouvel accès encore plus violent que le précédent.

En présence d'un état aussi grave, je me hâte, dès que cette crise touche à sa fin, d'administrer une forte dose de chloroforme en inhalation pour suspendre les accès d'éclampsie, et je procède immédiatement à l'extraction du fœtus par le forceps. La tête se présente dans la position normale O. I. G. A. Je fais soutenir par les mains d'une aide le périnée qui se distend fortement sous l'influence de la traction. Les contractions utérines sont nulles, la malade reste profondément endormie. L'enfant est retiré et ne donne aucun signe de vie, mais il parvient à respirer sous l'influence d'une forte excitation. Je retire le délivre au bout d'un quart d'heure; l'hémorragie consécutive est abondante, la malade est changée de lit; puis l'hémorragie diminue, et après une demi-heure elle est spontanément suspendue. Dans cet intervalle, la mère, accouchée et délivrée à son insu, se réveille, reprend connaissance; elle est agréablement surprise par la vue de son enfant. Les suites de ses couches ne sont marquées par aucun accident, pas d'accès nouveaux d'éclampsie. Au bout de dix jours, elle sort de la Maternité.

Il n'y a aucune règle générale à déduire de cette observation relativement à l'utilité des inhalations chloroformiques dans tous les cas d'éclampsie, car, en médecine comme en toutes choses, rien n'est absolu. Nous n'avons que des indications à satisfaire, indications multiples et variant avec chaque malade.

Dans le cas actuel, il ne fallait pas, à notre avis, temporiser en essayant d'opposer aux convulsions la série des médications justement préconisées sans doute en d'autres circonstances, telles que la saignée, parfaitement inutile ici, puisqu'elle allait être largement remplacée par l'hémorragie de la délivrance, hémorragie que l'on doit attribuer en grande part à la résolution produite par le chloroforme. Il ne fallait pas non plus chercher inutilement à administrer par la voie gastrique des agents de résolution musculaire; il s'agissait avant tout de suspendre un accident grave survenu sous l'influence déterminante du travail de parturition et d'arriver à ce but par le chemin le plus court et le moins aléatoire.

Or, le chloroforme, par sa puissance sédative immédiate, par sa rapidité d'action, son innocuité relative, la facilité de son administration, nous a permis de délivrer rapidement la mère et de couper court à une scène où la vie de deux êtres était déjà très compromise.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'intervention chirurgicale dans le cancer du tube digestif sauf le rectum (1), par M. le docteur Dupau, chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

L'auteur divise son travail en trois parties: *De l'intervention: 1° dans le cancer de l'œsophage; 2° dans le cancer de l'estomac; 3° dans le cancer de l'intestin grêle et du gros intestin.* Ces quatre divisions servent ensuite de cadre aux subdivisions suivantes:

A. Étude symptomatique destinée à faciliter le diagnostic de la nature et du siège de la lésion et des complications qu'elle peut présenter. — B. Étude historique et critique et description des divers procédés opératoires appartenant aux deux méthodes palliative et curative. (Choix à établir entre celle des deux qui mérite la préférence.) — C. Réunion des opérations recueillies et conclusions.

M. Dupau a terminé ce très intéressant mémoire par une revue d'ensemble dont nous reproduirons les traits principaux.

Les lésions cancéreuses du tube digestif présentent des points nombreux de ressemblance: douleur plus ou moins vive, constipation et anorexie, phénomènes indiquant l'oblitération du conduit. Ces divers symptômes peuvent manquer et rendre impossible le diagnostic du cancer. Les faits de cette nature sont assez nombreux.

Le cancer peut, après s'être manifesté, suivre une marche rapide et sa durée ne dépasser guère alors douze à quinze mois. D'autre part sa marche peut être d'une lenteur telle que la maladie peut être souvent méconnue. Dans le premier cas, le cancer mène rapidement à la cachexie; dans le deuxième, les phénomènes de la cachexie peuvent faire absolument défaut et un amaigrissement assez notable seul précède alors la mort.

Ces lésions ont un troisième point de ressemblance en ce qu'elles ont une grande tendance à envahir les tissus avoisinants et à provoquer des adhérences autour d'elles; elles ont enfin cela d'identique qu'elles sont d'un diagnostic très difficile et d'un pronostic fatal.

Il reste acquis que la cure radicale du cancer du tube digestif, quel que soit son siège, ne saurait être tentée, et que nous ne devons avoir recours aux procédés opératoires que pour pallier les accidents du cancer de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin.

Enfin l'intervention hâtive a paru à l'auteur devoir être suivie de meilleurs résultats que l'intervention trop tardive.

Sur la péritonite aiguë généralisée compliquant les kystes de l'ovaire (1), par M. le docteur F.-A. Hue, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La péritonite aiguë généralisée peut compliquer les kystes de l'ovaire à la suite d'une ponction quelle qu'elle soit, exploratrice, évacuatrice, préalable, etc., ou bien encore à la suite d'une rupture spontanée ou provoquée, d'un traumatisme abdominal sans rupture, d'une grossesse, etc.

Cette péritonite évolue soit normalement, avec les symptômes ordinaires, soit souvent d'une façon insidieuse dont il est utile d'être prévenu. Elle est une indication d'une prompte intervention chirurgicale. L'ovariotomie, pratiquée dans ces circonstances, a été le plus souvent suivie d'un succès presque inespéré. L'ouverture de l'abdomen, dans certaines suppurations du péritoine, par exemple lorsque la péritonite complique un étranglement interne ou que le diagnostic est impossible avec l'étranglement, n'a rien d'une témérité outrée.

L'eau oxygénée, son emploi en chirurgie, par le Dr Larrivé (2).

L'eau oxygénée est entrée depuis peu de temps dans la pratique. C'est à M. Péan, qui l'a expérimentée le premier dans son service de Saint-Louis, que l'on doit son introduction dans la thérapeutique chirurgicale.

Dans le travail que le docteur Larrivé publie aujourd'hui, se trouve une étude complète de ce nouvel agent. A côté d'un historique assez court, puisque les premières expériences ne datent que de l'année dernière, le praticien lira avec intérêt les indications de l'emploi de l'eau oxygénée et les très curieuses épreuves de laboratoire qui ont décidé le chirurgien de Saint-Louis à utiliser l'eau oxygénée pour le pansement des plaies. Plusieurs observations publiées dans ce volume viennent confirmer les heureux résultats que l'on était en droit d'attendre de ce médicament après

(1) In-8°. — Prix: 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

(1) In-8°. — Prix: 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.
(2) Un vol. in-8°. — Prix: 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

les recherches qui avaient été faites à ce sujet dans le laboratoire de M. P. Bert, à la Sorbonne, soit par cet habile physiologiste et M. le docteur Regnard, soit par M. Larrivé.

En résumé, c'est un travail qui sera consulté avec fruit par les physiologistes et surtout par les praticiens.

Étude clinique sur la maturation artificielle de la cataracte (1), par M. le docteur Félix de Lapersonne, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans les cataractes à marche lente, et particulièrement dans les cataractes séniles, lorsque l'amblyopie empêche pour longtemps tout travail utile, on est autorisé à pratiquer la maturation artificielle de la cataracte. — Cette opération a pour but d'opacifier les couches corticales antérieures, de permettre leur détachement de la cristalloïde, de faciliter, par conséquent, la toilette du champ pupillaire. Le procédé de Graefe et de Mannhardt est abandonné comme trop dangereux ; on aura recours à l'opération imaginée récemment par Förster. Elle consiste à faire, sur la cornée, des frictions répétées après ouverture de la chambre antérieure et iridectomie. Dans les cas heureux, l'opacification est complète du troisième au sixième jour. On peut procéder à l'extraction vers la troisième ou quatrième semaine. La réaction inflammatoire est insignifiante. L'extraction est ordinairement simple. Cependant elle peut être gênée ; dans certains cas, les couches antérieures, étant trop molles, ne sortent pas facilement avec le noyau. Enfin la maturation peut échouer. A ces deux points de vue on doit faire quelques réserves.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 1er septembre, M. le docteur Soulier, maire du Puy (Haute-Loire), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le président du Conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, a adressé aux recteurs, le 30 août dernier, la circulaire suivante, relative à la revaccination obligatoire des élèves des lycées et collèges :

« Monsieur le recteur, dans une discussion récente, les membres de la Société médicale des hôpitaux de Paris ont, en présence des heureux résultats produits au lycée Louis-le-Grand par la revaccination obligatoire, émis le vœu que mon administration généralisât cette mesure pour tous les établissements de l'État.

Depuis l'époque où la revaccination est devenue obligatoire pour tout élève nouveau entrant au lycée Louis-le-Grand, aucun cas de variole ni de varioloïde n'y a été constaté.

Persuadé que la mesure demandée par la Société médicale des hôpitaux de Paris ne pourrait produire que d'excellents résultats, j'ai décidé que la revaccination sera obligatoire pour tous les élèves internes des lycées et collèges.

Je vous prie de donner des ordres pour assurer l'exécution de cette décision. »

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

L'Année médicale (5e année. 1882). Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du docteur Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre. 1 vol. in-12 de 462 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, E. Plon et Cie.

Traitement de l'ankylose du genou, par le docteur Lagrange. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Traitement du cancer du rectum, par le docteur Piéchaud. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères 19. — 15014.

(1) In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

N° 105. — JEUDI 13 SEPTEMBRE 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 13 SEPTEMBRE 1883. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Faculté de Médecine de Paris. Histoire de la morve et du farcin. — Hôpital Necker. Endocardite ulcéreuse. — Clinique de Rio-de-Janeiro. Rétrécissement annulaire cicatriciel du rectum ; rectotomie ; guérison. — Académie de Médecine. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il n'y avait point d'ordre du jour, ou, ce qui revient au même, aucun des membres inscrits pour des rapports ou des lectures n'a répondu à l'appel de son nom. La situation était critique, elle a été sauvée par le dévouement de deux membres correspondants présents à la séance, M. Leudet (de Rouen) et M. Ollier (de Lyon), qui ont bien voulu répondre à l'appel désespéré de M. Larrey, remplaçant au fauteuil le président et le vice-président absents. M. Leudet a improvisé une courte et intéressante communication sur plusieurs cas d'empoisonnement par les vapeurs de charbon. C'est moins sur les phénomènes même de l'intoxication par les vapeurs de charbon qu'a porté la communication de M. Leudet, que sur des circonstances épisodiques de cette intoxication, ainsi qu'on en jugera par le résumé que nous en donnons dans le compte rendu.

Quant à la communication de M. Ollier, elle a eu pour objet une question de médecine opératoire et d'indication chirurgicale que le savant chirurgien de Lyon a traitée récemment au Congrès scientifique de Rouen. Il s'agit de l'opération de l'extirpation du rein. Les faits principaux que renferme cette communication seront exposés dans le compte rendu du Congrès que la *Gazette* publiera incessamment.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

Histoire de la morve et du farcin.

(Leçons recueillies par M. le docteur Octave Guillier.)

I

Ce n'est pas en séparant les deux maladies dont nous allons nous occuper, que je pourrais faire leur histoire ; c'est, au contraire, en les comprenant sous cette double dénomination d'*affection morvo-farcineuse*, que nous les étudierons. En effet, toutes les deux ayant pour principe virulent le même poison, elles méritent à juste titre d'être réunies dans une même description.

C'est à l'affection morvo-farcineuse que va s'appliquer la définition suivante que je vous propose :

Maladie virulente transmissible à l'homme par les solipèdes (cheval, âne, mulet, etc.), soit par le fait de la contagion, soit par inoculation, et pouvant être reporté au cheval ou aux espèces voisines ; produisant des suppurations multiples sur la peau et les muqueuses nasales et des voies aériennes ; donnant lieu à des inflammations spéciales et aboutissant à l'ulcération ; ayant enfin des affinités avec l'infection purulente, la tuberculose et la syphilis.

Il y a identité absolue entre la morve et le farcin, la cause en est *une* et quelque différents que soient les cas de morve et de farcin aigus ou chroniques, l'évolution de leur virus donne tantôt l'une et tantôt l'autre : l'homme prendra indistinctement le farcin d'un cheval morveux et la morve d'un cheval farcineux.

Enfin, morve et farcin, chroniques d'abord, peuvent avoir pour dernière expression la morve aiguë, et nous verrons par l'étude de cette affection combien l'histoire de la médecine comparée vient éclairer la pathologie humaine.

L'étiologie historique de cette maladie est des plus intéressantes : si vous ouvrez un manuel de pathologie, vous voyez que la morve n'est connue qu'à partir du XIXe siècle, mais c'est une erreur. Je puis vous certifier que les anciens avaient parfaitement vu des choses fort remarquables, relatives à cette affection ; mais procédons par ordre en allant des solipèdes à l'homme, et nous rendrons en passant justice à qui de droit.

LA MORVE ET LE FARCIN CHEZ LES ANIMAUX.

§ I. *Synonymie de l'affection morvo-farcineuse.* — Pour Hippocrate et les Grecs, c'est le Μάλις.

Pour les anciens auteurs latins, c'est le *Malleus* — *Malleus farciminosus, humidus*, et pour les auteurs modernes : *Equinia nasalis — apostematosa.*

En France, nous l'appelons *Morve*, qui vient de *Morbus* (Littré) ; *Farcin*, de *farcinium*, farcir, parce que le farcin gonfle et farcit la peau et les membres affectés, d'une foule de tubérosités (Littré). On l'appelle encore *Jetage, Glandage.*

En Italie : *Morva*, *Moccio*, *Ciamorro, Rogna dei cavalli.*

En Angleterre : *Farcy, Glanders.*

En Allemagne : *Rotz, Rotzkrankheit, Wurm.*

En Espagne : *Muermo, Lamparones del cavallo.*

En Portugal : *Mormo.*

En Sicile : *Morvu.*
A Genève : *Mourve.*
En Hollande : *Snot Verrating.*
En Pologne : *Nosacima.*

§ II. *Étiologie historique.* — Nous procéderons comme nous avons fait pour la rage, en allant des animaux à l'homme. Quand vous connaîtrez l'affection morvo-farcineuse dans les espèces animales, vous comprendrez facilement celle de l'homme. Sans cela point d'intérêt possible, point de thérapeutique efficace, et vous savez que j'ai pris pour devise de mon enseignement : *Historia utilis.*

Nous nous occuperons spécialement du cheval, car c'est chez lui qu'est la source, l'origine de la maladie.

Que nous apprend donc l'antiquité? Çà et là, dans les auteurs, nous trouvons quelques descriptions très imparfaites; assez cependant pour nous faire affirmer que la maladie existait à cette époque. Mais quelle idée s'en faisait-on? C'est dans les hippiatres grecs que nous trouvons l'indication du Μάλις.

Il faut arriver à un certain *Absyrthe*, médecin vétérinaire, sous Constantin, pour trouver la description d'une maladie du cheval, à forme aiguë et ayant des propriétés contagieuses.

Plus tard, sous Théodose, en l'an 381 de J.-C., *Vegetius-Renatus* donne une remarquable description des principaux symptômes de la maladie qu'il appelle *Malleus*, et dont la propagation se fait par contagion, qui seule est active. Nous ne trouvons plus dans cette description l'hypothèse du courroux céleste, mais bien l'incurie des propriétaires, comme principale cause de la contagion de la morve, en favorisant le transport de la maladie du cheval malade à l'animal sain.

Après les quatre premiers siècles de notre ère, la nuit la plus intense se fait; les vétérinaires d'alors (*les Mèges*) avaient tout oublié et il faut arriver en 1682 pour retrouver des données certaines.

Nous allons donc passer du traité appelé : *Artis veterinarix*, de Végèce, au *Parfait mareschal de Solleysel* (1677-1682). Solleysel, qui était écuyer de Louis XIV, observa d'une façon remarquable la morve et nous en a laissé une bonne description. Observateur sagace, il reconnaît la contagion et écrivit cette phrase remarquable : « La morve et le farcin sont cousins germains l'un de l'autre. » Ainsi, à douze siècles d'intervalle, Végèce et Solleysel affirment la contagion de la morve.

En 1749, Lafosse père, maître maréchal à Paris et un des maîtres de l'hippiatrie française, écrivit un traité sur le *Véritable Siège de la morve des chevaux et des moyens d'y remédier*. Malheureusement Lafosse nie que la morve soit une maladie générale et en fait une affection purement locale, ayant son siège sur la muqueuse pituitaire et de nature inflammatoire; c'est ce que nous désignerions de nos jours sous le nom de : *Rhinite*. Il admet bien, il est vrai, une maladie qu'il appelle *Morve-farcin*, mais toute différente de la première, attaquant les poumons ainsi que toutes les parties de l'animal, et de nature âcre et corrosive. Cette opinion fut approuvée par une commission de l'Académie des sciences, malgré la résistance des vétérinaires praticiens dont le bon sens se refusa à admettre une telle interprétation.

La grande idée de la contagion, si elle n'est pas absolument niée, est du moins considérée comme très exceptionnelle. De plus, la curabilité de la maladie est admise dans la première période du mal. Telles sont les deux principales idées de la théorie de Lafosse qui égarent la science.

Nous voilà bien loin de Solleysel qui avait dit : « Quoique toutes les formes de la morve ne soient pas contagieuses au même degré, le danger n'en est pas moins toujours imminent. »

En 1768, Lafosse fils reprend les idées de son père et s'en fait l'ardent propagateur. Il crée deux types principaux de la maladie, l'un contagieux, l'autre qu'il appelle *Vice farcineux*, très peu contagieux, et, comme son père, il admet que la guérison de la morve au début est possible.

En 1734, Gaspard de Saunier, dans son traité intitulé : *Parfaite Connaissance des chevaux*, avait écrit que la maladie est incurable et que tous les remèdes ont été inutiles. Le plus court, dit-il, est de faire abattre tous les chevaux qui en sont atteints.

En 1746, Garsault affirmait également l'incurabilité de la morve et sa contagiosité.

La réaction contre les idées de Lafosse commençait donc à apparaître quand Bourgelat, le fondateur de l'école d'Alfort et des écoles vétérinaires, écrivit ses *Éléments d'hippiatrie*, en 1753. Il se déclare absolument l'antagoniste des deux Lafosse et affirme, à son tour, que la morve est non seulement contagieuse, mais encore incurable, et qu'il ne faut pas hésiter à sacrifier l'animal malade.

Vitet, médecin-vétérinaire à Lyon, en 1771, se déclare contagioniste.

Paulet, dans son ouvrage : *Recherches sur les maladies épizootiques*, 1775, se déclare également contagioniste.

Chabert, le successeur de Bourgelat, signale tous les dangers de la contagion dans ses *Instructions sur les moyens de s'assurer de l'existence de la morve et d'en prévenir les effets.* (Arrêt du Conseil d'État du 16 juillet 1784.)

Huzard, le premier inspecteur des écoles vétérinaires et membre de l'Institut, à sa fondation, se déclare contagioniste et s'indigne qu'on ait pu accuser Chabert, son maître, d'y être opposé. Les anticontagionistes, dit-il, font un mal incalculable.

Cependant l'hésitation commençait à renaître, malgré les expériences de Gohier, en 1809, et de Rainard, en 1825, qui démontraient que la contagion était indéniable.

L'école d'Alfort se divisait, mais celle de Lyon restait inébranlable dans ses convictions.

Un élève de Chabert, Godine, se livre à des recherches nouvelles et change ses convictions premières en niant la contagion.

Dupuy d'Alfort, en 1817, considère la morve comme une rhinite simple. Morel, en 1823, se déclare non contagioniste dans son *Traité raisonné de la morve.* Tous ces auteurs se rangent aux idées de Broussais.

Louchard, en 1825, répond négativement à cette question : *La morve est-elle contagieuse?*

La lutte est ardente entre les contagionistes et les non-contagionistes. Au premier rang il faut placer Renault et Delafond, qui, chefs de cliniques, jeunes et passionnés, font des expériences d'où ils concluent que la morve aiguë peut être contagieuse, mais que la morve chronique ne l'est pas. Les non-contagionistes dominent encore.

Ces idées fausses firent tomber les lois existantes en désuétude, et une épidémie effrayante éclata par la liberté qui fut accordée de vendre des chevaux morvo-farcineux, jetant à pleines narines et contaminant les chevaux sains.

En présence de faits aussi déplorables, le gouvernement s'émeut et nomme, en 1836, une commission pour savoir si oui ou non la morve est contagieuse. Des lenteurs de toutes sortes entravent l'idée de contagion qui est méconnue. La commission se sépare sans conclure.

Une nouvelle commission est nommée le 25 janvier 1840 et le ministre y adjoint quatre commissaires : Milne-Edwards, Boussingault, Rayer et Breschet, qui apportent dans leurs travaux toute la rigueur et la précision scientifique possible. Des expériences décisives sont faites et les choses traînent ainsi de 1842 à 1849.

Malheureusement, le rapporteur de la commission était non-contagioniste ; pour la seconde fois, on ne donne aucune conclusion et aucun rapport n'est présenté.

Cependant, dans l'intervalle de cette période de commissions stériles, un grand fait s'était accompli, et c'était un médecin, mon maître P. Rayer, qui, le premier, devait apporter un exemple frappant de la contagion du cheval à l'homme.

En 1837, était entré à la Charité, salle Saint-Michel, dans le service de Rayer, un homme atteint d'une singulière maladie. Or cet homme était un palefrenier, nommé Prost, ayant soigné à l'écurie un cheval atteint de la morve. Rayer, soupçonnant que ce malheureux était lui-même atteint de la terrible maladie, prit sur Prost du pus qu'il inocula ensuite à des chevaux de l'école d'Alfort. Ces chevaux moururent de la morve quelque temps après. Rayer fit alors, en 1849, un rapport à l'Académie de médecine, et dans la discussion se trouva en complète contradiction avec les vétérinaires éminents, membres de l'Académie, qui nièrent absolument la conclusion tirée des faits. Deux camps se formèrent aussitôt, et après une année d'ardente discussion, Rayer finit par gagner tout le monde à sa cause, et la contagion fut enfin admise comme certaine. Puis, la conviction se fit dans les esprits, quand la physiologie expérimentale vint trancher la question et prouver d'une manière irréfragable la contagion. Saint-Cyr, de Lyon, donna la morve à des ânes en leur inoculant du pus pris sur l'homme et les animaux.

Telle est l'historique abrégé, mais bien intéressant de la morve ; il vous prouve combien parfois la lumière a de peine à se faire et la vérité d'obstacles à vaincre.

Actuellement, en Europe, presque tous les vétérinaires admettent l'idée de contagion ; l'Italie, qui longtemps y a été opposée, y est complètement ralliée. En Angleterre, quelques hippiatres la nient encore, mais Youatt est contagioniste. L'Allemagne a complètement adopté la contagion morvo-farcineuse.

Vous voyez que l'idée première, celle des anciens auteurs, était la bonne, l'esprit de système l'étouffa et ce ne fut qu'avec la plus grande peine qu'elle se fit jour à nouveau.

§ III. *Symptomatologie historique.* — Je procéderai, pour l'affection morvo-farcineuse, comme je l'ai fait en vous parlant de la rage ; avant d'arriver à l'homme, il faut que vous connaissiez la maladie chez les animaux. Comme ici, c'est le cheval qui est ordinairement atteint, c'est chez lui que nous étudierons les différentes formes de la maladie dont nous nous occupons.

En allant du simple au composé, nous commencerons par le :

1° *Farcin chronique*, qui est caractérisé par l'apparition, sur la périphérie du corps de l'animal, de tumeurs ou de grosseurs (produites par le *vice farcineux* des anciens), et qui ont reçu, suivant leur aspect, les noms de : *Boutons*, de *Cordes*, de *Tumeurs* ou d'*Engorgements farcineux*.

Les boutons farcineux sont des noyaux pleins, de la grosseur d'une lentille au début, mais pouvant atteindre celle d'une noisette ou d'une olive, et siégeant sous la peau, sans toutefois y adhérer. Toutes les parties du corps peuvent être le siège de ces boutons spéciaux, mais c'est principalement à la face interne des membres qu'on les observe, ainsi qu'à la tête, la face, l'encolure, les épaules, les flancs ; en fin de compte, c'est sur le trajet des vaisseaux lymphatiques qu'ils se produisent. Quelquefois on les trouve en petit nombre, mais parfois aussi ils présentent une confluence extraordinaire. Tout le corps en est recouvert, la peau en est pour ainsi dire farcie, d'où le nom de : *Farcin*, qu'on lui a donné dès les premiers temps. Végèce écrivait en effet en parlant de la morve : *Morbus a similitudine farciminis appellatus est.*

Dans les cas de confluence, il se produit un œdème de tout le corps, œdème qui se résorbe en quelques jours et laisse ainsi apparaître d'une manière plus visible toutes les tubérosités de la peau. Après un travail intérieur qui varie de quelques jours à quelques semaines, ces tumeurs se ramollissent, et si on les ouvre, on les trouve remplies d'un liquide huileux, sanieux, sanguinolent, mais jamais d'un pus louable, crémeux et jaunâtre.

Dans les cas où l'évolution se fait lentement, et si on laisse les tumeurs s'ouvrir spontanément, on voit la peau devenir adhérente, s'amincir pour enfin s'ulcérer et donner lieu au *chancre de farcin*, d'où s'écoule le liquide sanieux dont nous venons de parler. Souvent aussi plusieurs tumeurs peuvent se réunir en se ramollissant et former ainsi de vastes et profondes ulcérations appelées *Plaies farcineuses* qui tendent toujours à s'étendre davantage ; la peau se décolle, des clapiers remplis de pus se forment, et l'on a le *farcin en cul-de-poule* des anciens hippiatres.

A côté de ces boutons, nous trouvons les *Cordes farcineuses* caractérisées par des tumeurs allongées, cylindriques, droites ou sinueuses, et placées sur le trajet des vaisseaux lymphatiques sous-cutanés. C'est surtout quand l'œdème commence à se résorber qu'on peut facilement les distinguer et alors on remarque qu'elles accompagnent des veines superficielles : aussi les trouvons-nous surtout dans la gouttière de la jugulaire, à la face interne des membres, au ventre et au fourreau de la verge. Leur grosseur est excessivement variable, quelquefois ne dépassant pas celle d'un tuyau de plume, mais dans certains cas pouvant acquérir des dimensions énormes, comme celles du bras d'un enfant. Les vaisseaux lymphatiques sont distendus outre mesure, deviennent variqueux et finissent par se rompre en laissant écouler une humeur visqueuse et blanchâtre. En somme, c'est une angéioleucite spéciale.

Une troisième variété dans les manifestations du farcin est constituée par les *Tumeurs farcineuses*, que l'on peut diviser en deux espèces. L'une ganglionnaire, située dans le tissu cellulaire et n'étant autre que la tuméfaction des ganglions lymphatiques, tumeurs se produisant après l'apparition des boutons et des cordes dont nous venons de parler.

Ces tumeurs sont d'abord épaisses, volumineuses ; mais comme l'animal ne succombe pas immédiatement au farcin chronique, elles se réduisent de volume et s'indurent abso-

lument comme dans la syphilis. Elles siègent de préférence dans la cavité sous-glossienne, près de la cavité thoracique, dans la région inguinale, en un mot, partout où normalement existent des ganglions lymphatiques. Les tumeurs de cette espèce se ramollissent rarement, ou alors en un seul point qui se vide tandis que le reste persiste.

Il existe une seconde espèce de tumeurs, en dehors des ganglions lymphatiques, et siégeant de préférence sur les faces latérales de l'encolure, le bord des épaules ou les parois costales. Elles sont indolentes, arrivent très vite au ramollissement et quand la veille on les trouvait encore dures et résistantes, on constate le lendemain la fluctuation la plus manifeste, principalement sur la région costale. Cet état de fluctuation peut durer ainsi très longtemps sans qu'elles s'ouvrent spontanément. Si on les perce avec le bistouri, il s'en écoule un liquide huileux et jaunâtre, le kyste se vide et se referme. Nous trouvons là tous les caractères des abcès froids, des abcès tuberculeux. Pour les expliquer, on a invoqué l'influence des coups, des contusions, etc. : nous ne partageons nullement cette opinion et, pour ma part, je me rallie à celle du professeur Henri Bouley, qui en fait un produit de la diathèse farcino-morveuse.

Ces tumeurs peuvent envahir le testicule du cheval et donner lieu au sarcocèle farcineux, qui, lui aussi, donne issue à ce même liquide huileux dont nous avons déjà parlé. Nous trouvons ici une grande analogie avec la tuberculose qui envahit les testicules.

Enfin une quatrième manifestation du farcin est caractérisée par ce que l'on appelle : l'*Engorgement farcineux.*

Non seulement l'animal atteint de farcin chronique présente les boutons, les cordes, ainsi que les tumeurs dont nous venons de parler, mais nous trouvons chez lui de plus vastes lésions encore, représentées par des infiltrations œdémateuses, envahissant les genoux, les jarrets, et quelquefois un membre entier de l'animal : on dirait des arthrites morvo-farcineuses. Tantôt l'œdème envahit un seul membre, tantôt plusieurs membres sont pris.

Cet œdème est chaud et douloureux, l'animal ne peut se lever et les articulations peuvent à peine se mouvoir ; puis l'engorgement augmente et durcit ; le membre ressemble à un poteau grossièrement façonné ; on dirait une sorte d'éléphantiasis. De plus, cet engorgement farcineux n'existe jamais seul ; on constate toujours la présence de cordes volumineuses se rendant aux ganglions lymphatiques du membre engorgé.

Pour résumer en quelques mots ce que je viens de vous décrire, notez que le farcin chronique débute par l'apparition de boutons et de cordes qui aboutissent à l'ulcération. Le membre est œdématié, creusé, parfois criblé de plaies chancreuses énormes, quelquefois même il est presque entièrement dépouillé.

Il est certain que, pour le diagnostic, tous ces phénomènes n'ayant pas la même valeur, leur réunion est nécessaire pour en tirer un caractère pathognomonique de la maladie.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Endocardite ulcéreuse.

Une de nos jeunes malades était prise assez subitement, il y a onze jours, de violents frissons suivis d'une transpiration abondante, lesquels revenaient le lendemain à une heure différente de la veille. Un accablement profond et de la stupeur leur succédaient, puis la température s'élevait à 41°,3 ; la peau était chaude, sudorale, la face rouge, violacée, la langue blanche, humide ; il y avait des nausées et des vomissements fréquents même dès le début ; ainsi que de la constipation, laquelle céda seulement à des purgatifs. Le ventre était plat, en bateau, non ballonné, sans gargouillements bien sensibles dans la fosse iliaque droite. Enfin il n'y avait rien du côté de la poitrine. Dans ce tableau symptomatique, ne voyez-vous pas une grande ressemblance avec ce que l'on observe dans la fièvre typhoïde. Cependant, en poursuivant l'examen de la malade, nous trouvons encore quelque chose d'autre, c'est-à-dire un souffle systolique, ne dépassant guère la hauteur de la région précordiale et ayant son maximum d'intensité à la pointe du cœur. Le deuxième bruit du cœur était très bien frappé, très net, la matité précordiale peu exagérée, le pouls assez fréquent, très petit et sans dicrotisme.

Il s'agit donc, dans ce cas, de deux choses : 1° de fièvre avec état typhique moyen ; 2° de troubles cardiaques.

D'abord le souffle cardiaque est évidemment un signe d'insuffisance mitrale avec les caractères nets que nous lui avons trouvés ; de plus, il est très exactement systolique, il remplit le petit silence et cesse au deuxième bruit. Son timbre est aigu, élevé, il donne la sensation d'un bruit profond. Mais que signifie cette lésion ? Est-elle ancienne ou récente et contemporaine alors du mouvement fébrile actuel ? La question était des plus difficiles à résoudre le premier jour, parce que la rudesse était si grande et son timbre si aigu, qu'ils ressemblaient à ce que l'on observe dans le cas d'insuffisance mitrale ancienne.

D'autre part, cependant, la malade n'avait aucun de ces antécédents morbides qui s'accompagnent ordinairement d'endocardite aiguë. Mais alors quels rapports existaient-ils entre la lésion cardiaque et l'état typhique ? Trois cas peuvent se présenter : 1° celui d'une lésion ancienne coïncidant avec un autre état ; 2° celui d'une lésion ancienne compliquée d'accidents aigus ; 3° celui d'une lésion récente d'endocardite ulcéreuse.

Il se pourrait tout d'abord que les troubles cardiaques pussent résulter d'une fièvre typhoïde et donner lieu à un souffle que les uns attribuent à la fièvre et d'autres à une endocardite aiguë concomitante, mais ces souffles fébriles n'ont pas le caractère de ceux que la malade présentait. Il en est aussi qui, sous l'influence de la fièvre typhoïde, sont dus à une atteinte du muscle cardiaque et d'une dilatation considérable telle qu'elle amène une insuffisance valvulaire. Ces cas sont généralement tellement graves, que mort s'ensuit. Enfin, troisième cas, c'est l'endocardite ulcéreuse se rencontrant dans la fièvre typhoïde. Le fait est très rare, je ne l'ai jamais observé, et Grisolle en a vu un seul cas. Donc la dilatation cardiaque, amenant une insuffisance valvulaire, paraissait seule probable ; cependant les ventricules n'étaient pas dilatés chez notre malade, du moins à l'époque de son arrivée ici. Je devais donc conclure chez elle que l'état cardiaque n'était pas la conséquence de la fièvre typhoïde. Mais alors l'état typhique était-il la conséquence de la lésion du cœur ? Nous savons qu'il y a deux endocardites : l'une scléreuse, l'autre végétante. Dans le premier cas, la formation de tissu conjonctif entraîne la rétraction valvulaire ; dans le second cas, il y a formation rapide de végétations sur les valvules, et cette prolifération se détruit elle-même par ulcération, c'est-à-dire qu'il se produit une

endocardite végétante ulcéreuse qui peut se terminer par perforation.

D'autre part, comment se fait ce travail scléreux, pourquoi et comment serait-il en rapport avec l'état typhique, et lequel des deux donne naissance à l'autre ? C'est là une question qui n'est pas tranchée ; cependant le cœur participant à la fièvre typhoïde n'est guère admissible ; de plus, quand il s'agit du ventricule gauche, on trouve des lésions artérielles, tandis que si c'est le ventricule droit les lésions prédominent dans le poumon. Mais pourquoi l'endocardite est-elle tantôt scléreuse, tantôt ulcéreuse ? La présence de bactéries dans les ulcérations a fait dire que l'endocardite était infectieuse. Mais d'où viennent ces bactéries ? Pourquoi l'endocardite se produit-elle presque toujours sur des valvules déjà altérées ? L'hypothèse proposée est la suivante : c'est que lorsque les valvules sont malades, elles sont plus facilement le siège de la prolifération des bactéries, tandis que si elles sont saines elles résistent au développement de ces bactéries. L'explication est assez plausible.

Quoi qu'il en soit, l'endocardite ulcéreuse, primitive ou secondaire, détermine des altérations sérieuses dans le cœur, et je pourrais vous citer nombre d'observations, prises dans les auteurs, où l'on voit que l'endocardite ulcéreuse seule peut déterminer un souffle très intense et rude à la pointe du cœur. Quant au mécanisme de ce bruit, il est assez difficile à décrire. Dans certains cas, la perforation de la valvule et le passage du sang à travers sa perforation peuvent produire ce bruit; dans d'autres cas, il est le résultat de la destruction, de l'érosion du bord libre de la valvule ; enfin, des coagulations volumineuses, en s'interposant entre les valvules, peuvent aussi donner lieu à un bruit de souffle analogue, mais le fait est exceptionnel.

En résumé, une endocardite peut donc déterminer un pareil bruit de souffle. Chez notre malade, avions-nous des causes suffisantes pour le produire, telles, par exemple, qu'une endocardite antérieure, un rhumatisme ancien, un état cachectique du sujet antérieurement atteint d'une affection du cœur, une fièvre intermittente, une fièvre éruptive, un état puerpéral, un épuisement nerveux, des fatigues exagérées ? On a aussi invoqué le froid, mais la cause est banale. Enfin on a cité des cas où il est survenu en pleine santé apparente, sans causes connues.

Bien que, dans le cas qui nous occupe, la maladie pût être une endocardite ulcéreuse et donner lieu aux symptômes que nous avons décrits en commençant, nous avions encore cependant à nous demander s'il ne s'agissait pas d'une fièvre typhoïde survenue chez une malade atteinte d'endocardite ancienne, ou bien si l'endocardite ulcéreuse était survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde. Ceci est très difficile à résoudre, car tous les symptômes sont communs, car dans nulle autre affection on ne trouve semblable début (frissons, fièvre progressive, accablement, état typhique, troubles digestifs, constipation, éruption pétéchiale, taches rosées lenticulaires, vers la fin du premier septénaire), et la différenciation des deux maladies devient possible seulement par la prédominance des phénomènes de l'une ou de l'autre. Ainsi, dans la fièvre typhoïde, la fièvre a une marche ascensionnelle et elle n'acquiert pas, dès les premiers jours, une intensité extrême comme dans l'endocardite ulcéreuse ; de plus, la diarrhée près du début, un gargouillement plus franc dans la fosse iliaque, un ballonnement plus hâtif du ventre, les taches caractéristiques du septième au huitième jour et les rhonchus de la poitrine appartiennent au contraire à la fièvre typhoïde.

Dans l'endocardite, frissons intenses, vomissements alimentaires et surtout bilieux itératifs, de l'angoisse précordiale, des douleurs rhumatoïdes ou rhumatismales dans les membres, tels sont les phénomènes morbides qui peuvent mettre sur la voie dans les premiers temps. Plus tard, le diagnostic est plus facile, car chacune des deux maladies a ses symptômes propres.

En résumé, chez notre malade, les symptômes que nous avons décrits, en commençant, nous ont porté à diagnostiquer une endocardite ulcéreuse et à émettre par suite un pronostic très grave, car la guérison est un fait à peu près inouï. La règle est donc la mort, et la mort survenant dans un temps assez court, de deux à cinq ou six semaines le plus ordinairement.

Quant au traitement, il diffère bien peu, que l'on ait affaire à la fièvre typhoïde ou à l'endocardite, car c'est celui des indications, des symptômes, de telle sorte que s'il y a erreur de diagnostic, celle-ci ne saurait avoir de conséquences graves puisqu'il ne peut y avoir une erreur de traitement.

CLINIQUE DE RIO-DE-JANEIRO. — M. Fort.

Rétrécissement annulaire cicatriciel du rectum. Rectotomie. Guérison.

Mme A..., 32 ans, assure que sa maladie a commencé il y a huit ans. Un jour elle a envoyé prendre du sel anglais dans une pharmacie; on lui en a envoyé une dose trop forte qui l'a violemment purgée pendant plusieurs jours de suite. Il lui est resté du ténesme anal, de la douleur et de la diarrhée, phénomènes qui ont duré pendant plusieurs mois.

Rien, dans l'examen de la malade, dans ses antécédents et dans l'interrogatoire, n'autorise à penser que ce rétrécissement soit de nature syphilitique. L'explication qu'elle donne au début de sa maladie me paraît plausible.

Peu à peu il s'est formé, à 3 centimètres au-dessus de l'anus, un rétrécissement qui a été sans cesse en augmentant jusqu'à offrir seulement une lumière de 5 millimètres de diamètre environ. Une sonde n° 15 de la filière Charrière passe avec peine. L'orifice est central et le rétrécissement annulaire rappelle la disposition de la valvule pylorique vue du côté du duodénum. Les matières fécales sortent avec difficulté et à condition d'être ramollies par des purgatifs ou des lavements.

Un rétrécissement de si petite dimension et de date aussi ancienne ne pouvait exister sans provoquer l'inflammation du rectum en amont du point rétréci. Aussi la malade rendait-elle journellement une quantité de pus infect. Il n'y avait pas d'abcès formé en dehors du rectum, ni par conséquent de fistule.

La santé de la malade était visiblement altérée ; elle était devenue jaunâtre et extrêmement maigre.

Opération. — Le 17 août 1882, après avoir renoncé à la dilatation, je fais chloroformer la malade et je pratique la rectotomie linéaire en arrière et sur la ligne médiane, selon le procédé indiqué par M. Panas. Je me sers du couteau thermo-cautère et je divise peu à peu, au niveau de l'ouverture de l'anus, la muqueuse et une partie du sphincter. A mesure que la section s'opérait, je gagnais du terrain vers le rétrécissement que je voyais parfaitement grâce à l'écartement des lèvres de la plaie et des parois du rectum que maintenait mon aide, le docteur Ossian-Bonnet.

Arrivé sur le rétrécissement, je divise sa partie postérieure dans toute son étendue, en ayant bien soin de ne pas dépasser les parois rectales. J'étais disposé à faire la même section sur d'autres points, étant en général partisan des débridements multiples, mais quel n'est pas mon étonnement de voir ce rétrécissement dispa-

raître comme par enchantement; il m'a produit l'effet d'un anneau de caoutchouc tendu qui aurait été divisé sur un point. Le doigt entrait ensuite librement dans le rectum.

Lavage de la plaie à l'eau froide; la malade est reportée dans son lit.

Pansements avec une mèche de charpie imbibée d'eau phéniquée; lavages à l'eau phéniquée; écoulement par l'anus d'un liquide séro-purulent.

Le 21 août, la plaie est prise de gangrène moléculaire avec production d'une fausse membrane grisâtre, véritable *pourriture d'hôpital* qui augmente chaque jour du côté des fesses. A droite, elle gagne dans une étendue de 5 centimètres; à gauche, elle s'étend à 2 centimètres seulement. Je ne puis attribuer cette complication qu'à l'action irritante du liquide qui s'écoule du rectum. Ni le quinquina intus et extra, ni l'huile phéniquée, ni le jus de citron ne triomphent de cette complication. Enfin, je place une canule rectale assez mince enveloppée de lint borique, et j'introduis le tout dans le rectum après l'avoir imbibé d'huile phéniquée. Préalablement, je touche chaque fois la plaie rectale et son prolongement des deux côtés de la rainure inter-fessière avec un pinceau imbibé de perchlorure de fer liquide à 30° et mêlé à égales parties d'eau.

Pendant tout ce temps la malade n'a pas eu de fièvre, elle est bien nourrie. Jusqu'à ce jour 24 août, elle n'a pas eu de selles, que j'ai retardées au moyen de 0^{gr}05 d'extrait thébaïque pris chaque jour.

25 août. Attouchements au perchlorure de fer mélangé de moitié d'eau; douleurs vives. Je place un fragment de sonde rectale pour éviter le contact prolongé des liquides du rectum avec la plaie. Langue blanche, état fébrile léger, diminution de l'appétit.

Le contact du liquide n'est pas empêché, les plaies ne diminuent pas, mais la fièvre a disparu.

28 août. Je touche les plaies avec le nitrate d'argent. Je lave le rectum avec de l'eau contenant 1/20e de perchlorure de fer liquide. La matière purulente qui s'écoule du rectum est moins abondante.

Les jours suivants, les plaies s'améliorent et la malade se lève le 4 septembre.

Le 15 septembre, elle est entièrement guérie, mais par le toucher rectal, on arrive à 6 centimètres au-dessus de l'anus à un autre point rétréci, dû évidemment à la même cause et admettant l'extrémité de l'index. Le rectum ne fournit plus de pus.

Le 24 juillet 1883, la malade rend un peu de pus depuis quelques mois, pus ayant probablement sa source dans la partie supérieure, inaccessible du rectum. L'ancien rétrécissement est resté dilaté et l'anus est largement ouvert, de sorte que le doigt entre librement dans la cavité du rectum. La malade conserve parfaitement les matières fécales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 septembre 1883. — Présidence de M. Larrey.

COMMUNICATIONS.

M. **Béchamp** adresse une note ayant pour titre : *Sur les microzymas du tubercule pulmonaire.*

M. **Leudet** (de Rouen) fait une communication sur plusieurs faits d'intoxication par les vapeurs de charbon. Dans les deux premiers faits il a eu l'occasion d'observer un phénomène particulier sur lequel il appelle l'attention : c'est une période d'inconscience pendant laquelle le malade intoxiqué accomplit certains actes déraisonnables. En voici deux exemples :

Un jeune homme monte dans un grenier du charbon incandescent pour se chauffer. Il se produit un commencement d'incendie; ce jeune homme s'en aperçoit et court dans une chambre voisine, réveille son camarade et l'engage à se sauver; celui-ci se sauve et lui, au lieu de le suivre, rentre dans sa chambre et se couche tout habillé sur son lit, où on le trouve à demi asphyxié.

Dans le second fait, il s'agit d'un matelot qui avait également apporté du charbon incandescent dans une cabine où il couchait avec d'autres matelots. Sous l'influence de l'intoxication par les vapeurs de charbon, au lieu de se déshabiller complètement pour se coucher, comme il le faisait toujours, il n'ôta que la moitié de ses vêtements.

Enfin, dans le troisième fait, M. Leudet a observé, sous l'influence de la même intoxication, des phénomènes de paralysie périphérique momentanée.

M. **Ollier** fait une communication sur trois cas de néphrectomie. (Sera publiée.)

A quatre heures et demie la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 4 septembre, les docteurs en médecine ci-après désignés ont été nommés au grade de médecins aides-majors de deuxième classe (emplois vacants par organisation) :

MM. Lalanne, Capdeville, Ricard, Meinadier, Vilfroy, Gélis, Gergaud, Battesti, Vigen, Menier, Carles, Hallade, Baduel, Raymondaud, Lemonnier, Maydieu, Guertin, Wuillamier, Riu, Henryet-de-Launay, Lede, Sarda, Hyvernat, Depoorter, Ficatier, Le Bailly, Guérin, Durand, Vesselle, Mialaret, Gauch, Canteteau, Brun, Bompard, Goudot, Liébaut, Launay, Mettas, Gaillard, Mullois, Philipes, Debort, Anglade, Méricamp, Lamaraud, Potu, Cheyrou, Laurent, Austruy, Galliot.

— M. le docteur Dive est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XVIIIe arrondissement.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Cépières, vice-président du Conseil général du Lot, décédé à Cahors, le 10 septembre 1883.

— Les récompenses suivantes ont été décernées aux élèves de l'École de médecine et de pharmacie d'Alger, pour l'année scolaire 1882-1883.

Médecine. — Première année. Pas de prix; mention honorable : M. Wo-Lévan. — Deuxième année. Pas de prix; mention honorable : M. Chalençon. — Troisième année. Prix : M. Guérin. — Travaux pratiques (anatomie). Première année. Mention honorable : MM. Alfred et Léon Auzoulay, *ex æquo.* — Deuxième année. Prix : M. Goghre; mention honorable : M. Viller. — Troisième année. Mention honorable : MM. Combes et Renault, *ex æquo.*

Pharmacie. — Première année. Prix : M. Colozzi. — Travaux pratiques (chimie). Première année. Prix : MM. Colozzi et Paterne, *ex æquo*; mention honorable : M. Castelli. — Deuxième année. Première mention honorable : M. Malachowski; deuxième mention honorable : M. Boisse. — Histoire naturelle. Première année. Prix : M. Colozzi; mention honorable : M. Auster. — Deuxième année. Prix : M. Boisse; mention honorable : M. Court.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales; par Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine; Tome Ier (A — CHLOROFORME). — 1 vol. petit in-4° de 900 pages imprimé à deux colonnes avec 150 figures dans le texte. — Prix : 25 francs.

Le Dictionnaire de thérapeutique sera complet en 3 volumes; chaque volume est formé par 5 fascicules qui paraissent régulièrement de 4 en 4 mois.

Le cinquième fascicule qui complète le tome Ier vient de paraître. Petit in-4° de 190 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Nouveaux éléments de botanique pour les candidats au baccalauréat ès sciences et au baccalauréat de l'enseignement secondaire spécial et les élèves en médecine et en pharmacie, contenant l'organographie, l'anatomie, la morphologie, la physiologie, *la botanique rurale* (phanérogames et cryptogames) et des notions de géographie botanique et de botanique fossile, par Louis Crié, docteur ès sciences, pharmacien de 1re classe, professeur à la Faculté des sciences de Rennes. 1 fort volume in-18° de 1160 pages, avec 1332 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Traitement de la scoliose, par le docteur Baudry. In-8° avec 23 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des résultats éloignés des résections, des grandes articulations, par L. Baraban, chef des travaux d'anatomie pathologique, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. grand in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

De la glossite exfoliatrice marginée, par le docteur Lemonnier. In-8° avec figures et 2 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

La variole à l'île de la Réunion, origine, évolution, prophylaxie, par le docteur Mazaé-Azéma. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des effets comparés de divers traitements de la fièvre typhoïde, et de ceux produits en particulier par l'ergot de seigle de bonne qualité, par le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris. 1 vol. grand in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

Sur la péritonite aiguë généralisée compliquant les kystes de l'ovaire, par le docteur Hue. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De la bronchite fétide et de son traitement par l'hyposulfite de soude, par le docteur Levier. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Nouvelles leçons sur le strabisme, faites à l'Hôtel-Dieu, par le professeur Panas, recueillies par le docteur De Lapersonne. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Guide indispensable aux diabétiques : le diabétique albumineux; la rate du diabétique; leucocythémie; par le docteur Blanchet. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15021.

N° 106. — SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1883. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Typhus cardiaque, endocardite infectieuse et endocardite ulcérée. — Endocardite infectieuse, ulcéreuse, aortique. — Endocardite mitrale rhumatismale, végétante et perforante ou s'ulcérant. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Histoire de la morve et du farcin. — Un éthéromane. — VARIÉTÉS. La statistique du recrutement de l'armée considérée sous le rapport démographique. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Typhus cardiaque, endocardite infectieuse et endocardite ulcérée.

Il y a une dizaine d'années, dans une étude sur les affections ulcéreuses du cœur dans les maladies graves (endocardites ulcéreuses), à l'occasion d'une excellente thèse de M. Caubet sur ce sujet, nous résumions en quelques mots l'état actuel de la science sur ce point, en formulant avec notre confrère quelques propositions, savoir : qu'il y avait trois éléments à considérer dans ce qu'on avait décrit jusque-là sous le nom d'endocardite ulcéreuse, l'état général grave cachectique ou infectieux dont cette lésion n'est qu'une détermination locale, l'évolution de cette lésion elle-même et ses effets consécutifs sur les divers viscères par les infarctus qu'y produisent les détritus embolisés de l'endocarde. Les faits publiés depuis lors n'ont guère fait que confirmer la vérité de ces propositions fondées elles-mêmes sur la concordance des observations antérieures. (Nos lecteurs ont pu voir, dans le précédent numéro de la *Gazette*, un nouveau fait tout récent recueilli dans le service de M. Potain.)

A mesure que de nouveaux faits se produisent, nous voyons s'en détacher de plus en plus nettement l'idée dominante de la subordination de la lésion cardiaque en question à un état cachectique ou diathésique antécédent, idée qui ne se renferme pas seulement dans cet ordre de faits, mais qui tend de plus en plus à se généraliser et à s'étendre à la pathologie presque entière, sous cette formule hardie : Il n'y a pas de maladies locales, il n'y a que des maladies générales. Ce que l'on est convenu d'appeler des maladies locales n'est que l'expression, la détermination plus ou moins localisée d'un état morbide général.

C'est au service de cette idée générale, bien différente, on le voit, de celle qui a régné pendant si longtemps dans nos Écoles, que M. Landouzy met, depuis quelques années, son talent didactique, pendant la durée de sa suppléance à la clinique de la Charité. Il en avait fait l'application, dans l'une de ses premières conférences de la période actuelle de son exercice, à deux cas d'ictère (typhus hépatique), que nous avons rapportés dans le numéro du 6 septembre dernier.

Dans la dernière conférence à laquelle nous avons assisté, ce sont deux cas d'endocardite : l'une aortique, ulcéreuse, infectieuse ; l'autre, mitrale, rhumatismale, végétante et perforante, qui lui ont fourni l'occasion d'une nouvelle application et d'un nouveau développement de ce point de doctrine.

Voici la relation sommaire du premier de ces faits :

Endocardite infectieuse, ulcéreuse, aortique.

Céline D..., âgée de trente-deux ans, entre le 26 juillet dernier à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Anne, n° 16). Cette femme, autrefois couturière, aujourd'hui femme de ménage, a eu, dans l'espace de quelques années, huit fausses couches ; elle n'est d'ailleurs ni rhumatisante, ni alcoolisée ; elle affirme n'avoir jamais eu aucun trouble fonctionnel pouvant faire douter de son intégrité cardiaque. Le cœur était indemne. Le 20 juillet, cette femme est prise d'un malaise général, de douleurs dans les membres avec frissons ; le 25, il survient un gonflement douloureux au pied droit, de la fièvre (38°). C'est alors qu'elle se décide à entrer à l'hôpital. On ne constate, au moment de son entrée, que les phénomènes que nous venons d'indiquer ; l'auscultation ne révèle rien au cœur.

Le 28 juillet, tout semblait aller bien. Les premiers phénomènes avaient en partie disparu, lorsque tout à coup elle est de nouveau prise d'un très grand malaise et d'une fièvre très intense avec dyspnée. On examine la poitrine, où l'on ne constate que quelques râles indiquant une congestion pulmonaire, mais sans rapports d'intensité avec l'intensité de l'état fébrile. En examinant attentivement, matin et soir, on finit, au bout de quelques jours, par constater l'existence d'un double souffle diastolique et systolique à la base du cœur. A dater de ce moment, ce double bruit de souffle ne cessa de se faire entendre et la malade continua à présenter de l'hyperthermie avec une dyspnée intense, sans rapport avec le léger degré de congestion pulmonaire qui existe, dyspnée manifestement cardiaque ; facies pâle, présentant le caractère de l'asphyxie blanche. L'examen des urines révèle en outre la présence d'une assez notable proportion d'albumine. Aucun signe de péricardite d'ailleurs ; mais tous les signes d'une lésion endocardite suraiguë.

En présence de ces phénomènes, M. Landouzy, cherchant

à se rendre compte du caractère et de la marche de cette affection, n'hésita pas à y voir d'abord une maladie générale, *totius substantiæ*, très probablement liée à l'état de puerpéralité, sous l'influence duquel cette femme se trouvait être presque en permanence depuis longtemps ; on sait, en effet, quel rôle important on a attribué, dans ces derniers temps, à la puerpéralité sur les affections cardiaques et réciproquement; puis une détermination cardiaque, un typhus cardiaque, c'est-à-dire un état qui rappelait assez bien, par analogie, celui des deux malades de la salle des hommes, atteints de fièvre hépatique, auxquels nous faisions allusion tout à l'heure, et qu'il a qualifié du nom de typhus hépatique, parce que la détermination locale de la maladie générale dont ces deux malades étaient affectés s'était faite sur le foie.

Ici, en effet, une détermination soudaine s'est faite sur le cœur. Devant cette soudaineté de la manifestation des signes stéthoscopiques, M. Landouzy s'est demandé s'il n'avait pas affaire à une endocardite ulcéreuse.

La maladie ayant fait de rapides progrès, l'autopsie n'a pas tardé à justifier ce diagnostic et à donner l'explication de la série de phénomènes qui se sont développés sous les yeux des assistants à la clinique. Voici ce qu'elle a montré :

1° Une congestion des poumons, sans infarctus, sans traces de pseudo-membranes pleurales, sans broncho-pneumonie.

2° Le cœur, du poids de 430 grammes, présentait une légère dilatation du ventricule gauche. La valvule mitrale était suffisante et saine. L'orifice aortique présentait des bourgeonnements sur la valvule externe et sur la valvule postérieure. Aux confins du fond du panier on voyait une collerette de végétations fines, d'un rouge violacé, circonscrivant une perforation à travers laquelle on pouvait faire pénétrer un crayon de dimension moyenne. La troisième valvule sigmoïde était saine. Le reste du cœur était sain, si ce n'est que la fibre musculaire était flasque. Il s'était produit, en un mot, chez cette malade, une insuffisance aortique soudaine.

3° Un infarctus typique du rein droit.

Donc l'anatomie pathologique donnait raison ici au diagnostic formulé d'après l'auscultation, en montrant une double lésion de l'orifice aortique. Les végétations mi-cellulaires, mi-fibrineuses des valvules donnaient en même temps l'explication de l'infarctus rénal, — d'où l'albuminurie constatée pendant la vie.

Pour ce qui était des autres troubles fonctionnels, ils étaient dus plus peut-être à la maladie générale qu'aux lésions aortiques ; car, en somme, sauf l'infarctus rénal, on ne trouvait rien autre provenant du fait des végétations.

Quant à la maladie générale, qui aurait pu parvenir à la forme pyohémique, elle est restée typhique avec cardiopathie, comme chez les malades ictériques rappelés plus haut, la maladie était restée typhique avec déterminations hépatiques secondaires. C'est pour exprimer ce fait que M. Landouzy a qualifié ce cas de typhus cardiaque, dénomination qui, à ses yeux, a pour avantage de rappeler la maladie générale qui s'est installée avant la constitution du processus cardiaque. La caractéristique de l'affection est dans la cause : septicémie, infection.

Ici M. Landouzy établit une distinction entre les endocardites ulcéreuses d'origine septique ou infectieuse, dont on vient de voir un exemple, et les endocardites aiguës, s'ulcérant, c'est-à-dire donnant lieu, sous la double influence d'un processus inflammatoire suraigu et de conditions spéciales des sujets qui ne leur permettent pas d'organiser plastiquement les éléments embryonnaires nouveaux, à des ulcérations qui ne se présentent pas d'ailleurs avec la physionomie du typhus cardiaque. Tels sont, entre autres, les cas d'ulcérations survenant chez les rhumatisants.

Voici un exemple de ce dernier ordre, qui a été présenté par une malade du service de M. Peter.

Endocardite mitrale rhumatismale, végétante et perforante ou s'ulcérant.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans, L... (Marie), couchée au n° 13 de la salle Sainte-Madeleine. Cette jeune femme accouche. Quelques mois après, elle est prise d'un rhumatisme articulaire aigu. Quelque temps plus tard, elle a un nouvel accès de rhumatisme avec pleurésie et péricardite. C'est à la suite de cette deuxième atteinte qu'elle entre à l'hôpital de la Charité avec des douleurs articulaires et de la pleurésie. Survient une nouvelle péricardite qui disparaît. Enfin une nouvelle poussée rhumatismale se manifeste ; cette fois avec les signes d'une insuffisance mitrale, souffle nettement systolique à la pointe, en jet de vapeur, une hyperthermie avec des oscillations qui ne sont plus celles d'une fièvre rhumatismale, état général grave, qui fait prononcer le nom d'endocardite ulcéreuse.

La malade ayant succombé, voici ce que l'autopsie a montré : Endocardite mitrale végétante avec ulcération, infarctus de la rate et infarctus du rein gauche.

En somme, il s'agissait là d'une femme débilitée par la grossesse, éprouvée par deux attaques successives de rhumatisme polyarticulaire aigu grave, avec péricardite. Survient à la suite la localisation habituelle du rhumatisme sur la valvule mitrale ; l'endocardite rhumatismale s'ulcère, dit M. Landouzy, parce qu'elle n'est pas capable de pousser plus avant son processus inflammatoire ; c'est, suivant son expression, une endocardite mal conduite, sur un mauvais terrain. C'est un état qui est à l'endocarde ce que l'ictère grave est aux lésions hépatiques des personnes enceintes ou au foie des alcoolisés.

De même, dit M. Landouzy, qu'il y a des malades qui doivent à leurs constituants organiques, chimiques et dynamiques, de voir s'aggraver un ictère, de même il en est qui doivent à ces mêmes constituants de voir leurs processus anatomiques prendre une évolution et une issue toutes différentes de l'évolution et de l'issue ordinaires. C'est ainsi que les surmenés, les cachectiques, les alcoolisés, les femmes en état de puerpéralité feront de l'endocardite non septique primitivement, mais s'ulcérant comme ils font, dans d'autres conditions, de l'ictère aggravé.

Pour résumer sur ce point les idées exprimées à cette occasion par M. Landouzy, il y a un typhus cardiaque, maladie infectieuse, l'endocardite septique ou infectieuse de M. Jaccoud, comme il y a un typhus hépatique, un typhus cérébro-spinal, intestinal, maladie dont l'étiologie est une, l'infection, dont la marche, l'allure, l'évolution en un mot, est celle des maladies générales, *totius substantiæ*.

Il y a, à côté de ce typhus cardiaque ou endocardite primitivement septique ou infectieuse d'emblée, des endocardites pouvant s'ulcérer ; lesquelles sont au typhus cardiaque ce que les ictères pouvant s'aggraver sont au typhus hépatique.

A un moment donné, la symptomatologie du typhus

hépatique et des ictères aggravés, des typhus cardiaques et des endocardites ulcérées peuvent avoir plus d'un point de ressemblance. Mais il y aura toujours une différence qui consistera, pour le typhus cardiaque, dans l'élément étiologique; pour les endocardites ulcérées, dans le mode suraigu d'inflammation entée sur un mauvais terrain.

En d'autres termes, l'ulcération est affaire contingente et purement anatomique, les endocardites ulcérées sont affaire de degré, d'intensité d'inflammation et de terrain; tandis que le typhus cardiaque est tout entier dans son étiologie, l'infection.

Ces considérations cliniques, d'un très grand intérêt au point de vue étiologique et pathogénique, seraient incomplètes, si elles n'aboutissaient pas à des conclusions pratiques touchant le pronostic et la thérapeutique. Ces conclusions sont malheureusement peu satisfaisantes. Le pronostic pour le typhus cardiaque est fatal. Il est moins rigoureux, mais reste sévère, pour les endocardites ulcérées. Sans doute des produits embolisés peuvent jeter un élément grave dans la symptomatologie; mais tout peut s'arrêter à un moment donné.

La thérapeutique est nulle dans le typhus cardiaque. L'avenir est à la prophylaxie, quand on aura dégagé la cause.

Quant aux endocardites aggravées, s'ulcérant ou menaçant de s'ulcérer, elles présentent deux ordres d'indication qui ne trouveront peut-être pas la thérapeutique aussi désarmée : l'usage des révulsifs dans le but de diminuer l'intensité et l'acuité de l'endocardite; les reconstituants, pour modifier, autant que cela sera possible, le terrain même sur lequel évolue la lésion.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire de la morve et du farcin (1).

(Leçons recueillies par M. le docteur Octave GUILLIER.)

II

2° *Morve chronique*. — La morve chronique est l'expression la plus ordinaire de la diathèse morvo-farcineuse et constitue tantôt une maladie locale, tantôt, au contraire, générale, selon le degré auquel elle est parvenue, les organes atteints et la résistance plus ou moins grande de l'animal.

Si, dans l'étude du farcin chronique, nous nous sommes trouvés en présence de quatre phénomènes principaux, nous trouvons ici un trépied symptomatique non moins caractéristique : le *chancrage*, le *glandage* et le *jetage*.

Le chancre de la morve chronique est une ulcération provenant de pustules ou tubercules ramollis, ou bien encore de simples érosions épithéliales. Cette ulcération se voit plus spécialement sur la muqueuse pituitaire du cheval et sur la cloison nasale; tout d'abord on observe de petites élevures acuminées, l'épithélium se déchire et une petite plaie lenticulaire se forme, présentant des bords exubérants et taillés à pic. Cette plaie, dont le fond est comme velouté, gagne peu à peu du terrain et finit par prendre un développement important, surtout en profondeur; et alors, s'il existe sur la cloison plusieurs ulcérations du même genre, le tissu cartilagineux se nécrose, la perforation se produit.

La partie externe du nez, au bord des naseaux, se recouvre de croûtes jaunâtres qui n'ont rien de spécifique et au-dessous desquelles se trouvent des plaies fongueuses.

Dans d'autres cas, l'ulcération est précédée de véritables nodosités, bien étudiées par Dupuy, atteignant quelquefois le volume d'une olive mais ordinairement ne dépassant guère celui d'un grain de millet, et siégeant à l'angle interne des naseaux. Ce sont ces nodosités qui, en s'ulcérant, donnent naissance au chancre morveux.

Nous nous trouvons donc en présence de trois processus principaux aboutissant à l'ulcération : éruptions pustuleuses, nodosités tuberculeuses et érosions superficielles.

Que devons-nous penser maintenant de la réparation de ces plaies? On a dit que la morve pouvait guérir, car des cicatrices d'apparence fibreuse rayonnées ont été vues dans les cavités nasales du cheval. Cela est vrai; mais cette réparation est très incomplète. Aussi plusieurs vétérinaires de grand mérite ont dit que ces cicatrices n'en avaient que l'apparence et que la morve était irréparable; de ce nombre étaient Leizering, Gerlach, Zundel. Pour ma part, je me rattache à l'idée de H. Bouley, en disant qu'il existe véritablement des cicatrices, mais sur lesquelles le nodule morveux peut évoluer à nouveau.

A côté du chancrage, que nous venons d'étudier, nous trouvons une seconde manifestation de la morve chronique : je veux parler du *glandage*. Ce glandage est caractérisé par la tuméfaction indurée des ganglions lymphatiqnes, principalement de la région sous-glossienne (auge de cheval); et si, en passant la main sous la tête de l'animal, on sent un ganglion plus ou moins volumineux, immobile, adhérent aux parties profondes, indolore, on peut affirmer la morve sans même avoir vu les ulcérations. C'est donc un signe d'une très grande importance pour le diagnostic.

On a soutenu que cette glande ne suppurait jamais. Évidemment c'est aller trop loin, car on a vu des glandes s'ouvrir et laisser circuler ce même liquide huileux dont nous avons parlé en étudiant le farcin chronique.

Enfin le troisième phénomène symptomatique de la morve est le *jetage*, caractérisé par la sortie des narines du cheval d'un liquide particulier, offrant le signe le plus évident de la maladie. C'est de là qu'est venu le nom de morve, en France, tandis que les Anglais, considérant le glandage comme le meilleur signe, l'ont appelé *glanders*.

Les deux caractères principaux de ce jetage sont, d'une part, son abondance, et, d'autre part, sa continuité.

L'écoulement ne tarit jamais et se produit surtout dans les mouvements respiratoires. Tout le pus s'accumule en formant une nappe sur la moitié inférieure des narines et sur la lèvre supérieure; les naseaux en sont souillés.

Ce liquide présente une viscosité particulière; il est filant et verdâtre, quelquefois même mélangé de stries sanguinolentes. Son odeur n'est pas repoussante comme celle de l'ozène ou de la carie.

Quoique ce symptôme soit le plus frappant, il faut bien savoir que sa signification n'est pas aussi pathognomonique de la morve que le glandage, qui cependant est bien moins apparent. Et, cependant, toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'un jetage visqueux, mélangé de bulles d'air, sanguinolent ou de teinte verdâtre, tenez-vous sur une grande réserve. Une des particularités de ce jetage, c'est son unilatéralité qui constitue encore un signe d'une cer-

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 septembre 1883.

taine importance. Les anciens hippiatres avaient parfaitement remarqué sa fréquence du côté gauche et disaient même qu'on le trouvait toujours de ce côté. Sur 80 cas de morve, Dupuy n'a rencontré qu'une seule fois le jetage à droite. Youatt, en Angleterre, ne l'admet que dans la proportion de 75 p. 100 du côté gauche. Enfin Perciwall nous donne des chiffres tout opposés et déclare l'avoir vu 21 fois à gauche, 19 à droite et 18 par les deux narines. Quoi qu'il en soit, il est certain que le jetage à gauche est de beaucoup le plus fréquent.

Il faut savoir que le jetage présente des nuances et ne se présente pas de tous points semblable à ce que je viens de décrire. Parfois, c'est un écoulement aqueux, continu, il est vrai, mais constituant un simple filet descendant de l'angle interne de la narine et arrivant sur la lèvre supérieure du cheval; pendant quelques semaines, quelques mois même, la bête ne présente pas d'autres symptômes morbides que ce simple filet, qui cependant renferme toute la virulence de la morve.

Youatt rapporte l'histoire d'un cheval de fermier qui ne présentait que ce simple filet, et chez lequel il diagnostiqua la morve. Ce cheval fut vendu presque pour rien et acheté par un maréchal-ferrant qui le mit dans un relais de poste. Ce ne fut que neuf à dix mois après, dans cette écurie, que trois chevaux furent pris, l'un du farcin, les deux autres de la morve. Cependant ce cheval n'avait qu'un simple filet de jetage nasal. On trouve encore un autre jetage, poisseux, gluant et formant une simple croûte. Dans d'autres cas, le jetage est constitué par du sang presque pur, provenant du détachement d'une croûte. Enfin nous devons citer en dernier lieu la *morve sèche,* qui est d'autant plus dangereuse que le jetage n'est pas là pour nous avertir. La contagion n'en est pas moins active et c'est surtout dans ces cas que le glandage a une importance capitale.

Symptômes généraux de la morve chronique. — Les symptômes généraux ne sont pas pathognomoniques comme le trépied morvo-farcineux dont nous venons de parler; ils peuvent être très variés et cette variabilité tient à ce que l'organisme du cheval se fait à la morve de même que l'organisme humain se fait à la syphilis.

On disait autrefois que c'était le surmenage qui donnait la morve, principalement chez les chevaux employés aux malles-postes. L'animal, au début, mangeait mal, son appétit était capricieux, puis l'amaigrissement apparaissait, sa robe perdait son lustre. Enfin la marche devenait pénible, il fallait forcer le cheval à marcher, sans cela il se couchait; en même temps une polyurie très abondante se manifestait et les urines ressemblaient à de l'eau.

A cette période on constate que le pouls manque d'ampleur; la respiration est entrecoupée comme chez le cheval poussif; les poumons sont le siège de râle muqueux que l'on perçoit facilement à l'auscultation. Quant à la percussion, elle fait constater une sensibilité costale exagérée. Puis l'éruption apparaît et ici nous trouvons une analogie avec les fièvres éruptives chez l'homme : car, lorsque l'éruption s'est faite dans les narines, ou après l'apparition des cordes farcineuses, l'animal semble aller mieux, le regard s'anime, l'appétit est meilleur, on constate plus de vivacité et de gaîté. Mais cette amélioration est de courte durée; bien tôt les mouvements respiratoires s'accentuent, l'essoufflement augmente ainsi que les lésions pulmonaires et nasales, l'animal ne peut plus suffire à sa tâche quotidienne, il reste couché. A cette période la morve chronique devient farcineuse et souvent aiguë. La morve et le farcin se complètent, parce que, je l'ai souvent répété, c'est, en fin de compte, l'évolution de la même diathèse.

Dupuy a fortement insisté sur ce fait, que la morve peut rester très longtemps latente, alors qu'il existe des lésions graves et profondes : on la croit au début et déjà elle est incurable.

UN ÉTHÉROMANE

Par M. le docteur Sédan.

Les publications périodiques relatent de temps à autre des observations curieuses de morphomanie, d'alcoolisme; il est à prévoir que celle-ci prendra rang parmi les plus curieuses.

Le sujet était un jeune garçon de dix ans, lorsque je le vis pour la première fois. Il avait la figure pâle rosée des anémiques, avait un souffle au premier temps du cœur, et conservait néanmoins un état général extrêmement satisfaisant. D'une intelligence vive et brillante, laborieux et travaillant avec succès, puisqu'il était alors un des meilleurs élèves du lycée, il me confia qu'il avait *bu* de l'éther et que c'était là le secret de sa vigueur morale. Il raisonnait d'ailleurs comme un homme et se promettait de n'user de son moyen que dans les cas où son intelligence devrait fournir un effort. Depuis lors, il a consommé de l'éther de plus en plus, de 20 à 30, 50, 80, 100 grammes par jour, autant par nuit, en vapeur; ne buvant pas, ne mangeant pas, quittant son ivresse éthérée pour résoudre au tableau les plus difficiles questions des mathématiques supérieures.

Se levant la nuit pour frapper à la porte de tous les pharmaciens pour avoir de l'éther, volant ses parents pour s'en procurer, en vain a-t-il été présenté à mes deux éminents confrères, MM. les professeurs Nogués et Rippoll (de Toulouse), en vain toute surveillance a-t-elle été exercée, il a consommé en un jour 900 grammes d'éther, tant par la bouche que par les inhalations. Il est allé, m'a-t-on dit, jusqu'à 1 litre, je ne puis en douter. Toujours est-il que, pendant neuf ans, un garçon chétif et de constitution absolument faible, a pu journellement absorber des quantités d'éther variant entre 100 et 1,000 grammes, qu'il n'en a éprouvé aucun accident immédiat et que sa mort qui remonte à deux ans environ a été le résultat d'une insuffisance mitrale dès longtemps en voie d'évolution.

Ce fait n'a d'intérêt qu'au point de vue de l'exagération même des quantités absorbées; il convient d'ajouter que, pendant la dernière année, le malade a en outre employé l'éther et la morphine en injections sous-cutanées.

Je ne lui ai jamais vu de délire et j'ai épuisé pour le corriger tous les moyens, non seulement conseillés, mais imaginables.

VARIÉTÉS

La statistique du recrutement de l'armée considérée sous le rapport démographique (1).

Par M. le Dr G. Lagneau, membre de l'Académie de médecine.

La statistique du recrutement de l'armée fournit à l'homme d'État, au général, ainsi qu'au démographe, un important moyen d'apprécier le nombre et les aptitudes physiques des jeunes hommes, la valeur quantitative et qualitative de la population

(1) Extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale,* septembre 1883.

masculine adulte. S'il importe à une nation de connaître ses ressources alimentaires, agricoles, commerciales, industrielles, il ne lui importe pas moins de se connaître elle-même : γνῶθι σεαυτον. Cette connaissance d'elle-même devient d'autant plus nécessaire pour la France que, d'après le dernier dénombrement, notre population décroît dans 34 de nos 87 départements, bien qu'elle s'accroisse annuellement dans son ensemble de 41.4 sur 10,000 habitants (1), proportion presque double de celle de 22 sur 10,000 d'abord déduite de ce même dénombrement trop hâtivement publié (2).

La statistique du recrutement, ainsi que les dénombrements quinquennaux et les mouvements annuels de la population, peuvent devenir la base de la géographie démographique, de la géographie médicale, qui, en 1869, attirait l'attention du ministre de l'instruction publique (3). La statistique du recrutement peut concourir à l'enquête sur la situation de notre population; enquête qu'en 1876 demandait M. Léonce de Lavergne (4).

Quoique jusqu'à la loi du 27 juillet 1872, le recrutement ne portât que sur des catégories fort restreintes de jeunes gens, cette statistique, considérée dans son ensemble, a permis de connaître le nombre croissant ou décroissant des hommes valides dont la nation peut disposer, et d'apprécier l'influence que les guerres grandes et prolongées ont sur l'accroissement et le développement physique de la population. Cette statistique, considérée dans ses parties, a permis de constater que dans tels départements les habitants étaient grands et vigoureux, que dans tels cantons les jeunes gens étaient petits, infirmes, ne pouvaient suffire à fournir le contingent proportionnel.

Cette statistique du recrutement de l'armée est cependant loin d'être parfaite. A diverses reprises, des modifications ont été demandées. Depuis longtemps, MM. Hipp. Larrey et J. Bergeron ont insisté sur l'importance qu'il y aurait à ce que les documents statistiques relatifs au recrutement fussent recueillis par cantons (5). En effet, le département est une unité territoriale beaucoup trop étendue pour que tous les habitants puissent se trouver dans des conditions analogues. Dans un même département se trouvent de grandes villes, des manufactures où les habitants s'étiolent moins par la *mal'aria urbana* que par la vie trop sédentaire, des vallées alpestres où se montre le crétinisme, des régions marécageuses où règne l'endémie palustre, des bois, des plaines riches et fertiles, parfaitement salubres. Dans le même département se trouvent des éléments ethniques très différents, non seulement mêlés et croisés à divers degrés, mais parfois plus ou moins distincts. Dans le département du Nord, les habitants de certains arrondissements, de certains cantons sont d'origine flamande, alors que ceux des arrondissements ou cantons voisins sont d'origine wallonne. Pareillement, dans le département des Côtes-du-Nord, à côté de cantons peuplés de Bretons-Bretonnants, se trouvent d'autres cantons peuplés de Bretons-Gallots. Le canton, unité territoriale plus restreinte, permet de mieux reconnaître les conditions ethnographiques, topographiques, pathologiques des populations ; races et milieux y présentent moins de différences.

Toutefois deux objections peuvent être faites à la publication par cantons des documents statistiques relatifs au recrutement. D'abord, si l'on veut donner pour chaque canton les inscrits, les examinés, les admis, les ajournés, les exemptés pour les diverses infirmités, au lieu de former un fascicule, la statistique annuelle du recrutement deviendra un énorme volume, car la France comprend 2,868 cantons (1), tandis qu'actuellement, dans les comptes rendus du recrutement, chaque département n'est même pas divisé en ses arrondissements, mais seulement en deux ou trois subdivisions de la région militaire, dont ce département fait partie. Du rapprochement de semblables volumes annuels, il sera difficile de déduire des résultats un peu généraux.

Ensuite, si l'on publie les documents annuels par cantons au lieu de les publier par départements, ces documents porteront sur des nombres trop restreints, ainsi que me le faisait très justement observer M. Maurice Block. Or les documents statistiques n'ont de valeur que lorsqu'ils portent sur des collectivités nombreuses.

Pour tenir compte de cette dernière remarque et pour éviter des publications inutiles, on pourrait continuer à publier chaque année les documents par départements; mais, recueillant dans les préfectures les documents par cantons, ainsi que cela se fait déjà comme le remarque M. Hector Bertrand (2), on pourrait publier tous les dix ans ces documents cantonaux. Portant sur des nombres suffisamment élevés, ces documents publiés de dix en dix ans fourniraient pour toute la France d'utiles renseignements, analogues à ceux qu'avec peine ont rassemblés MM. Broca (3), Guibert, Guiche (4), Duché (5), Guelliot (6), Allaire, H. Bertraud, Costa, Peruy, Rueff, Mouillée, Pitou, Ruchon pour les départements du Pas-de-Calais, de la Somme, des Ardennes, des Côtes-du-Nord, du Finistère, du Morbihan, d'Indre-et-Loire, de l'Indre, du Cher, de l'Yonne, de la Moselle, de la Haute-Loire, de l'Aude, de la Corse, etc. (7).

Aussi, lorsque récemment, à plusieurs reprises, je fus chargé de faire des rapports sur des statistiques du recrutement recueillies par MM. Costa, Mouillée, Dardignac et Antony dans les départements du Nord, du Tarn-et-Garonne, de la Marne (8), ai-je proposé et obtenu de l'Académie de médecine qu'elle demandât au ministre de la guerre de vouloir bien, à l'avenir, charger le Conseil de santé des armées, de faire rassembler et coordonner par cantons tous les documents statistiques relatifs aux opérations du recrutement (9).

Les documents statistiques par départements devant être publiés chaque année, les documents statistiques par cantons ne devant l'être que tous les dix ans, quels devraient être ces documents?

Dans une population considérable comme celle de la France, la mortalité proportionnelle de zéro à vingt et un ans, le développement physique des jeunes gens varient beaucoup suivant les régions et les conditions sociales. Aussi, importe-t-il d'indiquer non seulement le nombre des jeunes hommes, et leurs professions, mais aussi le nombre des naissances masculines légitimes et illégitimes, vingt et un ans auparavant.

C'est en rapprochant le nombre des naissances masculines légitimes et illégitimes de 1832 à 1848, des nombres des jeunes gens survivant vingt et un ans après de 1853 à 1869, que Chenu et Ély ont montré qu'en France, de zéro à vingt et un ans, 100 enfants légitimes perdent de 33 à 34, décédés, alors que 100 enfants illé-

(1) Dénombrement de la population du 18 décembre 1881 : *Journal officiel*, 10 août 1882, p. 4414, etc.

(2) Dénombrement : *Revue générale d'administration.* — *Le Temps*, 31 mars 1882, p. 2, col. 3. — *La Liberté*, 16 août 1882, p. 1, col. 6.

(3) Voir Ély : *Gazette hebdomad. de méd.*, 5 février 1869, p. 95.

(4) Léonce de Lavergne : Le ralentissement de la population en France : *Journal de la Société de statistique de Paris*, octobre 1876, p. 253, etc.

(5) Bergeron, Larrey : Discussion sur le mouvement de la population : *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXII, p. 630 et 678, avril 1867.

(1) *Journal officiel*, 10 août 1882, p. 4414.

(2) H. Bertrand : De la géographie médicale et de la carte médicale de la France : *Recueil de mém. de méd. et chir. militaire*, t. XII, p. 185, 1869.

(3) Broca : Anthropologie de la Basse-Bretagne : *Mém. de la Soc. d'anthrop.*, t. III, p. 169, etc., décembre 1866.

(4) Guibert : *Ethnologie armoricaine*, Saint-Brieuc, 1868.

(5) Duché : Question de race appliquée au département de l'Yonne : Journal *la Constitution*, 17 novembre 1860.

(6) Guelliot : Topographie, statistique médicale de l'arrondissement de Vouziers, 1877.

(7) Voir la plupart de ces mémoires dans *Recueil de mém. de méd., chir. et pharm. militaires*, 3e série, t. VII, p. 130, 1862; t. XIV, p. 289, 1865; t. XVII, p. 193 et 467, 1866; t. XVIII, p. 81 et 273, 1867; t. XXII, p. 97, 1869, etc., etc.

(8) Dardignac : *Étude stat. et méd. du département du Tarn-et-Garonne*, Toulouse, 1881. — Les mémoires de MM. Mouillée, Costa, Antony sur les départements de Tarn-et-Garonne, du Nord, de la Marne sont encore manuscrits.

(9) *Bull. de l'Acad. de médecine* du 30 mai 1882.

gitimes en perdent 74, plus du double (1) ; triste conséquence de l'abandon et de la misère. Si telles sont pour la France, en général, ces mortalités proportionnelles, elles peuvent vraisemblablement se modifier. En tous cas, on pourrait apprécier les différences présentées par la mortalité de nos jeunes compatriotes dans les diverses régions urbaines ou rurales, industrielles ou agricoles. Récemment, M. Guiraud montrait combien à Montauban la mortalité était élevée dans le jeune âge (2).

Indiquer les professions des jeunes gens composant le contingent de l'armée active et de ceux renvoyés dans le service auxiliaire, ainsi que le font les comptes rendus (3), est incontestablement très utile pour pouvoir répartir les hommes selon leurs aptitudes professionnelles dans tel ou tel corps, dans telle ou telle compagnie de dépôt; mais il ne serait pas moins utile d'indiquer pour chaque canton le nombre des jeunes gens exerçant telle ou telle profession, et de mettre en regard les nombres des jeunes gens admis au service actif, renvoyés au service auxiliaire, ajournés ou exemptés. Bien que certains métiers, exigeant un déploiement peu considérable de forces, comme les métiers de tailleur, de cordonnier, de tisserand, de fileur, etc., semblent souvent choisis de préférence par les individus de constitution délicate, ces métiers paraissent peu favorables au développement physique, et par suite semblent retarder l'accroissement de la stature et porter atteinte à la conformation normale. Il importe donc de reconnaître les relations existant entre certaines professions, et certaines infirmités, faiblesses de constitution ou insuffisance de développement. Non seulement la croissance est plus ou moins rapide selon nos races, ainsi que l'a fait remarquer M. Champouillon (4), mais elle semble retardée par certaines conditions de misère physiologique, qui dépend parfois d'une alimentation insuffisante, souvent aussi d'occupations trop sédentaires dans une atmosphère confinée ou humide, peu propre à favoriser l'hématose et l'assimilation. Rappelant les recherches statistiques de Quételet, de MM. Ducpétiaux, Cowel, Bowditch, Pagliani (5), sur de jeunes individus, soit riches, aisés, soit pauvres, employés dans des fabriques ou détenus dans des pénitenciers, M. Dally a fait voir qu'à chaque âge, de neuf à dix-neuf ans, ils peuvent présenter une différence de taille de 8 à 14 centimètres suivant qu'ils se trouvent dans de bonnes ou mauvaises conditions de milieu (6), bien que la taille finale, définitive, dépende principalement de la race ainsi que l'ont montré Boudin (7) et Broca (8).

Dans les comptes rendus du recrutement, non seulement on devrait indiquer les individus reconnus aptes au service, et ceux renvoyés au service auxiliaire, ajournés pour la première ou deuxième fois pour développement insuffisant ou exemptés pour diverses infirmités, mais on devrait aussi indiquer toutes les infirmités, pouvant motiver le renvoi dans le service auxiliaire, l'ajournement ou l'exemption, le même homme pouvant présenter plusieurs motifs de renvoi, d'ajournement ou d'exemption. On apprécierait ainsi plus exactement la répartition proportionnelle de telle ou telle infirmité, et l'on pourrait mieux se rendre compte des prédispositions ethniques, des conditions topographiques, hygiéniques et professionnelles paraissant les déterminer.

(1) Chenu : *Recrutement de l'armée et population de la France*, p. 55-57, 1867. — Ély : Recrutement : *Diction. encycl. des sciences méd.*, p. 642.

(2) Guiraud : *Étude de statistique démographique; des mouvements de population à Montauban*. Paris, 1881. Extrait des *Annales de démographie internationale*.

(3) *Comptes rendus sur le Recrutement*, tableau R et R'.

(4) Champouillon : Étude sur le développement de la taille et de la constitution dans la population et dans l'armée en France : *Recueil de mém. de méd., chir. et pharm. militaires*, 3e série, t. XXII, p. 249 et 262, 1869.

(5) Pagliani : *Sopra alcuni fattori dello sviluppo umano*, Turin, 1867. — Études anthropométriques : *Démographie italienne*, Rome, 1878.

(6) Dally : Croissance : *Dict. encycl. des sciences méd.*, p. 380-381.

(7) Boudin : De l'accroissement de la taille en France : *Mém. de la Soc. d'Anthropologie*, t. II, p. 233.

(8) Broca : Rec. sur l'Ethnologie de la France : *Mém. de la Soc. d'Anthropologie*, t. I, 54, 1859.

La célérité avec laquelle se fait l'examen des jeunes gens explique parfaitement que l'on ne cherche pas à déterminer tous les motifs de renvoi, d'ajournement ou d'exemption qu'ils peuvent présenter. On se contente de noter le premier motif qui paraît suffisant. Aussi, comme l'a très bien établi M. Arth. Chervin, on est mal renseigné sur la proportion réelle des infirmités (1), sur l'état sanitaire des jeunes gens. Si le personnel chargé de l'examen des jeunes hommes était plus nombreux, une notation plus complète serait facile. D'ailleurs, ainsi que le rappelle M. Morache (2), l'instruction ministérielle du 28 avril 1871 prescrit d'attacher deux ou plusieurs médecins aux conseils de revision, lorsqu'ils opèrent dans des cantons populeux.

La taille des jeunes hommes devrait être indiquée, qu'ils soient aptes aux services actif et auxiliaire, qu'ils soient exemptés pour infirmités ou causes légales. M. Lelut n'a pu déterminer qu'approximativement la taille moyenne de l'homme en France (3), et Broca a montré combien était incomplète, et par suite imparfaite et variable l'appréciation de la taille de nos populations (4). Cependant des documents statistiques plus complets, relatifs à la taille, permettraient non seulement de mieux connaître la répartition sur notre sol des individus de races grandes ou petites, mais aussi de mieux apprécier l'influence des bonnes ou mauvaises conditions de milieu, topographiques ou professionnelles sur le développement physique plus ou moins parfait, plus ou moins rapide.

Depuis longtemps, la vigueur, la force de résistance des hommes ont paru être en rapport avec le développement des organes respiratoires, avec l'amplitude du thorax. Aussi, MM. Vallin (5), Allaire (6), Désiré Bernard (7), Chassagne (8), ont-ils montré l'importance qu'il y avait à tenir compte du périmètre thoracique proportionnellement à la taille. M. le professeur Arnould, en particulier, a fait voir que parfois les jeunes gens de l'école de Saint-Cyr sont loin de présenter un périmètre thoracique suffisant (9), fâcheuse conséquence de l'insuffisance des exercices physiques en usage dans nos lycées d'où sortent ces jeunes militaires. L'instruction ministérielle du 3 avril 1873 recommande aux médecins de refuser tout individu dont le périmètre thoracique n'atteint pas 784 millimètres. Pourquoi donc, en regard de la taille, n'indiquerait-on pas le périmètre thoracique de chaque homme? Proportionnellement plus développé chez les individus de race petite que chez ceux de race grande, il deviendrait un caractère ethnique différentiel et fournirait une importante donnée pour la répartition des jeunes recrues dans des corps de troupes où l'agilité et la force de résistance sont plus ou moins nécessaires.

(1) Arth. Chervin : Essai de géographie médicale de la France : *Association pour l'avancement des sciences*, session de Paris, 1878, p. 794, etc. — *Annales de démographie internationale*, p. 9-83, 4e année, 1880.

(2) Morache : Militaire (hygiène) : *Dict. encycl. des sciences méd.*, p. 719 du t. III de la 2e série.

(3) Lelut : Essai d'une détermination ethnologique de la taille moyenne de l'homme en France : *Annales d'hygiène publique et de méd. légale*, t. XXXI, p. 296-316, 1844.

(4) Broca : Sur quelques questions relatives au recrutement de l'armée et à l'appréciation de la taille des populations : *Mémoires d'anthropologie*, t. I, p. 435, etc., 1871. — Recherches sur l'ethnologie de la Bretagne : *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, t. V, p. 146-156, 1864.

(5) Vallin : De la mensuration du thorax et du poids du corps des Français de vingt et un ans : *Recueil de mém. de méd. et de chir. militaires*, 3e série, XXXII, p. 401 et 569, 1876.

(6) Allaire : Étude sur la taille et le poids de l'homme dans le régiment des chasseurs à cheval de la garde : *Recueil de mém. de méd. et de chir. militaires*, t. X, p. 161, 1863.

(7) Désiré Bernard : Étude sur la taille et le poids du soldat français : *Recueil de mém. de méd., chir. et pharm. militaires*, t. XX, p. 371, 1868.

(8) Chassagne : De l'influence précise de la gymnastique sur le développement de la poitrine, des muscles et de la force de l'homme : *Société de méd. publique*, 27 avril 1881.

(9) Arnould : Considérations sur le degré d'aptitude physique du recrutement de l'École spéciale militaire : *Recueil de mém. de méd. et de chir. militaires*, 3e série, t. XXXI, p. 1, etc., 1875.

« Il serait temps, dit M. le professeur Morache, que l'on cherchât à utiliser en France les opérations du recrutement pour l'appréciation d'une foule de questions ethnologiques, qui ne se peuvent trancher que par l'examen d'un grand nombre de cas particuliers. Il suffirait pour cela de préparer pour chaque individu une fiche portant un certain nombre de questions d'après un modèle rigoureusement uniforme (1). »

Dans le département des Côtes-du-Nord, MM. Guibert et Guiche ont ainsi mesuré l'indice céphalique et noté la coloration des yeux et des cheveux des jeunes conscrits (2).

Plus désireux que nous de connaître les caractères anthropologiques de leurs compatriotes, les Allemands, les Belges, les Américains, se sont livrés à de vastes et intéressantes enquêtes. En Allemagne, la coloration des yeux et des cheveux notée sur 5,619,728 écoliers, — à un âge, il est vrai, où cette coloration est loin d'être définitive dans certaines de nos races d'Europe, — a néanmoins fourni à M. le professeur Virchow et à M. de Hœlder de curieuses indications sur la répartition des éléments ethniques dans ce vaste pays (3).

En Belgique, pareilles notations recueillies sur 608,698 enfants ont permis à M. Léon Vanderkindere de constater les rapports existant entre la répartition territoriale de ces caractères anthropologiques et celle des langues flamande et wallonne (4).

En Amérique, M. Benjamin Apthorp Gould (5) non seulement a donné la taille de 1,232,256 soldats des États-Unis, mais a également indiqué la coloration des yeux et des cheveux de plus de 668,000 hommes, tout en relatant d'autres indications et mensurations recueillies, au moyen de fiches individuelles fort détaillées, sur plus de 8,000 individus, par MM. Buckley, Risler et Fairchild.

A la suite des tableaux statistiques décennaux par cantons, relatifs aux nombres proportionnels des jeunes hommes légitimes ou illégitimes arrivés à vingt et un ans, de ceux admis dans le service actif, de ceux renvoyés dans le service auxiliaire, de ceux ajournés et de ceux exemptés, à la suite du tableau indiquant les tailles, les caractères anthropologiques, les infirmités de ces jeunes gens, il importerait que l'on consignât les remarques des médecins militaires signalant les rapports paraissant exister entre les caractères physiques et les origines ethniques, entre les infirmités et les conditions topographiques, hygiéniques ou professionnelles.

Enfin, il importerait que les principales statistiques fussent accompagnées de cartes qui, pour donner le plus exactement possible l'expression graphique de ces documents statistiques, qu'ils soient ou non sous la dépendance des races ou des climats, des conditions topographiques, bromatologiques, professionnelles ou de toutes autres conditions de milieu, devraient représenter les différences existant entre les cantons par des teintes nombreuses régulièrement graduées depuis le blond jusqu'au noir absolu, chaque teinte plus ou moins foncée étant proportionnelle à l'intensité plus ou moins grande du fait ou du phénomène observé.

(1) Morache : Militaire (hygiène) : *Dict. encycl. des sciences méd.*, 3e série, t. VII, p. 736.

(2) Guibert : Ethnologie armoricaine, 1868.

(3) Virchow, de Hœlder : VIIe Congrès des anthropologistes allemands, à Iéna, août 1878 : *Revue d'anthrop.*, t. VI, p. 338-340, 1877.

(4) Vanderkindere : Nouvelles recherches sur l'ethnologie de la Belgique ; enquête anthropologique sur la couleur des yeux et des cheveux. Ext. dans la *Revue d'anthrop.*, 2e série, t. V, p. 532, etc., 1882.

(5) Gould : Investigations in the military and anthropological statistics of american Soldiers. New-York, 1869, p. 90, 188, 196, 232, etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Socquet, ancien médecin des hôpitaux de Lyon, ancien professeur à l'École de médecine. Ses obsèques ont eu lieu mercredi 12 septembre, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15027.

N° 107. — MARDI 17 SEPTEMBRE 1883. 56e ANNÉE. MARDI 17 SEPTEMBRE 1883. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	6 mois : **16 fr.**	1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE	3 mois : **10 fr.** ».	6 mois : **18 fr.**	1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **VINGT** centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. La paralysie générale des aliénés. — HÔPITAL NECKER. I. Blessure de la cornée, staphylôme. — II. Bec-de-lièvre unilatéral opéré une première fois à quatre mois. — III. Fracture de jambe, résection d'une saillie osseuse. — Extraction d'un pot de pommade introduit dans le rectum. — Tuberculose; bruit de tempête; fistule ombilicale. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La paralysie générale des aliénés (1).

IV

DEUXIÈME PÉRIODE. — *Période initiale.* — Les problèmes que soulève l'étude de la période initiale sont à peu près du même ordre que ceux dont nous venons de nous occuper, à l'occasion de la phase précédente. Toutefois ils se présentent dans des conditions différentes. Les éléments du diagnostic sont ici plus nombreux et plus décisifs. Les symptômes typiques viennent de faire leur apparition : déjà le paralysé général est un délirant.

On peut admettre logiquement avec J. Falret les modes de début de la maladie : 1° par des accidents congestifs; 2° par des troubles paralytiques; 3° par du délire hypocondriaque; 4° par du délire expansif. Mais quel que soit celui de ces modes auquel on ait affaire, il n'y a plus place pour la méprise, les troubles sont caractéristiques et ils vont se multiplier et s'accuser assez promptement pour qu'il n'y ait plus d'hésitation possible.

Dans la *variété congestive,* le début est marqué par une attaque vertigineuse ou apoplectiforme, qui tantôt sera unique, tantôt se reproduira plusieurs fois. Que les prodromes aient été saillants ou effacés, tout à coup le malade perd connaissance; il revient à lui et se remet plus ou moins promptement, mais bientôt les troubles du mouvement, ceux de la parole s'accusent avec assez de netteté pour dissiper toute illusion.

Dans la forme *paralytique,* c'est le tremblement de la langue ou des membres, l'ataxie du langage, la faiblesse musculaire, qui marque le début; simultanément ou consécutivement, on constate que l'intelligence faiblit, que la mémoire devient infidèle; bientôt le délire fait son apparition. Ce délire, tantôt mélancolique, tantôt expansif, vous l'avez vu, peut préluder à tous les autres symptômes et l'on a alors affaire à la troisième et quatrième variétés de début admises par J. Falret. Mais que ce soit tel ou tel autre groupe de symptômes qui ouvrent la marche, tous se succèdent et s'entremêlent assez vite en général pour que toute indécision dans le diagnostic disparaisse. La frontière qui séparait les simples défectuosités du caractère, la mobilité de l'humeur, la bizarrerie des goûts et des penchants, des manifestations nettement pathologiques, a été franchie. Vous avez affaire à un malade. Personne n'hésite plus à le reconnaître.

Observez en effet le paralysé général dans ses allures, dans ses actes ou ses écrits : tout chez lui dénote un aliéné. Cet *ambitieux,* dont je vous ai déjà dit quelques mots, enfante mille projets singuliers; rêve d'entreprises absurdes, de voyages lointains et irréalisables, de bénéfices imaginaires. Il a fait des découvertes importantes; en avise par lettre le chef de l'État, les ministres; expose dans d'interminables suppliques ses projets de réforme et de rénovation sociale. Il est riche, illustre et puissant; il se dit tour à tour musicien et poète, statuaire, homme politique, orateur; il se voit empereur, roi, évêque ou pape; il commande, donne des ordres, signe des décrets. Les mesures dont il se fait l'initiateur vont bouleverser la surface de la terre, répandre le bonheur parmi les hommes, et amener le retour de l'âge d'or. Ces prétentions grotesques s'affichent dans la conversation ou par écrit, et les lettres innombrables qu'écrit ce malheureux délirant sont signés de noms pompeux, qui témoignent de l'étrange aberration de son esprit : général ***; Jean, archevêque de Paris; comte de Montmorency; maréchal de Saxe; duc d'Orléans; prince de Bourbon; Alexandre le Grand; Jules César; Louis, roi de France et de Navarre; *** régent de France; *** roi de la terre; Napoléon, empereur de l'univers; Jésus-Christ, sauveur des hommes et souverain suprême. Celui-ci écrit aux notaires et aux agents de change; se porte acquéreur dans des ventes importantes; ou cherche à accaparer les valeurs à la Bourse; un autre se pose en réformateur ou en apôtre, formule des dogmes, institue des religions nouvelles.

Ou bien, au contraire, s'il appartient à la variété mélancolique, le malade est dominé par une tristesse que rien ne peut dissiper : il éprouve des souffrances imaginaires; est affligé d'infirmités fictives; il se sent malheureux, gémit sur son sort, se croit déshonoré, voué à la cour d'assises, au bagne ou à l'échafaud.

Le délire est patent, la maladie n'est plus douteuse, et, en pareille occurrence, vous aurez à intervenir, moins pour démontrer l'aliénation qui saute aux yeux que pour pres-

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 septembre 1883.

crire les mesures que commande l'intérêt à la fois du malade et de la famille.

Il est cependant une cause d'erreur de diagnostic qui pourra se présenter, très exceptionnellement à la vérité, et que je dois vous faire connaître. Je fais allusion à la simulation. Certains criminels, pour se procurer le bénéfice d'un acquittement, peuvent feindre les symptômes de la paralysie générale. Le cas suivant est à cet égard fort instructif : en 1849, un pâtre du village de Megelensheim commit un attentat à la pudeur sur une petite fille de sept ans et assassina ensuite sa victime. Lorsqu'il fut arrêté, il avoua franchement les deux crimes, en disant : « J'ai été poussé par le diable. » Le lendemain, devant le juge d'instruction, le prévenu, dont on connaissait la vivacité ordinaire et la rare intelligence, put à peine se tenir debout, fut pris de tremblement, ne proféra que quelques paroles incohérentes, bégaya, manqua de mémoire et ne reconnut personne, pas même sa mère. Les médecins experts conclurent à la simulation. A l'audience de la cour d'assises, l'accusé promena ses regards stupéfaits sur toutes les parties de la salle, puis il s'endormit. Le jury le reconnut coupable, mais en admettant toutes les circonstances atténuantes possibles et la peine de trois ans de détention fut prononcée. Réintégré dans sa cellule, le pâtre de Megelensheim ne put contenir sa joie d'avoir échappé à une condamnation à mort, et déclara qu'il avait toujours été bien portant. Cet homme avait simulé une paralysie générale sans délire.

Il suffit d'être prévenu de la possibilité de la simulation pour la déjouer facilement, si elle venait à se produire. En général, en effet, l'imitateur connaît trop mal les éléments de son rôle pour pouvoir longtemps donner le change. Outre qu'il lui est difficile d'imiter avec quelque exactitude les troubles somatiques dont il ignore généralement les caractères exacts, son prétendu délire a toujours l'aspect d'un délire artificiel. Chez le vrai malade, il y a d'habitude une remarquable mobilité dans les conceptions délirantes : tel qui se dit aujourd'hui musicien ou poète, se prétendra demain homme politique ou général. Le simulateur, au contraire, est roi aujourd'hui et sera roi demain. L'un a l'imprévu du délire, l'autre la persévérance de la fourberie.

La paralysie générale une fois reconnue et nettement établie, vous aurez souvent à intervenir soit que vous soyez consulté au sujet des mesures que la famille se propose de prendre à l'égard du malade, soit que vous ayez à juger de l'opportunité d'une demande en interdiction, ou que vous ayez à formuler une appréciation sur le degré de liberté morale et de responsabilité dont jouissait le malade à l'époque où il s'est rendu coupable d'un délit ou d'un crime, d'un détournement de fonds ou d'un vol.

L'isolement dans un établissement public ou privé est la première des mesures que vous aurez à conseiller, lorsque vous serez consulté sur la conduite à tenir à l'égard d'un malade atteint de paralysie générale. La séquestration dans un asile simplifie en effet la situation et sauvegarde tous les intérêts. N'oubliez pas en effet que tout retard, en face d'éventualités pathologiques menaçantes, peut déterminer de l'aggravation morbide, donner lieu à d'humiliantes mystifications pour les familles, susciter des évènements irréparables et permettre qu'en un clin d'œil le malade se dépouille et dépouille les siens. D'ailleurs, qu'un scandale se produise, l'administration interviendra pour ordonner l'internement, et il est toujours préférable pour les parents de s'y résoudre spontanément et de leur propre initiative que forcés et contraints. A la vérité, dans des cas exceptionnels, lorsque la famille du malade jouit d'une haute situation de fortune, une pareille mesure peut être évitée. J'ai été à même de constater à cet égard de touchants sacrifices et des dévouements sublimes. J'ai vu des familles convertir une propriété, une villa ou un château, en maison de santé, laisser le malade libre dans son salon, son jardin ou son parc, le surveiller jour et nuit et exécuter scrupuleusement toutes les prescriptions médicales. J'ai vu des femmes entourer leur époux aliéné d'une sollicitude très touchante, et par des soins assidus arriver même à prolonger l'existence de malheureux paralytiques.

Mais il faut, d'autre part, que vous sachiez bien que d'affligeants abus peuvent être commis, et que la séquestration a eu lieu trop souvent dans des conditions fâcheuses, qu'il est pénible de rappeler. Avant la loi de 1838, on a eu maintes fois à déplorer d'odieuses séquestrations *à domicile;* le *Moniteur universel* en a enregistré plus d'un exemple regrettable. Je ne m'y arrêterai pas. Mais je dois vous rappeler que le paralysé général peut être de la part de parents dénaturés l'objet d'une révoltante exploitation. On profite de son état de débilité mentale pour lui extorquer une signature, lui arracher un consentement, obtenir des donations illicites; et si l'entrée dans un asile a lieu, on réalise sur le prix de la pension toutes les économies possibles, et on se livre vis-à-vis du malade à une lésinerie coupable. Pour remédier à ces abus, je pense, comme je l'ai écrit, il y a déjà près de vingt ans, qu'il serait désirable que les tribunaux pussent fixer la somme nécessaire aux besoins de l'aliéné. Cette somme serait nécessairement en rapport avec sa situation de fortune.

Une question médico-légale importante que soulève l'étude de la phase initiale de la paralysie générale est celle relative à l'opportunité de l'*interdiction*. Elle a été résolue de différentes façons par les auteurs. A. Voisin, par exemple, dans le récent ouvrage sur la paralysie générale qu'il a publié, n'hésite pas à conseiller l'interdiction chaque fois que la réalité de la maladie est nettement établie. Je pense, au contraire, qu'on doit se borner, dans bien des cas, à demander la dation d'un conseil judiciaire. Je vous demande la permission de développer brièvement les raisons sur lesquelles je fonde cette opinion.

Je dois tout d'abord vous indiquer quelle est la situation légale du dément paralytique, le jour où il est interné dans un établissement spécial. S'il est placé dans un asile public, il lui est institué d'office un *administrateur provisoire*, qui procède au recouvrement des sommes dues, solde les dettes, passe des baux dont la durée ne peut excéder trois ans, etc. Par le seul fait de son entrée dans un asile privé, le malade n'est pas pourvu d'un administrateur provisoire, et c'est seulement sur la demande de la famille ou à la requête du procureur de la République que le tribunal désigne quelqu'un qui en remplisse les fonctions. Il y a, dans cette disposition de la loi de 1838, une anomalie : les malades traités dans les maisons privées sont toujours des gens riches, qui ont bien plus besoin de quelqu'un pour gérer leurs affaires, que les pauvres séquestrés dans les asiles publics.

L'administrateur provisoire a des pouvoirs limités, et, lorsqu'il soutient des intérêts un peu compliqués, il est souvent tenu en échec. S'il s'agit par exemple de plaider au nom du malade, il prévient le tribunal qui désigne dans ce cas un mandataire spécial. S'il s'agit de représenter ce

même malade dans des inventaires, comptes, partages ou liquidations, le tribunal commet encore un mandataire et c'est le plus souvent un notaire, bien que, dans les deux cas qui précèdent, l'administrateur provisoire puisse être désigné comme mandataire. Le législateur n'a pas seulement voulu veiller sur la fortune, mais encore sur la personne de *l'incapable*. Aussi le tribunal peut-il nommer en chambre du conseil et par jugement non susceptible d'appel, en outre de l'administrateur provisoire, un *curateur à la personne*, dont la mission consiste à voir le malade, à s'assurer de son état et à le rendre à la liberté dès que sa guérison est obtenue.

Vous le voyez, les garanties ne font pas défaut; mais la mission de l'administrateur provisoire est seulement temporaire, et le jour où il est établi que l'aliéné est incurable, alors se pose la question de la dation d'un *conseil judiciaire* ou celle de *l'interdiction*. Vous savez la différence qu'il y a entre ces deux mesures : tandis que l'interdit est dépouillé de toutes ses prérogatives et de tous ses droits, et devient une sorte de mineur en tutelle, l'homme pourvu d'un conseil judiciaire jouit encore de quelques-unes de ces prérogatives; s'il ne peut aliéner seul ses propriétés, déplacer ses fonds, contracter des engagements majeurs, il conserve encore la jouissance de sa fortune, la libre disposition de ses revenus, sinon de son capital : c'est un mineur émancipé.

Or quel parti devrez-vous conseiller si vous êtes consulté? devrez-vous pencher vers le conseil judiciaire ou vers l'interdiction? D'après A. Voisin (1), l'interdiction doit être prononcée du jour où la paralysie générale est confirmée; car toujours, dit-il, dans la paralysie générale quelle que soit sa forme, qu'elle soit ou non accompagnée de délire, il y a un fond de débilité intellectuelle, un trouble portant à la fois sur les facultés intellectuelles et morales.

Je ne nie pas le fait pathologique, et je crois cependant qu'il est prudent d'attendre pour prononcer l'interdiction que des raisons impérieuses soient intervenues. Oui, sans doute, si l'on suspecte la capacité ou la probité de la personne qui administre les biens, si l'on a des craintes sérieuses de captation, si surtout il devient indispensable d'aliéner, de vendre, d'hypothéquer, d'emprunter, d'accepter ou de répudier une succession, de doter ou d'établir un enfant et qu'en même temps le diagnostic de l'affection soit positif, indiscutable, on fera bien d'interdire le malade.

Mais, ne l'oubliez pas, l'interdiction est une mesure très grave. Par la solennité de sa procédure, par son éclatante publicité, elle frappe le malade d'excommunication civile, blesse l'amour-propre des familles et entache un peu les chances d'avenir des enfants. Aussi bien ne doit-on l'appliquer que lorsqu'il s'agit de parer à des éventualités pressantes. Songez aux conséquences fâcheuses que pourrait avoir une semblable mesure, pour le cas où une erreur de diagnostic aurait été commise et où le malade reviendrait à la santé! Renaudin a connu un homme recommandable qui, à la suite de travaux intellectuels, se mit à délirer. Un médecin, peu familiarisé avec la connaissance des maladies mentales, crut reconnaître une paralysie générale et décréta l'incurabilité. Le malade fut interdit et placé ensuite dans un asile d'aliénés. Quelques mois après, la guérison était complète; mais quel ne fut pas le chagrin de cet homme, lorsqu'il vit, en rentrant chez lui, que son tuteur avait vendu sa bibliothèque et les riches collections qu'il avait amassées avec tant de persévérance pendant toute sa vie!

Il faut savoir aussi que les revenus de l'interdit, livrés parfois à la rapacité d'une famille avide, peuvent être thésaurisés ou dilapidés. De Castelnau et Brierre de Boismont ont rapporté à cet égard des faits tellement scandaleux, qu'il est regrettable que le jugement d'interdiction ne statue pas sur l'emploi de la fortune.

Vous le voyez donc, l'interdiction peut entraîner à sa suite des conséquences regrettables; aussi ne devrez-vous pas la conseiller à la légère. N'hésitez pas à temporiser si les circonstances n'obligent pas à recourir aux mesures extrêmes; vous pourriez regretter de vous être trop hâtés.

Il est une dernière question que je dois agiter, celle de la responsabilité. Voici un paralysé général à la phase initiale de son affection; en butte à l'une de ces impulsions maladives que je vous ai signalées, il se livre sur la voie publique à des actes obscènes, commet des détournements, vole ou même se rend coupable d'assassinat; vous êtes interrogés par les tribunaux sur le degré de liberté morale dont est supposé avoir joui l'accusé au temps de l'action; quelle sera votre réponse? Dans l'espèce, il n'y a pas d'hésitation à avoir. Du moment où l'ensemble des symptômes vous permettra d'affirmer l'existence d'une paralysie générale à son début, vous devrez vous efforcer d'arrêter toute action répressive de la part de la justice : vous avez affaire à un malade qui obéit dans ses faits et gestes aux suggestions de son délire; dont l'affection, aujourd'hui encore à sa phase initiale, ira demain en progressant, et aboutira dans un délai plus ou moins bref à la mort; il ne peut plus être ici question de responsabilité ni totale ni partielle. La société pour sa propre sécurité a droit d'exiger l'internement dans une maison de santé; il est inutile et il serait barbare de condamner un malade à la prison.

De regrettables erreurs ont pourtant été commises. En voici un exemple : en 1856, Girard de Cailleux a rapporté l'observation d'une dame de charité du département de l'Yonne, âgée de cinquante-quatre ans, qui, après avoir eu plusieurs congestions cérébrales légères, fut poursuivie correctionnellement pour un grand nombre de détournements sans valeur au détriment de ses pauvres. Cette dame avait une fortune de quatre ou cinq cent mille francs, appartenait à une famille très honorable et très distinguée, et l'accusation lui reprochait d'avoir appliqué des bons de pain et de viande à la consommation de sa maison! Or, lorsque Girard de Cailleux, Cœurderoy, Ferrus et Paradis intervinrent, la malade avait de l'affaissement des traits de la face, une déviation légère de la commissure labiale gauche, des soubresauts dans les tendons, de l'embarras de la parole, de l'amnésie, de la céphalalgie, des étourdissements, des troubles de la vue, de la dureté de l'ouïe, etc. Le tribunal l'a néanmoins condamnée, et, à son arrivée à la maison de détention de Clairvaux, le médecin reconnut et signala l'état de démence paralytique de Mme ***, mais elle n'en subit pas moins sa peine.

Fort heureusement les faits analogues au précédent sont rares. J'en puis cependant rapporter un second. Benoît Ch..., âgé de cinquante-trois ans, se croit à tort le vrai propriétaire de quelques pièces de terre provenant de la succession de son frère, et il menace ceux qui toucheraient à *ses* récoltes. Rien ne peut le dissuader de cette erreur pathologique. Sur ces entrefaites, un sieur D... se rend acquéreur des récoltes en question, et, accompagné de

---

(1) *Traité de la paralysie générale des aliénés*. — Paris, 1879.

son père, il va commencer la fauchaison. Benoît Ch... accourt avec un fusil et un pistolet, tue le père de D... et aurait tué D... lui-même, si ce dernier n'eût miraculeusement échappé au meurtrier. Ce même Benoît Ch..., lors de la succession de son frère, avait réclamé un diamant d'une valeur considérable, qui, suivant lui, aurait été trouvé dans la tête d'un serpent. Reconnu coupable par la cour d'assises de Lyon le 28 août 1865, il fut condamné aux travaux forcés à perpétuité!

Ce sont là des faits que l'on doit déplorer! Grâce à l'intervention médicale, il est à espérer qu'on ne les verra pas se reproduire.

Quand vous serez consulté sur l'état mental d'un délinquant ou d'un criminel à la phase initiale de la folie paralytique, il vous sera presque toujours facile de constater et de démontrer la maladie. Vous rechercherez avec soin tous les symptômes d'ordre somatique qui, en général, vous l'avez vu, ont déjà fait leur apparition; vous en ferez ressortir toute l'importance diagnostique; et dussent ces symptômes manquer, vous trouverez encore en général, dans les circonstances qui ont accompagné le crime, des raisons suffisantes pour établir qu'il s'est agi non d'un acte raisonné et librement voulu, mais d'une impulsion maladive.

Que le paralysé général commette un vol ou une tentative d'homicide, son acte est en effet presque toujours marqué au coin de la démence. Celui-ci dérobe en passant un outil qu'un ouvrier occupé dans la rue avait placé auprès de lui, sans pouvoir d'ailleurs en tirer le moindre profit (Lasègue); cet autre, officier de l'armée, enlève à l'étalage d'un épicier un morceau de sucre qu'il met tranquillement sous son bras (Villemin). A. Voisin cite le cas suivant, qu'il emprunte à la thèse de Darde (1): il s'agit d'un homme qui, à la gare de Strasbourg, prend une valise à côté du voyageur à qui elle appartient, et se laisse tranquillement arrêter, sa valise à la main, par un employé. Un malade, dont Magnan a publié l'observation, voit une barrique pleine devant le magasin d'un marchand de vins et va prier deux sergents de ville de vouloir bien l'aider à rouler cette pièce de vin, et ceux-ci se mettent à l'œuvre, sans se douter qu'ils aident à commettre un vol!

Même imprévoyance, même absence de calcul, s'il s'agit d'un incendie, d'un assassinat. Un ouvrier met machinalement le feu à la maison Erard, sans avoir aucun intérêt à cette action. C'était un paralysé général qui avait agi inconsciemment. Un autre prétend avoir contre M. D***, chirurgien des hôpitaux, des griefs légitimes et veut aller tuer ce médecin. Il prend une canne et un poignard et, muni de ces armes, il demande à deux sergents de ville l'adresse de D*** qu'il veut, dit-il, « aller tuer ».

A l'infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture de police, il ne se passe pas un seul jour sans que j'aie à statuer sur l'état mental de paralysés généraux ayant exhibé dans la rue leurs organes génitaux ou ayant accompli les excentricités les plus insolites ou les plus inconscientes.

Bien différents, vous le savez, sont les crimes médités ou perpétrés par les criminels vulgaires. Ceux-là trouvent leur explication dans le passé du coupable, ses intérêts ou ses passions; ils sont toujours préparés avec une certaine habileté. Le calcul trahit ici la perversité. Chez le paralysé général, c'est autre chose; l'absurdité même de l'acte est la preuve qu'il s'agit d'un fait pathologique.

(1) *Du délire des actes dans la paralysie générale* (Paris, 1874).

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Blessure de la cornée, staphylôme. — II. Bec-de-lièvre unilatéral opéré une première fois à quatre mois. — III. Fracture de jambe, résection d'une saillie osseuse.

I. Le malade qui est rentré ces jours derniers dans nos salles, après y avoir fait, il y a quatre mois, un premier séjour, avait reçu dans l'œil gauche, quelques jours avant son premier passage dans le service, un éclat de chaux caustique: la cornée fut brûlée, ulcérée et perforée; il y eut kératite et conjonctivite que nous traitâmes par des collyres. Le résultat en fut bon, dans une certaine mesure c'est-à-dire en ce sens que nous pûmes conserver le globe oculaire.

Cet homme a quitté l'hôpital, il y a deux mois, portant sur la cornée, suites de son accident, trois petites élevures, trois petits staphylômes partiels. Depuis lors il avait repris ses occupations; mais peu à peu la cornée est devenue de plus en plus convexe, les petits staphylômes se sont rapprochés et réunis en un seul la comprenant presque dans sa totalité. Il était dans cette situation depuis quelque temps déjà, lorsque dimanche dernier, sans cause connue, il a éprouvé tout à coup de vives douleurs dans la région sourcilière du même côté et dans l'œil malade, douleurs qui ont encore augmenté pendant la nuit et qui finalement l'ont amené ici le lundi matin. Il souffrait alors considérablement, mais plus encore dans la région du sourcil gauche que dans l'œil. Nous avons constaté, en même temps, l'existence d'un staphylôme opaque de la cornée et de l'iris. Le globe oculaire était extrêmement tendu, dur, douloureux. Que faire en pareille occurrence, et surtout en considérant que l'organe visuel est perdu de ce côté-là? L'opération du staphylôme opaque de la cornée et de l'iris, c'est-à-dire transpercer le staphylôme au moyen du couteau allongé avec ou sans ligatures de ses bords, mais ce n'est là qu'une opération incomplète; ou bien recourir au procédé de Critchett, qui consiste à faire passer à travers le globe de l'œil des aiguilles à suture, réséquer tout ce qui est en avant, et serrer les points de suture de telle sorte que l'on ait une ligne de suture centrale. Le procédé est ingénieux, le résultat immédiat est excellent; mais j'y ai renoncé depuis six ou sept ans, parce que chez plusieurs malades j'avais dû, quelque temps après cette opération, énucléer le moignon que nous avions primitivement obtenu.

Aussi maintenant, lorsque je suis en présence de cas semblables à celui que nous avons aujourd'hui, je procède d'emblée à l'énucléation du globe de l'œil; c'est ce que je vais faire dans quelques instants.

II. Je vais opérer ensuite une petite fille de six ans, qui est entrée il y a quelques jours ici, avec sa mère, pour une division totale de la lèvre supérieure, du bord alvéolaire de la mâchoire supérieure et de la région latérale gauche de la voûte palatine. La cloison se confond avec la lèvre interne de la division, tandis que si cette division était médiane, la cloison serait libre entre les deux bords.

Cette enfant a été opérée, à l'âge de quatre mois, avec un succès médiocre, de son bec-de-lièvre, et la communication entre la bouche et la narine persiste. Néanmoins en avant il y a cohésion des bords alvéolaires, tandis que derrière on aperçoit un orifice large de 15 millimètres dans sa plus grande largeur et qui va en se rétrécissant en arrière. En résumé, voici l'état que les parties nous présentent: en

avant les bords sont en contact, un peu plus loin ils commencent à se séparer et l'on aperçoit une fente étroite, laquelle va en s'élargissant jusque dans la région palatine où elle présente son maximum de largeur pour diminuer dans la région staphylienne.

Je ne répèterai pas de nouveau ce que j'ai dit maintes fois dans mes leçons cliniques sur ce qu'il convient de faire en pareille circonstance. Je me bornerai à dire seulement : Cet enfant a six ans, c'est-à-dire qu'il se rapproche de l'âge de choix que j'ai cru devoir fixer entre sept et huit ans, d'abord parce qu'il est dangereux pour la vie de l'enfant de pratiquer l'opération nécessaire en pareil cas à un âge où il ne parle pas encore. Un certain nombre de chirurgiens ont proposé alors l'âge de trois à quatre ans. Il est vrai qu'à cette époque l'enfant parle déjà, mais c'est encore trop tôt pour la sécurité de l'opération, parce qu'il est assez difficile de les nourrir tout de suite, ce qui les expose à des accidents, à un affaiblissement dangereux. Ces inconvénients sont les mêmes à l'âge de quatre à cinq ans, tandis qu'ils ont disparu à six ans et surtout à sept ou huit ans. De plus, l'observation m'a conduit à ce fait que le résultat phonétique n'est pas en proportion tout à fait de l'étendue de la division des tissus, mais bien plutôt en raison directe de l'éducation que les petits êtres malformés ont reçue jusqu'au jour où on doit les opérer, c'est-à-dire que s'ils sont trop jeunes à l'époque où on les opère, ils ne parleront pas du tout après l'opération, j'en puis citer des faits nombreux ; tandis que si l'éducation en vue de la parole a été surveillée avec soin, le résultat de l'opération est superbe sous ce rapport ; j'en ai aussi plusieurs observations à mon actif. En résumé, si l'enfant a reçu une bonne éducation au point de vue de la parole avant l'opération, celle-ci lui restituera avec succès ce qui lui manque.

Ici, chez la petite fille qui nous occupe, le cas n'est pas favorable : d'abord parce que la division est très étendue, ensuite parce que la voûte est creuse et que nous allons être serré dans la voie alvéolaire, par suite l'avivement sera difficile.

III. Il y aura après-demain trois mois que le malade auquel nous allons pratiquer notre dernière opération est entré dans le service. C'est un homme de trente-sept ans, vigoureux, qui a eu une fracture compliquée de la jambe gauche. La fracture a bien guéri, le cal n'est pas mauvais, la ligne de réunion est bonne, mais elle présente seulement ce petit accident que le fragment supérieur du tibia dessine sous la peau une petite saillie osseuse très pointue qui menace continuellement de perforer la peau.

Or, comme cet homme va très bien maintenant, que la consolidation est bonne, nous allons le débarrasser de cette pointe osseuse en incisant les tissus et le périoste, que nous écarterons pour aller sectionner la portion qui fait saillie, puis nous remettrons le périoste en place, et nous ferons le pansement de Lister, sans aucune suture préalable.

J'ai fait huit ou dix fois, au moins, déjà cette petite opération, dont les résultats ont toujours été excellents. Je l'ai pratiquée notamment l'an dernier chez une femme qui avait eu une fracture du calcanéum ; la guérison s'était faite avec une hyperostose formant un bec saillant en arrière, des plus difformes. J'ai également incisé les tissus, ruginé l'os, j'ai abandonné les lèvres de la plaie avec un seul point de suture, j'ai fait le pansement de Lister et la guérison a été parfaite.

EXTRACTION D'UN POT DE POMMADE

INTRODUIT DANS LE RECTUM

Par M. Maurice Pollosson, chirurgien major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le jeudi 16 août 1883 se présenta à l'Hôtel-Dieu, à la consultation gratuite, un vieillard de soixante-douze ans, qui se plaignait de diarrhée et de douleurs dans le fondement. Je procédai immédiatement à l'examen de la région.

Au fond d'un périnée profond et infundibuliforme, l'orifice anal, légèrement entr'ouvert, laissait suinter des matières fécales liquides. Pensant à l'existence d'un cancer du rectum, je pratiquai le toucher. Mais quel ne fut pas mon étonnement, j'allais dire ma joie, quand, au lieu de la surface irrégulière et anfractueuse d'un tissus néoplasique, je sentis une surface arrondie, lisse et polie, comme si je promenais mon doigt à l'intérieur de la cavité d'un verre dont j'aurais senti le fond ?

Par stupidité naturelle ou simulée, le malade se refusa alors et, depuis, à toute explication nette et précise sur ses antécédents anaux et sur les mobiles de l'introduction du corps étranger dont il ne voulait même pas indiquer la conformation. Il nous dit seulement qu'il souffrait au fondement, avait voulu presser sur la partie pour se soulager, et que sous l'influence de cette pression le corps étranger avait pénétré ! L'*accident* lui était arrivé quinze jours auparavant. Dans tout cet espace de temps, il avait souffert, perdu un peu de sang : aussi sa femme croyait qu'il avait des hémorroïdes. Les matières fécales s'écoulaient en passant liquides autour du vase. Il avait consulté ; mais, l'examen direct n'ayant pas été fait, on lui avait donné des médicaments à prendre par la bouche.

Je conduisis immédiatement le malade sur le lit d'opération, pour tenter l'extraction de ce que je croyais être un verre à boire avec ou sans pied. Le toucher me donnait l'illusion d'un vase plus grand qu'il ne l'était en réalité. Comme le sphincter présentait une extrême dilatabilité, je ne crus pas devoir recourir à l'anesthésie. Les tentatives d'extraction qui durèrent dix minutes environ, furent faites d'abord avec les doigts, puis avec des pinces à polype. Il était facile de saisir entre deux doigts les contours du verre et d'exercer des tractions : la manœuvre était facilitée par l'existence à 1 centimètre de son ouverture d'un relief qui en faisait tout le tour, par la solidité et l'épaisseur du verre : elle était rendue difficile par la présence sur son contour d'une cassure qui existait avant l'introduction. Trois causes s'opposaient à l'issue du corps étranger.

1° L'étroitesse relative de l'orifice anal. Mais cet obstacle était de peu d'importance, vu l'extrême dilatabilité du sphincter qui semblait indiquer que le malade n'en était pas à sa première introduction.

2° La contracture des fibres musculaires du rectum. Quand on tirait, sous l'influence de la douleur, le verre était comme serré, ce qui donnait la sensation d'une résistance profonde, si bien qu'on aurait pu croire à l'existence d'un pied faisant obstacle plus profondément.

3° La muqueuse qui venait border le contour du verre quand on exerçait des tractions. A mesure qu'avec les doigts on refoulait la muqueuse sur un point de la circonférence, elle venait doubler un autre point du contour. Il se passait quelque chose d'analogue à ce qu'on observe quand on cherche à fermer certains bocaux de laboratoire avec une lame de verre et un anneau de caoutchouc. Si on ne peut pas dilater suffisamment l'anneau sur tout son contour, à mesure qu'on borde un point de la circonférence, le caoutchouc lâche sur un autre point. Là, c'était la même chose, mais tout le contraire. A mesure qu'on débordait sur un point, la muqueuse se repliait sur un autre. D'autre part, quand on plaçait assez de doigts pour dégager complètement la muqueuse, le champ opératoire était trop encombré pour qu'on pût saisir facilement le corps étranger. Je songeai alors à saisir le contour du verre avec une série de pinces à polypes, sur lesquelles on exerçait simultanément des tractions. La préhension était rendue facile

par le rebord dont j'ai parlé. Deux pinces furent ainsi appliquées aux deux extrémités de la cassure, et comme je débordai la muqueuse sur les autres points, une traction exercée par l'un des internes, M. Murrer, dégagea le corps étranger, qui fut ainsi extrait. Une légère hémorragie accompagna ces manœuvres qui se firent sans déchirure notable de la muqueuse. Un gros bol fécal suivit le corps étranger.

Ce dernier était un vieux *pot de pommade* en verre : quelques assistants ont voulu y voir, à tort, je crois, un petit pot de confiture. — Il représente un cylindre haut de 6 centimètres, dont la circonférence a un diamètre de 47 millimètres ; il est cannelé sur sa face externe. Le contour qui répond à l'entrée du verre présente une cassure occupant le cinquième de la circonférence. A 8 millimètres de cette circonférence, le verre présente une saillie circulaire de 2 millimètres, très favorable aux tractions : ce rebord présente lui-même une cassure de 1 centimètre de longueur.

Le malade, immédiatement soulagé après l'extraction, n'a présenté depuis aucun accident et est sorti de l'hôpital trente-six heures après son entrée.

Le nombre de cas rapportés de corps étrangers en verre du rectum est assez rare pour qu'il nous ait paru utile d'ajouter à l'ancienne liste une nouvelle observation. Les auteurs s'accordent à dire que l'extraction en est dificile et quelquefois dangereuse. Dans le cas que nous citons, les manœuvres ont été relativement faciles, puisqu'elles ont pu être faites sans anesthésie. Le volume peu considérable du corps étranger, la disposition particulière qui permettait de le bien saisir, l'extrême dilatabilité de l'anus étaient des circonstances favorables. Si la résistance s'était prolongée, j'aurais éthérisé le malade. Si, après anesthésie, les efforts étaient restés infructueux, plutôt que de m'exposer à déchirer brutalement la muqueuse et à briser le verre, je n'aurais pas hésité à pratiquer de l'anus au coccyx une incision des parties molles s'étendant jusque dans l'ampoule, à faire, en un mot, une rectotomie linéaire.

(*Lyon médical.*)

TUBERCULOSE.

BRUIT DE TEMPÊTE. FISTULE OMBILICALE.

Par M. le Dr A. Chambar.

Un jeune homme de vingt-neuf ans, ayant fait toutes ses études pour entrer au grand séminaire, troque la soutane du prêtre contre la tunique du fantassin. Il se trouvait en condition à Lyon au commencement de l'année présente. Le 7 janvier dernier, un frisson l'obligea de se mettre au lit et de cesser tout travail. Le médecin qui le vit, lui fit appliquer force vésicatoires, et le 15 février, quoique toussant toujours, il put regagner ses pénates.

Appelé le 17 mars auprès de ce malade, plus d'un mois après son arrivée dans le pays, je constate ce qui suit : aucune douleur, mais extrême lassitude et complet manque de forces ; maigreur de squelette, pâleur cadavérique, toux opiniâtre et revenant de temps en temps par quintes ; peu d'expectoration, sueurs profuses, diarrhée abondante, ventre luisant, tendu comme la peau d'un tambour, très sonore à la percussion ; comme signes stéthoscopiques, grand nombre de râles sous-crépitants, ronflants, sibilants, disséminés dans les deux poumons, ce que Récamier appelle du nom si pittoresque de bruit de tempête ; enfin tous les signes non équivoques d'une tuberculose au troisième degré ; pas d'autres éléments de diagnostic, ceux-ci sont plus que suffisants.

Jusque-là, rien d'étonnant, les phtisiques sont si nombreux ; mais ce qui sort de l'ordinaire, c'est la complication de la fin, que tous les auteurs s'accordent avec raison, je crois, à considérer comme aggravante. (Lebert a rencontré cette complication 9 fois sur 100 ; Leudet seulement deux fois sur plusieurs centaines de phtisiques.) Le 27 mars, entre neuf et dix heures du matin, sans phénomène douloureux précurseur, une fistule intestinale s'ouvre à l'extérieur sur l'ombilic lui-même. A chaque mouvement inspiratoire, il en sort une matière jaune-claire, inodore, semi-liquide, ce qui cependant n'empêche pas le malade d'aller à la selle comme tout le monde une fois par jour.

Du 27 mars au jour de sa mort, survenue le 5 avril, la fistule ne cesse de donner, la température oscille entre 39°,5 et 40° ; les sueurs nocturnes et diurnes s'exagèrent, le malade est tout entier et continuellement en moiteur. Enfin, le 5 avril, à trois heures du soir, il s'éteint en pleine connaissance ; un instant avant, il comptait encore sur sa guérison, et me faisait part de ses projets d'avenir.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La pilocarpine, étude physiologique et thérapeutique (1), par M. le docteur Hubert Lavrand.

Au début, dans les maladies *à frigore*, la pilocarpine peut rendre des services et enrayer quelquefois le mal par une ou plusieurs sudations (angines, laryngites, bronchites, grippe, pleuro-pneumonies). Dans l'asthme et les accès dyspnéiques de l'emphysème, on se trouve bien de son emploi ; si elle agit moins rapidement que la morphine comme sédatif, elle active les sécrétions bronchiques et met ainsi fin à la crise d'oppression. Elle serait utile dans la diphtérie, sans être un antidote du poison diphtéritique ; elle est employée surtout comme adjuvant du traitement mis en usage contre cette affection ; mais on doit craindre qu'elle n'amène du collapsus. La pilocarpine arrête parfois une pleurésie aiguë, franche au début, et le plus souvent l'influence favorablement ; mais, pour les épanchements plus anciens, il n'est pas rare de la voir échouer.

Dans la thérapeutique oculaire, elle occupe une place honorable comme myotique à côté de l'ésérine ; elle réussit dans quelques affections, soit en injections sous-cutanées, soit en instillations. Dans les néphrites aiguës, sous l'influence de la pilocarpine, les symptômes s'amendent rapidement, et dans beaucoup de cas la maladie guérit promptement. Ce médicament a une action bienfaisante sur les accidents urémiques, qu'ils soient puerpéraux ou scarlatineux. La néphrite parenchymateuse chronique est améliorée par la pilocarpine dans toutes ses périodes, même quand il y a de l'urémie ; mais plus la lésion est récente, plus elle est efficace. Dans la néphrite interstitielle chronique, elle est également recommandable ; elle rend de précieux services ; il existe pourtant là une contre-indication presque absolue : ce sont les lésions cardiaques avancées. On a parlé d'accidents, mais ils sont peu fréquents et mal connus dans leurs causes ; en dehors des lésions manifestes du cœur, on ne signale, pendant la sudation, rien de grave à mettre avec certitude sur le compte de la pilocarpine. Enfin, on l'a employée dans un grand nombre de cas comme le hoquet rebelle, les douleurs névralgiques persistantes, l'atopécie, etc., avec des succès marqués.

Du traitement des points de côté chez les tuberculeux par les applications de collodion (2), par M. le docteur Joseph Rigaud.

La tuberculose pulmonaire s'accompagne presque constamment de points douloureux. Ces points peuvent apparaître avant tout autre symptôme et sont d'une très grande importance pour le diagnostic de la tuberculose au début. Ils reconnaissent pour cause une névrite intercostale, qui se développe par propagation.

Dans la troisième période de la tuberculose, les parties profondes de la paroi thoracique peuvent participer à l'inflammation causée par la présence d'une caverne superficielle. Ce travail d'ulcération s'accompagne d'un endolorissement de toute la région correspondante, parfois même de douleurs très vives, surtout pendant les mouvements de la cage thoracique. L'application d'une couche épaisse de collodion amène la cessation rapide de ces douleurs, par suite d'un certain degré d'immobilisation de la paroi.

(1) Gr. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Lille, imprimerie Camille Robbe.
(2) In-8°. — Paris, A. Parent-Davy.

De la pérityphlite primitive (1), par M. le docteur Louis Dautel.

La pérityphlite, c'est-à-dire l'inflammation du tissu cellulaire péricœcal, existe primitivement, spontanément, sans lésion préexistante du tube digestif. Elle succède au refroidissement, aux efforts, et reconnaît à peu près les mêmes causes que le phlegmon périnéphrétique ou périnéphrite idiopathique. Elle atteint de préférence les jeunes gens et les sujets non prédisposés à la constipation et aux troubles intestinaux. Elle débute habituellement d'une façon brusque. Elle se termine le plus ordinairement par la résolution complète ou incomplète qui prédispose par la même aux récidives. Les récidives surviennent parfois très longtemps après la première atteinte et alors même que la tumeur avait complètement disparu. Elle doit être traitée rigoureusement, surtout par les saignées locales et les purgatifs qui ont la plus heureuse influence sur la marche de l'affection et amendent rapidement la douleur et les phénomènes généraux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Laennec, professeur d'hygiène et de médecine légale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de physiologie vacante par la démission de M. Jousset de Bellesme.

M. Lapeyre, suppléant des chaires de médecine, est nommé professeur de médecine légale, en remplacement de M. Laennec.

M. le docteur Stéphane Leduc, licencié ès sciences physiques, est nommé professeur de physique.

— Le troisième Congrès international de la « Ligue universelle des antivaccinateurs » aura lieu en Suisse, à Berne, les 27, 28 et 29 septembre courant, au musée, dans la grande salle des concerts, sous la présidence du docteur Hubert Boën (de Charleroi).

Tous les partisans et tous les adversaires de la pratique de l'inoculation des virus à l'homme et aux animaux domestiques sont invités à se rendre à ce Congrès ou à lui envoyer des communications.

Un comité de quatorze membres, choisis parmi les antivaccinateurs de Berne, est chargé de la réception des étrangers.

— Un concours public pour la nomination à six places de médecin titulaire du Bureau de bienfaisance de Lyon s'ouvrira le 1er octobre, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Un traitement de 2,000 francs est attaché à ces fonctions dont la *durée* est de quatre ans.

— Un concours pour la nomination à trois places de médecin-inspecteur titulaire des Écoles municipales et des Écoles maternelles de la ville de Lyon s'ouvrira le lundi 10 décembre.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la mairie, à l'Hôtel-de-Ville, avant le 1er décembre.

— L'ouverture du concours pour la nomination à une place de médecin suppléant des hôpitaux de Nantes, qui devait avoir lieu le lundi 15 octobre prochain, est reculée au lundi 12 novembre 1883.

(1) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15038.

27

ANALYSE DE SEPEMBRE DU

Lait pur et non écrémé

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de septembre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois :

Densité à 15° 1.031

	gr.	
Beurre par litre	56.000	
Albumine	7.400	
Caséine	31.400	
Sucre de lait	58.200	
Sels	7.000	
Total des matières fixes	160.000	160.000
Eau par litre		871.000

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	1.988
Acide sulfurique	0.326
Chaux	1.795
Magnésie	0.138
Potasse	2.073
Soude	0.386
Silice, chlore, acide carbonique, fer et perte	0.294
Total	7.000

PRIX :

Dans les dépôts . . . . . . 75 c. le litre.
45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile . . . . 80 c. le litre.
50 c. le 1/2 litre.

Adresser les commandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, rue de Paradis, Paris. Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif.

122

Eau minérale de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON)

SEULE DÉCRÉTÉE D'INTÉRÊT PUBLIC.

Employée avec succès depuis plus d'un siècle **contre la goutte, la gravelle, les coliques néphrétiques et hépatiques, le catarrhe vésical et toutes les maladies des voies urinaires.**

Expéditions dans le monde entier.

DÉPÔT CENTRAL, à Paris, 31, boulev. des Italiens. En vente chez les pharmens et mds d'eaux minles.

94

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

12

Dragées et Sirop dépuratifs

IODURÉS du Dr GIBERT.

Dragées et sirop de deuto-iodure ioduré. de BOUTIGNY-DUHAMEL.

Chaque cuillerée à bouche du SIROP renferme *50 centigr. d'iodure de potassium et 1 centigr. de deuto-iodure.*

Les DRAGÉES, qui correspondent à *une demi-cuillerée à bouche de Sirop*, peuvent se conserver indéfiniment et sous tous les climats, grâce à une modification (brevetée s. g. d. g.) du flacon qui les renferme.

En raison de leur petit volume, elles sont d'un emploi extrêmement commode et agréable, et, par suite de leur grande solubilité, leur absorption se fait très rapidement.

Elles ont sur le sirop le grand avantage de n'amener jamais ni nausées ni dégoût et conviennent spécialement aux dames, aux personnes que leurs occupations obligent à manger au dehors et à celles qui recherchent un traitement discret.

Prix, à Paris, du flacon de sirop ou de dragées : **5 fr.** — *Remise spéciale à MM. les médecins.*

Paris, Phie BOUTIGNY-DUHAMEL, DESLAURIERS successeur, 31, rue de Cléry, et 2, rue Poissonnière. *Se défier des nombreuses contrefaçons et imitations.*

7

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

108

Quassine PRINCIPE ACTIF DU QUASSIA AMARA Adrian

Dragées de quassine amorphe dosées à 25mgr. Granules de quassine cristallisée dosés à 2mgr.

Les observations publiées dans le *Bulletin de thérapeutique* (voir le no du 15 novembre 1882) prouvent que la **QUASSINE ADRIAN** excite l'appétit, soutient et développe les forces, active la digestion, augmente la sécrétion biliaire, provoque une diurèse normale. Par son action simultanée sur les glandes salivaires, les reins et le foie, elle combat efficacement les dyspepsies atoniques, la débilité générale, la chlorose, les coliques hépatiques et néphrétiques.

Dose : 1 à 4 par jour avant les repas. — **Prix du flon : 3 fr.** — Vente au détail dans les phies.

Dépôt : *Société française de produits pharmaceutiques*, 11, rue de la Perle, PARIS.

33

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

123

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres ET Pastilles DE Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Strasbourg, 10, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

136

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette eau n'a pas de rivale pour la guérison des **GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,**

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

70

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phtisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, rue Bonaparte.

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

68

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

17

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

66

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

90

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

N° 108. — JEUDI 20 SEPTEMBRE 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 20 SEPTEMBRE 1883. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Faculté de Médecine de Paris. Histoire de la morve et du farcin. — Hôtel-Dieu. I. Lipôme sus-claviculaire. — II. Ostéite du tibia, hydarthrose, abcès de l'articulation périnéo-tibiale, amputation de la cuisse. — Phlegmon de la paroi abdominale. — Académie de Médecine. — Variétés. Nouvelle ceinture imaginée par une hystérique hypnotique contre les voyages forcés à Cythère dans le somnambulisme. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Béchamp a occupé la tribune pendant une grande partie de cette séance. Il a commencé l'exposition qu'il s'était engagé à faire, dans sa dernière communication à l'Académie, sur les applications de sa théorie des microzymas aux questions de la contagiosité des maladies, de celle du choléra en particulier et des quarantaines. Quand cet exposé sera terminé, nous en présenterons un résumé à nos lecteurs. En attendant, nous saisirons cette occasion pour revenir sur quelques points de l'importante communication de M. Bouchardat relative à la tuberculose et sur la note qu'elle a suggérée à M. Béchamp, et que nous n'avons fait que mentionner dans notre dernier compte-rendu.

On se rappelle que M. Bouchardat, dans sa lecture du 4 septembre, a soutenu cette opinion, entre autres, que le parasite de la tuberculose, dont il admet l'existence, ne vient pas toujours du dehors, qu'il se développe le plus souvent à l'intérieur par transformation d'organites animaux. L'occasion était trop belle pour M. Béchamp de rappeler et l'antériorité et le caractère particulier de ses recherches sur ce sujet, pour qu'il ne l'ait pas saisie avec empressement.

A cette proposition émise dans la lecture de M. Bouchardat, que M. Koch a découvert et décrit le parasite de la phtisie, M. Béchamp oppose sa propre découverte, qui est de beaucoup antérieure à celle de Koch. Négligeant le mot, impropre suivant lui, de parasite, il relève cette assertion comme une erreur historique. « C'est, en effet, en 1868, dit-il, que nous avons communiqué à l'Académie des sciences, M. Estor et moi, une note sur les microzymas du tubercule pulmonaire, où nous faisions voir que ces microzymas sont primitivement contenus dans la matière tuberculeuse, et que, par la culture, ils peuvent évoluer pour devenir microzymas associés et bactéries. C'est, ajoute-t-il, une des premières applications de la théorie du microzyma à la pathologie. »

Quant à l'origine de ce que l'on nomme le parasite dans les doctrines nouvelles, s'il ne provient pas du dehors, ainsi que l'a rappelé M. Bouchardat, il resterait à en trouver l'origine. Cette origine, M. Béchamp l'a déjà signalée dans plusieurs de ses communications. L'élément qui produit les bactéries dans les maladies, sous les influences que les nosologistes savent spécifier, n'est pas un parasite : c'est un élément essentiel, qui est en nous *ab ovo*, qui est l'agent constructeur du collapsus et des tissus et des transformations chimiques s'accomplissant en nous ; c'est le microzyma.

En un mot, « il n'y a pas de parasite qui se produise dans les organes ou qui y pénètre du dehors pour engendrer la phtisie, pas plus que pour engendrer la fièvre typhoïde, le choléra. Il y a divers ordres de microzymas dans les divers centres d'organisation qui, par évolution morbide, produisent telle ou telle maladie ; mais avant l'évolution, comme après, la raison s'oppose à ce qu'on les nomme des parasites ».

Tel est, dans ses principales dispositions, le contenu de la note que M. Béchamp avait adressée à l'Académie dans la précédente séance. C'est le développement de ces théories et leur application aux maladies réputées contagieuses en général qui a fait le sujet de la communication que M. Béchamp a commencée dans la séance d'hier et qu'il se propose de continuer dans la séance prochaine : ce dont nous prenons acte.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

Histoire de la morve et du farcin (1).

(Leçons recueillies par M. le docteur Octave Guillier.)

III

3° *Morve aiguë.* — Dans la morve chronique, tous les symptômes tégumentaires et des fosses nasales prennent une intensité excessive. L'abattement, la prostration, la tristesse sont très prononcés, l'animal a la tête pendante et, rasant le sol, il se traîne plutôt qu'il ne marche. Le poil se hérisse, la robe s'assombrit, les muscles des cuisses et de l'olécrane sont agités par des frissons. La température monte à 42° et plus. L'appétit est nul, la soif est intense, les déjections sont pour ainsi dire coiffées de mucus. La conjonctive et la muqueuse nasale sont injectées, on constate même de l'ictère, etc.

Les respirations, qui normalement varient de 15 à 16,

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 septembre 1883.

s'élèvent à 25 ou 30 par minute ; enfin, suivant une expression pittoresque, le cheval fond à vue d'œil, tant il maigrit promptement.

Quant aux symptômes locaux, nous les trouvons également beaucoup plus accusés. La muqueuse pituitaire est d'un rouge sombre, présente des élevures ayant une couleur jaune au centre ; ce sont des pustules qui, à peine formées, s'ouvrent en formant des ulcérations qui augmentent rapidement, elles sont nécrohyméniques et se sphacèlent en larges lambeaux.

On disait autrefois : C'est le *fluxus morveux*. Enfin, apparaissent croûtes et jetage caractéristiques, et que nous connaissons ; et à cette époque le jetage n'a rien du jetage rouillé de la pneumonie du cheval ; il n'est ni jaune, ni purulent comme celui de la gourme.

On trouve également l'engorgement des ganglions sous-glossiers (ganglions de l'auge) qui constitue le glandage. On constate, en outre, un sifflement nasal prononcé, les yeux sont excavés et il est bien rare de ne pas rencontrer des cordes ou des tumeurs farcineuses laissant suinter la matière huileuse que vous connaissez. Arrivé à ce point, l'animal meurt.

4° *Farcin aigu*. — Dans la forme aiguë du farcin, les boutons, les cordes, les engorgements se montrent avec une soudaineté et une rapidité surprenantes. Des boutons apparaissent à la fois sur plusieurs points du corps ; ils sont très douloureux, se ramollissent et suppurent très promptement.

Les ulcérations sont taillées à pic, avec une grande tendance au phagédénisme.

Les autres symptômes sont aussi accentués. Sous la peau on constate la présence de cordes nombreuses se sphacélant sur de vastes étendues : les ganglions lymphatiques sont très engorgés, et dans cette forme aiguë on les a vus suppurer et donner issue non pas à du pus louable, mais à des grumeaux. On ne peut donc pas dire que les glandes de la morve ne suppurent jamais. A la suite de tous ces désordres l'animal succombe.

Enfin, il a été constaté que des explosions morvo-farcineuses aiguës avaient eu lieu chez des animaux que l'on croyait guéris. Les accidents se montraient sur les cicatrices du nez ou des membres, et nous pouvons dire que c'est simplement le passage à l'état aigu d'un état chronique préexistant.

Ce serait ici le moment de vous faire l'anatomie pathologique de l'affection morvo-farcineuse, mais je me réserve de vous en parler quand je vous ferai la morve humaine et alors nous pourrons établir des comparaisons.

§ IV. *Contagion ; réceptivité ; diagnostic et pronostic.* — Que nous apprend l'histoire au point de vue de la contagion et quels animaux prennent de préférence la morve ?

Dès les temps anciens, la morve aiguë était regardée comme contagieuse. Aujourd'hui, nous pouvons dire : La contagion de la morve est très sûre. Le contact est dans la plupart des cas, le mode de contagion, les animaux se touchent des naseaux, mangent ensemble, et l'animal sain prend la morve de l'animal malade par le jetage que ce dernier répand sur ses aliments.

Il a été question de la contagion par l'air : que faut-il en penser ? Renault a démontré qu'il n'en était rien, le plus ordinairement. Ayant pris un cheval sain, il lui fit respirer, à l'aide d'un tube de toile imperméable d'un mètre et demi, pendant sept jours, l'haleine d'un cheval morveux sans provoquer la maladie. Au lazaret d'Alfort, on a mis une jument saine entre deux chevaux morveux, en laissant un espace tel que leurs naseaux ne puissent se toucher. Ces trois animaux respiraient dans un même étui et la jument saine n'eut pas la morve.

Quelle différence avec la *peste bovine* qui se propage presque toujours par l'air ! C'est par le contact seul que se fait la contagion, et l'homme peut être atteint en se servant des étrilles, éponges souillées ou autres ustensiles ayant servi au cheval malade.

Ce qui est dangereux surtout, c'est l'association des animaux pour le travail. Gohier, de Lyon, a prouvé que les harnais étaient suspects, parce qu'ils peuvent être souillés par le jetage ou le pus. Les mangeoires, les râteliers, les stalles, les murailles, tout devient suspect quand un cheval morveux y a passé. Il est prouvé, en effet, que la matière morveuse qui est inactive, quand elle est desséchée, récupère toute sa virulence même après six mois, quand elle est humidifiée : les Allemands disent même une année.

De là, il résulte que le plus prudent est de soumettre tout ce qui est en contact avec les chevaux, à une désinfection complète. Jadis on brûlait les bottes des palefreniers et des postillons ; on avait raison.

Une question très intéressante serait de reconnaître où réside le virus : c'est l'avenir qui nous l'apprendra. Mon ami le professeur Bouchard pense l'avoir déterminé et fixé. Voici ce que l'histoire a pu déjà enregistrer.

Le jetage et la masse du pus donnent, par transfusion, la morve. Coleman, le premier, a démontré le fait. Il y a cependant une différence à établir entre la virulence de la morve chronique et celle de la morve aiguë ; car, tandis que cette dernière ne faillit jamais, soit qu'on inocule le sang, la lymphe altérée ou le liquide huileux, la morve chronique ne présente pas la même constance dans sa contagiosité. Saint-Cyr a montré, comme le meilleur animal pour l'inoculation, l'âne ordinaire.

On sait aussi que si l'on pratique une opération douloureuse sur un animal atteint de morve chronique, celle-ci passe à l'état aigu ; le surmenage donne le même résultat. Chez certains organismes animaux, l'activité du virus paraît accrue, et cette activité semblerait en rapport avec l'élévation de la température du milieu.

L'espèce chevaline, quoique étant la plus atteinte, n'est cependant pas la seule à contracter l'affection morvo-farcineuse.

Nous trouvons que l'espèce ovine est de beaucoup après la plus impressionnable et le mulet prend beaucoup plus facilement la maladie de l'âne que du cheval.

Le chien peut aussi être inoculé, mais, chez lui, la morve reste locale et ne se généralise que rarement et sous l'influence du surmenage. Si les chiens prennent difficilement la morve, ils la redonnent facilement. Nous verrons qu'il en est de même chez l'homme.

Les moutons, les chèvres, les lapins, sont inoculables, les deux premières espèces sont les plus sensibles.

Les porcs sont à peu près réfractaires.

Quant aux bœufs et aux oiseaux, ils sont, jusqu'à présent, absolument réfractaires.

Quand l'affection morvo-farcineuse est confirmée chez le cheval, le diagnostic est des plus faciles ; je ne vous répéterai que pour mémoire ces trois signes principaux : *chancrage, jetage, glandage*.

On ne confondra pas la morve avec le *horse pox*, d'où vient la vaccine et qui se présente avec des taches rouges, puis papuleuses, pustuleuses, avec le disque déprimé, ombiliqué absolument comme le vaccin humain. Il y a certains cas où les manifestations nasales du *horse pox* peuvent simuler la morve, et alors il faut s'abstenir de faire des inoculations.

Le pronostic est d'une gravité suprême, effroyable. Incurable sous la forme chronique qui est la moins défavorable, l'affection morvo-farcineuse est contagieuse au plus haut point dans la forme aiguë. On a dit qu'elle pouvait guérir. Je ne le pense pas, sans le nier absolument, et la seule chose pratique à faire en présence d'un cas de morve, c'est d'abattre l'animal qui en est atteint.

Telle est l'affection morvo-farcineuse chez les animaux. Je tenais à vous donner tous ces détails, afin que vous puissiez comprendre les manifestations de cette maladie chez l'homme.

AFFECTION MORVO-FARCINEUSE CHEZ L'HOMME.

Après l'étude qui précède, il vous sera facile actuellement de comprendre la morve chez l'homme, et d'abord passons en revue les différentes sources où l'homme peut puiser cette terrible affection.

§ I[er]. *Contagion de la morve.* — Nous devons proclamer avant tout la contagion et ne pas oublier ces quelques lignes du Compendium de chirurgie écrites en 1845 : « C'est un devoir de faire connaître et d'accréditer que la morve est contagieuse ; on trouvera pour panser les animaux beaucoup plus d'inconvénients à taire la vérité qu'à la dire ; en négligeant les précautions on s'expose ; en faisant le contraire on l'évite. »

Ce sont des paroles scientifiquement prophétiques.

L'homme peut gagner la morve par le pus couvrant les objets en rapport avec les chevaux malades, par la morsure de ces animaux, leur salive, leur bave et le pus qui s'écoule de la lèvre supérieure.

L'inoculation peut se faire par des piqûres dans la dissection, et combien d'élèves vétérinaires y sont exposés.

Le pus desséché est encore une source d'infection, car, même après des semaines, il conserve ses propriétés virulentes. Étant donné que l'homme prend la maladie du cheval, il faut donc désinfecter ou détruire par le feu tout ce qui est contaminé.

En faisant des pansements, on peut se piquer, ou par une déchirure au doigt s'inoculer le virus, soit avec des brins de paille, des chardons, etc., imbibés de matière morveuse. On a vu d'imprudents palefreniers, pressés par la soif, boire dans le sceau des chevaux malades, ou des personnes essuyer les naseaux d'un cheval de prix avec leur mouchoir. Ce sont là autant de sources d'infection. Que faut-il penser de la contagion par la chair même des animaux atteints de la morve ? Cette chair peut-elle être un point de départ pour la contamination ? Le mieux est de s'en abstenir, si elle n'est pas très cuite.

Il y a des faits plus lamentables encore. C'est lorsque l'homme gagne la morve d'une autre personne. Nous en trouvons de nombreux exemples dans la célèbre thèse de A. Tardieu.

Girard fils, de grande espérance et très distingué, prend la morve aiguë, en 1825, d'un de ses camarades d'Alfort qui lui-même en mourut.

Un cocher qui était atteint de farcin chronique donne, par son linge, la morve à une blanchisseuse.

Un père ayant la morve est soigné par son fils, qui lui-même la contracte.

Brusch rapporte le cas d'une garde-malade soignant un individu atteint de farcin chronique et chez lequel la morve aiguë s'était déclarée. Cette pauvre femme devint d'abord farcineuse, fut prise ensuite de morve aiguë et succomba quinze jours après.

Briand raconte que dans un moulin deux chevaux sont atteints de la morve. Un domestique la gagne, la donne à son successeur qui en meurt ; celui-ci la donne au fils du meunier qui, à son tour, contamina son père et sa mère. Tous moururent. Ne dirait-on pas une épidémie de diphtérie ?

Rocher, étudiant en médecine, prit la morve d'un nommé Rivard, qui mourut le 10 juin du farcin et de la morve aiguë, à l'hôpital Necker. Rocher meurt à son tour le seizième jour.

§ II. *Aperçu historique.* — Passons maintenant à l'étude historique de la morve humaine.

Cette étude sera très instructive ; elle vous fera voir que la morve pourrait disparaître, comme le scorbut, devant une hygiène préservatrice.

L'affection morvo-farcineuse de l'homme est de date récente et presque de ce siècle. Cependant les anciens s'étaient préoccupés des maladies que les chevaux pouvaient donner à l'homme.

Van Helmont (1) a écrit que le farcin des chevaux donne la syphilis à l'homme ; à notre époque, P. Ricord a discuté cette idée et Beau lui-même admettait cette communauté d'origine comme Van Helmont.

Quant à Astruc (2), il la traitait de fantaisie.

Il est évident que la morve ne donne pas la syphilis, pas plus que la syphilis n'a pu donner la morve, mais je vous parlerai quelque jour de la syphilis équine, appelée aussi vulgairement : mal du coït, dourine, etc. Vous verrez qu'il y a chez les solipèdes une maladie analogue à la syphilis humaine, en ce moment à l'étude, fort intéressante, donnant lieu à un sarcocèle spécial, mais qui n'est pas le sarcocèle particulier de la morve.

Du reste, au commencement du siècle dernier, Lafosse ayant vu, au siège de Naples, la morve et la syphilis évoluer ensemble, se rattachait à l'opinion de Van Helmont et leur assignait une origine commune, ce qui était une erreur.

Il faut arriver en 1783 pour trouver les précieuses observations de B. Osiander qui écrivit sur le *coow pox*. Osiander dit expressément que des accidents locaux peuvent se produire après les piqûres que les hommes se faisaient en soignant les chevaux morveux. Malheureusement il ne voit là qu'une affection locale et d'autres, après lui, acceptent cette manière de voir. Waldinger, en 1810, Lorin, en 1812, Weith, en 1822, etc., ne reconnaissent encore que la piqûre et ne songent pas à la contagion.

En 1821, Schilling, chirurgien d'armée à Berlin, décrit pour la première fois un érysipèle gangreneux par transmission d'un poison animal. A la même époque, Naumann

(1) Van Helmont. *Opuscula medica inaudita*. Francfort, p. 222, 1682.

(2) Astruc. *De morbis venereis libri sex*, tome I, p. 73 ; tome II, p. 932. Parisiis, 1736.

et Holbach annoncent à Berlin qu'il y a des accidents après les piqûres, mais ni l'un ni l'autre ne songent à les rapporter à la morve. Dietrich croit si peu à la contagion qu'il s'engage à s'inoculer la matière de la morve.

En un mot, l'opinion générale, à cette époque, n'admettait pas l'idée de contagion. Cependant un courant inverse commençait à naître, les observations prouvant la contagion se multipliaient et peu à peu la vérité se faisait jour.

Muscrofft constata en Écosse deux cas de transmission de la morve. Dans l'un d'eux ce fut un ouvrier, qui, en découpant un cheval morveux, gagna une maladie bizarre dont il mourut, présentant une éruption pustuleuse très prononcée : ayant pris du pus sur ces pustules et l'ayant inoculé à un âne, cet animal prit la morve et en mourut à son tour.

Tarozzi, en 1822, cite le fait suivant : 35 personnes visitent successivement une écurie dans laquelle se trouvaient des chevaux morveux, et toutes deviennent malades.

En 1823, Seidler constate la morve aiguë chez un homme qui succombe.

En 1825, Travers constate un cas de contagion du cheval à l'homme et rapporte deux observations de Coleman où l'homme donne la morve à un âne par inoculation.

En 1829, deux thèses sont soutenues à Berlin par Grub et, Krieg pour prouver la transmission morveuse du cheval à l'homme.

Elliotson rapporte quatre observations avec autopsie, et, dans un de ces cas, la morve fut donnée à l'âne par inoculation.

Le doute n'est déjà plus possible en faveur des contagionistes ; de nombreuses observations s'accumulent ayant pour auteurs Numar, en 1830, Hertwig, en 1834, Vogeli, de Lyon, en 1835, Graves, 1836-37, Albin Gras, 1837, Eck, 1837, etc.; vous voyez que les faits ne manquaient pas.

Enfin arrive la fameuse observation de Rayer, qui, dans son service de la Charité, observe, comme je vous l'ai dit, un malade, palefrenier de son état, qui gagna la morve en soignant un cheval morveux. Ce palefrenier mourut, on avait pris du pus sur les pustules ulcérées du malheureux et en l'inoculant à des chevaux, Rayer leur donna la morve.

Ce fait précieusement recueilli par Vigla et rapporté dans sa thèse, en 1839, fixait définitivement la science et ruinait la théorie anti contagioniste. Puis arrive la thèse de Lesueur, en 1841 (1), puis celle de Tardieu, en 1843 (2).

Le Compendium de chirurgie contient 43 cas et celui de médecine 45. Monneret, dans les *Archives de médecine,* en 1847, Sédillot (1847), Gubler (1848), Demarquay, Ch. Dufour (1856), rapportent des observations de morve chronique chez l'homme.

Le résultat de toutes ces observations réitérées fut la création de mesures sanitaires énergiques qui donnèrent de grands bienfaits.

Puis vinrent les expérimentateurs tels que Virchow (1855-1863), Cornil, Chauveau et Hallier, Kelsch, Bouley, etc. Tous ces auteurs firent des expériences sur des animaux; mais si la science n'est pas encore fixée sur le virus de l'affection morvo-farcineuse, on sait que de toutes les espèces animales, c'est l'espèce asine qui se montre le plus favorable à la réceptivité de ce virus.

(1) Lesueur. Transmission de la morve aux militaires, etc. 1841.

(2) De la morve et du farcin chroniques chez l'homme et les solipèdes. 1843.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Lipôme sus-claviculaire. — II. Ostéite du tibia, hydarthrose, abcès de l'articulation péronéo-tibiale, amputation de la cuisse.

Nous avons à faire aujourd'hui deux opérations, nous avons une tumeur à enlever et une amputation de cuisse à pratiquer.

I. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de trente-huit ans, lymphatique, à la peau fine et délicate et qui porte, dans le creux sus-claviculaire qu'il remplit, un lipôme. Cette tumeur assez volumineuse déborde même la clavicule et présente cette particularité qu'elle est couverte de veinosités nombreuses qui s'aperçoivent très distinctement à travers la peau, comme si les veines émergeaient de la tumeur ou mieux encore comme celles que l'on remarque sur le sein d'une femme qui allaite son enfant. Ces veinosités, qui indiquent une circulation considérable, demanderont une grande attention pendant le cours de l'opération, car elles nous exposent à des dangers sérieux. De même après l'ablation de la tumeur, elles seront encore un sujet d'inquiétude; car elles peuvent occasionner des accidents de résorption; de là la nécessité d'un pansement antiseptique rigoureux. Du reste, cette circulation plus considérable est un des caractères mêmes des lipômes, surtout lorsque ceux-ci siègent aux membres inférieurs; elle est plus rare aux membres supérieurs.

Ici nous sommes bien, en effet, en présence d'une tumeur de cette nature, dont les cloisonnements fibreux sont remplis de tissu adipeux, et non pas comme chez le malade que nous avons opéré ces jours derniers et à propos duquel nombre d'entre ceux qui l'ont examiné se sont trompés dans leur diagnostic. On avait également cru à un lipôme. La tumeur était située dans la région dorsale ; une première incision montra qu'il s'agissait de graisse sébacée, cette incision fut agrandie et l'on se trouva en présence d'un kyste sébacé non cloisonné.

En résumé, chez notre malade d'aujourd'hui il s'agit bien pour nous d'un lipôme, s'étendant profondément dans le creux sus-claviculaire vers les vaisseaux et les nerfs du plexus brachial. Aussi nous faudra-t-il disséquer avec grand soin la tumeur à ce niveau afin de n'en léser aucun d'eux. Si la compression du plexus nerveux pour les tumeurs, compression légère encore, détermine quelques douleurs qui vont en irradiant, ces douleurs sont très peu vives, la malade souffre peu en réalité; et si elle demande à être opérée, c'est surtout en raison de l'augmentation continue du volume de la tumeur et de la difformité qu'elle entraîne déjà avec elle.

L'incision que je vais faire à la peau longera la clavicule, afin que la cicatrice soit aussi peu visible que possible.

II. Notre second malade est un homme de trente-trois ans, qui avait toujours été bien portant, lorsqu'il est tombé sur le genou, il y a quatre ans et demi. Après cet accident, il a continué pendant quelque temps à aller et venir et à se livrer aux mouvements fatigants que nécessite la profession d'ouvrier chapelier. Mais, au bout de plusieurs semaines, il a commencé à souffrir de douleurs assez vives dans le genou et six mois plus tard le médecin auquel il s'adressa constata l'existence d'une hydarthrose grave. Un traitement par des applications de teinture d'iode, de vésicatoires et de pointes

de feu amena une amélioration notable et notre homme voulut reprendre son travail ; pendant quelque temps il put le faire, mais bientôt le mal reparut, puis guérit de nouveau par un traitement énergique, puis reparut encore, et de rechutes en rechutes le genou est devenu de plus en plus malade, de telle sorte que cet homme s'est décidé à entrer à l'hôpital Laennec. Il y fut traité par des pointes de feu et par un bandage inamovible. Le mal ne cédant pas, on lui proposa de lui faire la résection des os malades : il s'y refusa et quitta l'hôpital. Pendant un certain temps il resta chez lui ; mais les douleurs augmentant d'intensité, il est entré dans notre service réclamant, non pas une résection dont il ne voulait pas entendre parler, mais l'amputation du membre.

Après un examen minutieux, j'ai pu constater que le malade ne guérirait pas sans une opération. Une résection à la rigueur était possible ; mais passé l'âge de vingt-quatre à vingt-cinq ans, elle ne réussit guère et ne répond généralement pas au but que l'on se propose.

En résumé, nous avons affaire à un homme qui est malade depuis quatre ans et demi, dont l'extrémité supérieure du tibia est tuméfiée, déformée au niveau de son condyle interne surtout, qui est le siège d'une ostéite bien évidente, avec formation de pus. Les mêmes accidents existent aussi sur le côté externe du tibia et l'articulation péronéo-tibiale est également malade, elle renferme du pus qui provient soit de l'articulation du genou, soit du tibia dont le condyle externe est aussi atteint. Enfin l'ancienne hydarthrose a laissé aussi après elle un épaississement notable de la synoviale. Dans ces conditions, la résection, — si nous voulions la pratiquer, — devrait porter à la fois sur le tibia et sur le fémur dont les surfaces ne sont peut-être pas tout à fait saines. Je lui préfère donc de beaucoup l'amputation de la cuisse à deux lambeaux.

J'ajouterai encore que l'état général de ce malade est moins bon qu'il y a quelque temps ; il a maigri ; il tousse depuis près de deux ans, il expectore des crachats opaques. A l'auscultation nous avons trouvé, au sommet du poumon droit, un peu de souffle, un peu d'expiration prolongée, surtout en arrière dans la fosse sus-épineuse, ainsi que quelques craquements. Enfin, bien qu'il ne me paraisse pas être tuberculeux, cependant il y a certainement quelque chose dans le poumon droit. En pareil cas, beaucoup de chirurgiens se refuseraient à intervenir par une opération ; pour moi, c'est une raison au contraire d'opérer, car si le poumon est atteint, il ne l'a été que consécutivement aux accidents du genou et l'amputation en faisant disparaître l'affection des os peut très bien entraîner par suite la guérison des poumons. Voilà pourquoi je considère comme utile d'intervenir promptement.

PHLEGMONS DE LA PAROI ABDOMINALE.

Par M. le docteur GIRARD.

Dans son numéro du 1er septembre 1883, la *Gazette des hôpitaux*, au sujet des phlegmons de la paroi abdominale, fait appel aux confrères qui auraient vu des phlegmons semblables, en les priant de lui en adresser le récit. Je réponds à cet appel et je lui adresse l'observation suivante qui rentre dans ce cadre, après en avoir élagué beaucoup de détails qui l'allongeraient inutilement.

Le 14 septembre de l'année dernière, remplaçant, pendant une absence de quelques jours, mon confrère et ami le docteur de Courtys, je vis arriver à ma consultation un de ses clients, employé à l'hôtel de Lille et d'Albion, qui se plaignait d'éprouver, depuis quelques jours, une gêne dans la région antérieure et inférieure de l'abdomen, et des douleurs en urinant.

C'était un homme d'une trentaine d'années, un peu trapu, bien musclé, d'un très bon tempérament et présentant tous les attributs d'une excellente santé. Pas de commémoratifs ; aucune diathèse appréciable. Pas d'abcès antérieurement ; pas de coups ; pas d'excès ; pas de surmenage.

L'examen du ventre me révéla un empâtement assez prononcé, en nappe, et une rénitence profonde de la région prévésicale. Traitement approprié.

Le malade revint me voir le 15, car il continuait son travail à l'hôtel, les souffrances n'étant pas très vives et l'appétit étant à peu près conservé. Je le revis le 19, l'empâtement était beaucoup plus étendu, les mouvements plus gênés, et je l'engageai à suspendre son travail et à garder la chambre : ce qu'il fit.

Il me fit appeler le 24, mais plutôt pour un violent mal de tête que pour son phlegmon qui, cependant, ne faisait que s'étaler de plus en plus et formait comme une vaste cuirasse dans toute l'étendue du bas-ventre jusqu'à l'ombilic, sans changement de *couleur à la peau*, et sans grande douleur au palper et sans fluctuation. Ce mal de tête fut très violent et très persistant pendant une huitaine de jours, malgré les divers moyens employés, et me fit craindre quelque grave complication du côté du cerveau. A peine pouvait-il soulever sa tête de dessus l'oreiller. La fièvre était modérée cependant, et il n'y avait pas de vomissements. Tout finit par rentrer dans l'ordre de ce côté, mais les mouvements devenaient de plus en plus douloureux dans le ventre, et même presque impossibles.

Enfin, le 27 au soir, la tumeur commença à pointer, mais bien loin de son lieu d'origine, immédiatement au-dessous du nombril, comme si le pus, après s'être étalé en nappe sous toute la paroi du bas-ventre, avait enfin trouvé un point plus faible qui lui permit de se faire jour au dehors.

J'avais là une petite tumeur fluctuante de la grosseur d'une noisette ou d'une petite noix. Je fis une incision assez profonde et large au plus de 2 centimètres et, à mon grand étonnement, rien ne sortit. Un stylet que je fis doucement glisser dans la plaie, s'enfonça de 12 ou 15 centimètres et rien ne parut encore. Persuadé de la présence du pus qu'un bouchon seul pouvait empêcher de sortir et ne voulant pas me livrer à des manœuvres qui auraient pu devenir nuisibles, je fis mettre un cataplasme en promettant que, dans la nuit, le pus sortirait en abondance. C'est ce qui arriva en effet. Le lendemain, j'eus la satisfaction de voir le cataplasme, la chemise et les draps inondés de pus, pus crémeux, de bonne nature, pus d'abcès chaud et *sans odeur* notable.

A partir de ce moment le malade fut soulagé, l'empâtement diminua peu à peu ; le pus devint moins abondant : le malade put se lever une huitaine de jours après, s'asseoir sur un fauteuil et faire quelques pas dans la chambre. Mon stylet s'enfonçait de moins en moins. Je mis un tube à drainage pour empêcher la plaie très étroite de se fermer. Vers le 10 octobre, le malade put faire quelques promenades en bateau avec son tube et un léger cataplasme, et, le 18 octobre, il put venir chez moi, à ma consultation. Il restait encore une petite plaie fistuleuse, dans laquelle je fis quelques injections iodées, de petits bourgeons charnus que je cautérisai, et le malade reprit son service dans les premiers jours de novembre ; mais il ne fut complètement guéri que dans la seconde quinzaine de décembre.

En résumé, l'abcès avait mis vingt-deux ou vingt-cinq jours avant de pointer, et deux mois et demi pour guérir après l'ouverture.

Je crois qu'une plus large incision aurait amené une guérison plus rapide ; mais ce qui me détourna en partie de la pratiquer, c'est que, en dehors du point où l'abcès poin-

tait, le pus était si profond (ce que m'indiquait la direction de mon stylet) qu'il aurait fallu, pour arriver jusqu'à lui, diviser toute l'épaisseur de la paroi abdominale, très considérable chez ce malade.

Je suis persuadé aussi que nous aurions pu gagner un bon mois pour sa guérison définitive, si j'avais vu ce malade tous les jours. Mais, ayant repris son service et ne souffrant plus, il ne venait me voir que tous les huit ou dix jours.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 septembre 1883. — Présidence de M. Larrey.

M. BALL présente, au nom de M. Bochefontaine, une note sur quelques expériences relatives à l'action antiseptique des sels de cuivre. Il résulte de ces expériences que, si le sulfate de cuivre est capable d'agir sur l'élément contagieux du choléra, son action ne s'exerce pas sur des vibrioniens ou germes microbiques.

LECTURES

Influence de la diphtérie sur la grossesse. — **M. AUG. OLLIVIER** lit, sous ce titre, un travail dans lequel il s'est proposé d'appeler l'attention de l'Académie sur l'influence que la diphtérie peut exercer sur le produit de la conception. Il a eu, cette année, l'occasion d'observer, dans son service à l'hôpital Saint-Louis, un cas d'avortement chez une femme enceinte de quatre mois environ et atteinte d'une angine diphtéritique. Cette observation, à son avis, met hors de doute l'influence nocive que peut avoir la diphtérie sur la grossesse.

M. Ollivier a recherché, à cette occasion, laquelle des deux causes inhérentes à l'état de la mère, l'asphyxie ou l'empoisonnement diphtéritique, a eu le plus d'influence sur l'avortement.

L'avortement a eu lieu entre le sixième et septième jour du début de la maladie. Or le quatrième jour la respiration était facile; le cinquième elle devenait un peu gênée, et le sixième la cyanose apparaissait aux lèvres et aux extrémités. La gêne respiratoire ne datait donc pas de longtemps lorsque l'avortement s'est produit, et elle n'a pas même empêché la malade de se lever et de marcher. En somme, et en admettant que l'asphyxie ait joué un certain rôle, ce rôle n'a pas été prédominant, et M. Ollivier pense que dans le cas actuel il vaut mieux reconnaître comme cause l'empoisonnement diphtéritique, que cet empoisonnement eût été primitif ou consécutif à l'affection locale.

La nature de l'agent spécifique infectieux de la diphtérie est encore inconnue. Cet agent est-il parasitaire ou non? Il est difficile aujourd'hui, dit M. Ollivier, de se prononcer d'une manière difficile, mais on doit reconnaître que les partisans de la première opinion deviennent de plus en plus nombreux.

Voici en quels termes M. Ollivier résume son travail :

La diphtérie peut, chez la femme enceinte, être la cause de l'avortement et acquérir, par cela même, une plus redoutable gravité.

L'avortement serait dû, dans un bon nombre de cas, non point à l'asphyxie ni à l'élévation de la température du sang, mais à une altération de ce liquide, altération qui, si elle est encore mal définie, est néanmoins incontestable.

La possibilité d'un avortement avec ses dangers impose à l'avenir des mesures de précaution et d'isolement lorsque des femmes enceintes se trouvent dans une même salle que des malades atteintes de diphtérie; c'est tout particulièrement sur ce point qu'il a désiré, en terminant, appeler l'attention de l'Académie. (Comm. MM. Roger, Bergeron et Tarnier.)

M. BÉCHAMP, à l'occasion de la lecture faite, dans l'une des dernières séances, par M. Bouchardat, sur le parasite de la tuberculose, commence une communication sur les microzymas et leur évolution dans l'organisme à l'état sain et à l'état pathologique.

L'orateur, n'ayant pu développer que la première partie de sa communication, a dû renvoyer la suite à une séance prochaine. (Voir le Premier-Paris.)

M. GUENEAU DE MUSSY résume un mémoire de M. Baréty (de Nice), ayant pour titre : *Auscultation des bruits œsophagiens pendant la déglutition, modifications de ces bruits dans certains états pathologiques thoraciques.* (Comm. MM. Gueneau de Mussy, Peter et Jaccoud.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

VARIÉTÉS

Nouvelle ceinture imaginée par une hystérique hypnotique contre les voyages forcés à Cythère dans le somnambulisme.

Par M. le Dr V. Burq.

La *Gazette des hôpitaux* a publié, l'année dernière et cette année, une série d'articles sur les *origines de la métallothérapie* qui donne un intérêt d'actualité tout particulier au fait qui va suivre. Nous en tenons les détails principaux de M. Magnin, qui a collaboré si activement aux expériences *métallo-hypnotiques* de M. Dumontpallier.

On sait que les tribunaux ont eu plus d'une fois à sévir contre des actes de viol ou d'amour forcé, accomplis dans *l'état somnambulique*. Naguère encore un prétoire de la Suisse retentissait d'une affaire de ce genre. Or, voici de quelle façon une somnambule émérite, bien connue par les expériences remarquables dont elle a fait le sujet, vient de s'y prendre pour *sauvegarder sa vertu*. Ce n'est point assurément que X..., — c'est la somnambule en question, — soit bien féroce sous ce rapport. Mais si parfois il lui plaît de jeter son bonnet par-dessus les moulins, si hauts soient-ils, il ne lui convient point, paraît-il, de le faire voler inconsciemment et encore moins d'être exposée à le voir ramasser par le premier venu. Serait-ce parce que X... estime qu'en pareille matière le souvenir a bien lui-même son prix? Ou bien est-ce par amour de l'art, par une soif de la collection, comme celle qui a fait dire d'une célèbre tragédienne « qu'elle fut une encyclopédiste »? A notre célèbre ami H. Escoffier, *alias* Thomas Grimm, qui a étudié sur le vif et si bien dépeint, en son roman *l'Insensible*, les sujets de cette catégorie, ou sinon, au diable de répondre. Toujours est-il qu'aujourd'hui X... se trouve en possession d'un remède héroïque contre ses actes inconscients, et se déclare désormais complètement à l'abri de l'influence de la *suggestion* de ceux qui visent ses charmes sous le fallacieux prétexte d'étudier en elle l'hypnotisme. Avant de faire connaître le remède, il convient de dire à la suite de quelle aventure l'idée lui en est venue.

X... n'est pas seulement un sujet hypnotique rare. C'est aussi une grande jeune femme presque belle de visage et aux formes opulentes. Aussi, lorsque la métallothérapie eut restauré X... suffisamment, ne tarda-t-elle point à compter sur la rive gauche des succès de plus d'une sorte. Ce fut d'abord, nous voulons bien le croire, une pensée exclusivement scientifique qui dirigea les nouveaux expérimentateurs. Mais comme c'est sur le terrain du somnambulisme surtout que « la coupe est proche des lèvres », — peut-être un jour traiterons-nous ce sujet particulièrement scabreux, — les choses finirent, en tous cas, par dévier si complètement que, d'expérience en expérience, il arriva un beau jour à X... de se retrouver fort avant dans la nuit, dans une chambre, en face d'un inconnu, sans trop savoir comment et à quelle heure elle y était entrée. Que s'était-il passé? Elle l'ignorait aussi; mais le désordre de sa toilette témoignait de reste que ce n'était point précisément pour *chanter matines* qu'elle avait été conduite dans ce lieu. Soit que le galant ne fût pas complètement de son goût, soit pour un autre motif que nous n'avons que faire de rechercher, l'aventure

donna fort à réfléchir à X... et, pour ne pas avoir à en subir de pareille, voici ce qu'elle a imaginé :

Se rappelant qu'à l'hôpital on la réveillait avec des disques de cuivre, elle a formé une ceinture d'un certain nombre de ces disques qu'on lui avait remis à sa sortie pour faire de temps en temps des applications et elle s'est mise à ne plus se risquer dans les réunions joyeuses auxquelles elle est souvent conviée sans se l'être préalablement appliquée sur le ventre. Cette ceinture de sauvetage d'un nouveau genre rendant le somnambulisme impossible, il est arrivé, en effet, que X... n'a plus eu à redouter aucune surprise hypnotique et qu'aujourd'hui elle peut ne plus voyager vers les rives de Cythère que quand cela lui convient.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons la mort de M. Vittorio Colonicatti, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Turin, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis de cette ville, décédé à Chieri, à l'âge de trente-cinq ans.

— M. le docteur Doleris commencera, le 1er octobre, à la clinique d'accouchement, un cours complet d'obstétrique théorique et pratique. On s'inscrit, 89, rue d'Assas.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des éruptions cutanées dans l'infection puerpérale et en particulier de l'érythème polymorphe, par le docteur Geneix. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De la pérityphlite primtive, par le docteur Louis Dautel. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Observations à l'appui de la thèse sur l'ictère grave, par le docteur Dupau. — Prix : 50 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15046.

N° 109. — SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1883. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De la dilatation pupillaire, sous l'influence du pincement de la peau, dans les articulations méningo-encéphaliques de l'enfance. — Mycosis fongoïde. — La transfusion directe dans la gastrorragie et les affections stomacales. — VARIÉTÉS. La dernière maladie de M. le comte de Chambord. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la dilatation pupillaire, sous l'influence du pincement de la peau, dans les affections méningo-encéphaliques de l'enfance.

Dans l'une de ses dernières conférences cliniques, M. Landouzy, en parlant d'une malade atteinte d'une tuberculose généralisée avec prédominance de phénomènes méningitiques, nous entretenait d'un phénomène pupillaire réflexe, constaté dans des conditions analogues dans divers états pathologiques de la première enfance, par le regretté professeur Parrot qui en a fait ressortir l'importance séméiologique dans une publication récente (1). Il nous a paru intéressant de remonter à la source de cette nouvelle étude, l'une des dernières dont nous serons redevables au laborieux et infatigable observateur que nous venons d'avoir le malheur de perdre.

M. Parrot signale, dans ce mémoire, un phénomène qu'il a observé à diverses reprises, dans son service de l'hospice des Enfants-Assistés, chez de jeunes sujets atteints d'états pathologiques d'un certain ordre. Ce phénomène, qu'il désigne sous le nom de phénomène pupillaire, se produit dans des conditions morbides que nous allons exposer, toutes les fois qu'on vient à pincer plus ou moins vivement la peau sur un point quelconque de la surface du corps de ces petits malades.

C'est particulièrement dans des cas de méningite tuberculeuse cérébrale ou cérébro-spinale, d'hémorragies pie-mériennes, ou d'autres causes de compression de la masse encéphalique, en un mot dans des états entraînant les convulsions et le coma, et pendant la période comateuse que M. Parrot a constaté le phénomène en question.

Voici le résumé de ses observations classées en deux séries :

La première est divisée elle-même en quatre groupes.

Le premier groupe renferme six cas de méningite, tuberculeuse, cérébrale ou cérébro-spinale; dans trois cas l'autopsie a fait constater l'existence de ces lésions; dans les trois autres cas les symptômes ont permis d'admettre l'existence d'une lésion semblable. Chez presque tous ces malades atteints de convulsions, M. Parrot a constaté de la mydriase, ce premier phénomène du grand trouble épileptique. Le pincement de la peau sur la région épigastrique a produit, dans tous ces cas, d'une manière très nette, la dilatation pupillaire.

Un deuxième groupe est constitué par quatre observations, deux d'hémorragie pie-mérienne, démontrée par l'autopsie, deux autres dans laquelle, à défaut d'autopsie, les symptômes autorisaient le même diagnostic. Chez ces malades il y a eu des convulsions interrompant un état comateux habituel. Dans ces quatre cas la contraction irienne n'était pas, en général, aussi prononcée que dans les faits du premier groupe, et pour rendre très apparente la dilatation pupillaire par le pincement de l'épigastre, il a fallu plus d'une fois se servir de la lumière artificielle.

Les sujets du troisième groupe ont été, comme les autres, atteints de convulsions, et sont tombés dans un coma profond. Durant le coma, l'augmentation du diamètre de la pupille par le pincement s'est manifesté d'une manière très évidente. M. Parrot a classé ces trois sujets à part, parce que chez eux la masse encéphalique a subi une compression.

Chez les enfants du quatrième groupe, l'autopsie n'a donné que des résultats négatifs. Toutefois la dilatation pupillaire a été déterminée comme chez ceux des trois premiers groupes, pendant le coma.

Les faits de la deuxième série, au nombre de sept, diffèrent très nettement de tous ceux de la première. Dans aucun d'eux les pincements, si énergiques et si réitérés qu'ils aient été, n'ont pu déterminer la moindre modification dans l'état de l'iris. Tous les sujets de cette seconde série étaient, sans exception, dans un coma profond. On a noté, dans tous les cas où l'on a songé à la rechercher, l'analgésie cutanée, à des degrés divers. L'autopsie a montré deux fois de l'œdème de la pie-mère ; et ces circonvolutions cérébrales avaient un relief prononcé. Deux fois on a constaté que les vaisseaux de la pie-mère étaient très congestionnés ; la substance nerveuse ne l'était pas moins.

M. Parrot ne s'est pas borné, dans cette étude, à la constatation d'un signe qui devra désormais prendre place dans la séméiologie. Il a voulu rechercher quel a été, chez les enfants de la première série, le mécanisme de la dilatation pupillaire sous l'influence du pincement de la peau ; et pourquoi, chez ceux de la seconde, l'iris est restée immobile.

(1) *Revue de médecine.* Octobre 1882.

D'après les recherches des physiologistes, on sait que deux ordres de mouvements se passent dans l'iris : les uns névro-musculaires ayant pour agents l'orbiculaire ou sphincter de la pupille innervé par le moteur oculaire commun, de beaucoup le plus puissant, et le muscle rayonné, innervé par le grand sympathique, moins puissant que le précédent; les autres vasculaires, sectionnés à l'état de plénitude ou de vacuité des vaisseaux iriens, la pupille se rétrécissant lorsque le sang y afflue, tandis qu'elle s'élargit lorsqu'ils se désemplissent.

Enfin, d'après M. Vulpian, les phénomènes d'action vasomotrice réflexe, qui se montrent à une distance plus ou moins grande de l'endroit primitivement irrité, sont presque tous des effets vaso-constricteurs ; et l'excitation d'un nerf sensitif rachidien, du sciatique par exemple, détermine la dilatation pupillaire.

Ces prémisses posées, M. Parrot, revenant à ses malades, fait la remarque qu'à une exception près, ils étaient dans le coma au moment de l'expérience. Chez ceux de la première série, la sensibilité cutanée était conservée, parfois même exaltée. La dilatation pupillaire sous l'influence du pincement de la peau s'est donc produite en vertu de l'une de ces actions réflexes. Mais comment se sont passées les choses? Le centre médullaire a-t-il réagi par l'intermédiaire du sympathique sur le muscle radié, ou bien par les vaso-constricteurs qui gouvernent la circulation de l'iris? M. Parrot s'est rangé au mécanisme vasculaire.

En résumé, dans les faits de la première série, voici, suivant M. Parrot, quelle aurait été la succession des phénomènes : excitation de la peau par le pincement, transport de cette irritation au centre médullaire par les nerfs sensitifs ; sa réflexion sur les vaso-constricteurs de l'iris; déplétion de ces vaisseaux; dilatation pupillaire.

Dans le cas de la seconde série, la sensibilité de la peau était, sinon éteinte, du moins considérablement émoussée ; d'où l'effet négatif du pincement de la peau et l'absence de tout changement dans l'orifice irien.

Cette étude, l'une des dernières auxquelles s'est livré le regretté maître, a été résumée par lui-même de la manière suivante :

Dans certaines affections de la première enfance, avec ou sans convulsions, avec ou sans lésions appréciables de l'encéphale, durant la période de coma qui est constante, si l'on vient à pincer la peau du creux épigastrique ou de toute autre région, on détermine un élargissement momentané de la pupille, dont le diamètre peut être doublé et même triplé.

Parmi ces affections, celles qui s'accusent par une lésion manifeste des centres nerveux sont : la méningite tuberculeuse, l'hémorragie pie-mérienne, quelques cas d'hydrocéphalie chronique, enfin certains états mal déterminés dans lesquels le volume de l'encéphale l'emporte sur la capacité crânienne.

Par contre, dans d'autres faits morbides, le plus souvent sans convulsions, mais avec coma, la pupille, très contractée, ne subit aucun changement, même lorsqu'on pince la peau d'une manière assez énergique pour provoquer quelques mouvements du côté de la face et des membres.

Chez ces malades, tantôt il n'existe aucune altération appréciable des centres nerveux; d'autres fois, on constate de l'œdème de la pie-mère ou un état congestif très prononcé; mais, dans l'un et l'autre cas, il n'y a pas de compression cérébrale; ce qui le prouve pour l'athrepsie, c'est la dépression de la fontanelle, et lorsqu'il existe de l'œdème, le relief des circonvolutions.

Jusqu'ici la seule application pratique qu'on puisse faire de l'ensemble de ces faits est la suivante :

Un enfant atteint ou non de convulsions, qui est dans le coma, et dont les pupilles ne se dilatent pas sous l'influence du pincement de la peau, n'est atteint ni de méningite, ni d'hémorragie pie-mérienne; il est sous le coup d'une asphyxie avancée, et sa mort est imminente.

Mycosis fongoïde.

On peut voir en ce moment, dans la salle des femmes du service de M. Després à la Charité, un cas rare et curieux d'une affection encore assez mal déterminée, sur laquelle les pathologistes et notamment les dermatologistes, plus spécialement compétents dans l'espèce, ne sont pas complètement d'accord. Il s'agit d'un de ces cas de lymphadénie cutanée décrits pour la première fois par Alibert sous le nom de mycosis fongoïde.

La malade en question est une femme de trente-quatre à trente-cinq ans, habitant la campagne, née de parents sains qui sont arrivés à un âge avancé sans avoir été malades. Cette femme assure n'avoir jamais eu elle-même aucune maladie jusqu'à l'époque où a débuté l'affection dont elle est actuellement atteinte. Elle en attribue l'origine à une grande frayeur qu'elle a eue au mois de mai l'année dernière, il y a par conséquent environ seize mois, et à la suite de laquelle elle a éprouvé un très grand malaise qui s'est longtemps prolongé. C'est du moins, à la suite de cette circonstance et alors qu'elle était sous l'influence de ce grand malaise, qu'elle a vu survenir successivement, sans douleurs et sans même la moindre démangeaison, sur les deux membres supérieurs, notamment sur les bras et les avant-bras, d'abord des taches rouges avec élevure, s'étendant et se développant graduellement, au point de devenir en peu de temps d'énormes tumeurs rougeâtres, mollasses, mobiles, semi-fluctuantes, de forme hémisphérique, mais généralement ovoïde ou oblongue, la plupart sessiles, quelques-unes largement pédiculées. Les plus petites de ces tumeurs avaient au moins le volume d'une noisette, les plus grosses avaient le volume de grosses pommes; l'une d'elles, même, dit la malade, était au moins aussi grosse que son poing. Elles ressemblaient assez bien, par leur coloration comme par leur consistance et leur forme, à de petites aubergines à l'état de complète maturité. Ces tumeurs, au nombre de cinq à six à chaque membre, étaient accompagnées d'une nombreuse pléiade de taches rouges avec élevure, de diverses dimensions, depuis celle d'une grosse lentille jusqu'à celle de larges plaques de 2 à 3 centimètres de diamètre. Deux d'entre elles, les deux plus volumineuses du bras droit, étaient largement ulcérées. Une seule au bras gauche, située un peu au-dessus du poignet et sur laquelle on a pratiqué, paraît-il, plusieurs incisions, était également ulcérée à son sommet. Cette femme a été soumise, dans son pays, à un traitement par l'iodure de potassium. Malgré l'usage de ce traitement, — la malade dit : à cause, — les tumeurs n'ont cessé de s'accroître. En outre, ses règles s'étaient supprimées. Enfin elle rapporte que tandis que quelques-unes de ses tumeurs s'accroissaient rapidement, d'autres, après avoir subi une sorte de flétrissure, s'être rissolées, suivant l'expression même de la malade, avaient fini graduellement par disparaître, tandis que de nouvelles taches se montraient.

Tel était à peu près l'état de cette malade au moment où elle est entrée à la Charité, le 17 août dernier, il y a un peu plus d'un mois. L'examen le plus attentif de la région axillaire, des plis du coude et des régions voisines, n'ont fait constater la présence d'aucun ganglion lymphatique engorgé ou induré. L'état général était d'ailleurs assez satisfaisant, à cela près, d'un certain degré d'émaciation et de faiblesse générale. M. Després a prescrit l'usage du fer, des bains sulfureux et a fait panser les tumeurs ulcérées avec du vin aromatique; le tout secondé par une bonne alimentation. Depuis qu'elle est à ce régime, la malade s'est sentie reconstituée, ses règles ont reparu, la plupart de ses tumeurs sont en voie de décroissance et les ulcérations tendent à s'émonder et à se rétrécir. Il semble, en un mot, que la maladie soit en voie de rétrocession. Il sera intéressant de suivre cette malade et de voir ce que l'avenir lui réserve.

Si l'on s'en rapporte au petit nombre de cas de ce genre consignés dans les annales de la science, il faudrait apporter quelque réserve au pronostic favorable qu'on serait disposé à porter ici. « Sur onze cas de mycosis fongoïde que la science possède, écrivait Bazin en 1874, dans l'article Mycosis du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, je ne connais qu'un cas de guérison bien authentique; tous les autres se sont terminés par la mort ou ont été perdus de vue dans des conditions qui pouvaient faire présager cette funeste terminaison. » Quant à la nature de l'affection, il suffira de rapprocher la rapide relation que nous venons de donner de l'état de cette malade, des descriptions qu'ont données de la maladie Bazin, dans ses *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées*, de 1862 et 1863, et dans l'article précité, MM. Gillot dans sa thèse de 1868, et Demange dans sa thèse de 1874, pour se convaincre que c'est bien effectivement au mycosis fongoïde que nous avons affaire dans ce cas-ci.

Le seul fait de ce genre qu'il nous ait été donné de voir, est celui du malade que Hillairet présenta à l'Académie, dans sa séance du 7 décembre 1880. Il s'agissait d'un homme de quarante-trois ans qui, dans l'espace de moins d'une année, a eu successivement la poitrine et le dos d'abord, puis les bras, le cou, le ventre, les fesses et les cuisses, envahis de tumeurs du même genre, de consistance mollasse, d'un rose pâle pour la plupart, d'un rouge plus vif en certains points, non douloureuses à la pression, de volume et de forme variables, hémisphériques, ovoïdes ou allongées dans différents sens. Les jambes, la face et le cuir chevelu, ainsi que la peau de la verge et le scrotum, étaient restés seuls indemnes.

Comme chez la malade dont nous venons d'esquisser l'histoire, la plupart de ces tumeurs avaient subi des variations, des oscillations dans leur évolution. Les unes étaient restées stationnaires, tandis que d'autres avaient diminué de volume ou avaient même disparu, et d'autres encore s'étaient accrues. Contrairement à ce qui a lieu chez la malade de M. Després, le malade d'Hillairet éprouvait de vives démangeaisons sur certaines tumeurs. Tandis que sur certaines l'anesthésie étaient complètes, sur d'autres, au contraire, il y avait hyperesthésie. Les ganglions inguinaux ainsi que les ganglions axillaires étaient engorgés, ce qui a été constaté dans presque tous les cas connus, et ce qui n'existe pas chez notre malade.

Enfin, dans le cas d'Hillairet, l'examen du sang recueilli sur une partie saine a donné pour résultat une très légère leucocythose, sans aucune anémie globulaire; tandis que le sang pris au niveau d'une tumeur a montré une quantité énorme de cellules lymphoïdes. Nous ne savons pas encore si cet examen a été fait chez la malade de la Charité.

Il y aura à revenir évidemment plus tard sur l'histoire de cette femme.

LA TRANSFUSION DIRECTE DANS LA GASTRORRAGIE ET LES AFFECTIONS STOMACALES.

Par M. le docteur Roussel (de Genève).

Les hémorragies stomacales graves offrent une indication précise de la transfusion, surtout lorsqu'elles sont le résultat d'un ulcère simple, ordinairement accompagné d'anémie profonde. En effet, le collapsus produit par la perte de sang nécessiterait une substantielle nourriture ; mais, pendant la période hémorragique, l'alimentation doit forcément être suspendue, parce que les mouvements stomacaux sont une des causes premières de la perte sanguine et des récidives mortelles.

Si la transfusion peut fournir une sorte d'alimentation provisoire, ce qui est pour moi certain, elle permettra de soutenir la vie du malade, pendant que l'on imposera à l'estomac le repos complet, qui est absolument nécessaire à l'oblitération, par un caillot fibrineux, des vaisseaux ouverts dans l'ulcération.

De fréquentes injections sous-cutanées de morphine devront être faites au creux épigastrique, afin d'immobiliser l'estomac, de calmer le sentiment de la faim et de tenir le patient dans une somnolence prolongée. Quelques gouttes de lait écrémé et glacé, quelques fragments de glace dans la bouche suffiront à calmer la soif et à tromper l'appétit.

La transfusion doit être conduite avec une grande lenteur et à doses moyennes ou petites, 150 ou 100 grammes, afin d'éviter toute tension artérielle trop active.

Aussitôt que la survie du transfusé a été assurée par le sang nouveau, le chirurgien doit cesser son opération en laissant même son malade dans un état de grande faiblesse, quitte à renouveler la transfusion s'il le faut.

Si le malade n'est atteint que d'un ulcère simple, la guérison peut devenir définitive par la cicatrisation complète de l'ulcération et par la cessation de l'anémie, cause ou résultat de l'affection primitive.

Si la tumeur est cancéreuse, mais sans généralisation, le malade pourra jouir d'une survie parfois très prolongée. Mon avis est qu'il faut toujours tenter la transfusion dans les cas d'hémorragies stomacales ou intestinales répétées et très graves, et aussi dans les cas d'épistaxis incoercibles.

La thérapeutique classique se montre alors si constamment insuffisante que le médecin a pour devoir de chercher mieux et d'accepter ce réel progrès, la transfusion directe, quoi qu'en disent ceux qui la trouvent trop difficile, parce qu'ils n'ont pas voulu l'étudier.

Quant à moi, je l'opérerais même lorsque les médecins traitants auront désespéré et porté le diagnostic : cancer organique. Avant la généralisation et la cachexie, ce diagnostic ne s'appuie sur aucune base précise et indéniable.

Je ne sais pas même si le caractère de certitude et d'infaillibilité peut être attribué au tout récent précepte du professeur Rommelaere, de Bruxelles, que je peux résumer ainsi : De deux malades atteints dans un organe profond,

celui-là est curable dont la quantité d'urée excrétée dans la journée est de 15 à 20 grammes, l'autre est frappé d'une dénutrition incurable dont l'urée tombe à 5 ou 8 grammes.

Même dans ce cas, qui me paraît, ainsi qu'à Rommelaere, absolument grave, j'appliquerais la transfusion, non pas au cancer, mais à l'hémorragie mortelle.

Mon opinion s'appuie sur deux transfusions suivies de tout le succès que l'on pouvait en espérer.

Je relate avant elles une toute récente transfusion contre des hémorragies stomacales, opérée à Anvers par un praticien qui a bien voulu ne pas trouver ma méthode trop difficile, tout au contraire.

Il est vrai que les administrations belges, en plaçant le transfuseur direct entre les mains de tous leurs médecins, leur ont donné la facilité d'étudier préalablement le manuel opératoire, ce que l'administrations française refuse encore de faire, malgré les demandes réitérées et signées de plus de soixante-dix médecins des hôpitaux civils et militaires.

M. le docteur Gustave Leroy (d'Anvers) a publié dans les *Annales de la Société de médecine* d'Anvers, mai et juin 1883, une observation de transfusion directe de sang pour combattre une hémorragie stomacale.

Bien que le résultat final de cette opération n'ait pas répondu à notre attente, ni à nos efforts, nous croyons bien faire en donnant communication de ce cas extrêmement remarquable, parce qu'il est bien propre à faire ressortir les grands avantages qu'on est en droit d'attendre de cette opération, dans certaines circonstances déterminées.

Voici l'observation :

Mlle Marie V..., d'Anvers, âgée de vingt ans, née de parents sains, forte, vigoureuse, bien réglée et sans antécédents morbides, se sent affectée un jour de faiblesse, vertiges, pâleur, abattement ; le tout sans cause connue ni douleurs.

Huit jours se passent, lorsque la jeune fille, alors en promenade, se trouve subitement mal, faiblit et finit par vomir une grande quantité de matière noirâtre. Transportée chez ses parents, elle fut soignée par ceux-ci pour une indigestion, et ce n'est que le surlendemain de l'accident que nous fûmes appelés auprès de la malade.

Nous trouvons celle-ci dans un état de faiblesse extrême ; la figure est pâle et bouffie, les muqueuses décolorées, le pouls très fréquent et faible ; le creux épigastrique est le siège d'une douleur fort vive, qui s'exaspère à la pression et qui irradie le long des nerfs intercostaux gauches, jusqu'à la colonne vertébrale.

Rien du côté du cœur ou des poumons, pas d'albumine dans es urines, soif vive, appétit nul ; une abondante selle marc de café vient de se produire et a donné lieu à une syncope.

Nous diagnostiquons un ulcère à l'estomac. Tout le monde sait que parfois ces ulcères s'établissent et progressent sourdement, sans se révéler par aucun symptôme, jusqu'au moment où ils atteignent un gros vaisseau, dont la perforation donne lieu à une hémorragie parfois foudroyante.

Le traitement institué consista en pilules de glace, styptiques, injections sous-cutanées d'ergotine ; plus tard, lait, bouillon et vin glacés ; lavements au bouillon et aux œufs ; une injection de morphine au creux épigastrique pour calmer la douleur.

Six jours se passent ainsi : déjà les forces semblent revenir, le pouls se relève, nous croyons pouvoir donner le bon espoir aux parents, lorsque survient une nouvelle hématémèse très abondante, suivie le lendemain d'une selle marc de café.

La situation devenait grave ; nous ne le cachâmes pas aux parents et demandâmes un consultant. M. le docteur Schmitz nous fut adjoint. Le diagnostic fut confirmé, le traitement fut continué, et nous donnâmes, en plus, des lavements vineux, auxquels fut ajouté un gramme de teinture d'amamelis virginica.

Après trois jours de répit, une nouvelle hémorragie se produit et rend la situation de notre malade extrêmement précaire : étendue inanimée sur sa couche, dans un état syncopal presque continu, froide et complètement anémiée, saisie d'accès éclamptiques très effrayants au moindre mouvement qu'on lui imprimait, ne donnant signe de vie que lorsqu'on pressait sur la région stomacale, ou lorsqu'on approchait un morceau de glace de ses lèvres desséchées ; rejetant tout, même l'eau glacée, qu'elle aspirait par cuillerées à café : le pouls, à peine perceptible, donnant 160 pulsations à la minute.

Le traitement consista en injections d'éther et d'ergotine, lavements vineux, applications de sinapismes et de glace à la région épigastrique, enfin de petites quantités de perchlorure de fer à l'intérieur.

Rien n'y fit ; le lendemain survint un nouveau vomissement de sang et une nouvelle selle noire.

C'est alors que, comme dernière ressource, la transfusion du sang fut décidée. Déjà depuis quelques jours nous nous étions procuré auprès de l'administration l'appareil à transfusion du docteur Roussel, ainsi qu'un sujet convenable, une forte jeune fille de vingt-deux ans, qui, à notre première demande, avait généreusement consenti à donner son sang pour sauver une étrangère, une inconnue !

Assisté de MM. les docteurs Schmitz et Grade, nous pratiquâmes l'opération presque sur un cadavre, par pur acquit de conscience, et aussi quelque peu, pourquoi le nier? par un sentiment de curiosité scientifique bien compréhensible.

Nous injectâmes dans cet organisme exsangue 130 grammes d'un sang jeune, vigoureux et sain. L'effet fut merveilleux !... Autour de nous on disait miraculeux. Deux heures après l'opération, nous trouvâmes notre moribonde de tantôt assise dans son lit, la figure enluminée, le sourire sur les lèvres, nous tendant la main, et nous exprimant sa joie et sa reconnaissance.

Nous étions presque effrayés de notre succès : le pouls, en effet, semblable à celui d'un pneumonique, plein, dur, et donnant 100 pulsations à la minute, accusait une tension artérielle tellement forte qu'à notre avis le caillot bouchant le vaisseau ulcéré pourrait bien ne pas y résister.

Nous recommandâmes le calme, le repos, des mesures hygiéniques sévères, et pour tout traitement de la glace intus et extra.

A notre visite du lendemain, une cruelle désillusion nous attendait : une nouvelle hémorragie survenue pendant la nuit avait détruit toute notre œuvre de la veille, et nous trouvâmes notre malade dans le même état misérable où elle se trouvait avant la transfusion.

Il n'y avait pas à hésiter : une nouvelle transfusion fut résolue, la famille fut chargée de trouver un sujet convenable, et deux heures plus tard nous étions prêts à recommencer l'opération.

Malheureusement notre sujet ne valait pas celui de la veille ; après bien des recherches, on avait trouvé une jeune fille de vingt-six ans, petite, délicate, mal nourrie, que nous n'acceptâmes qu'à défaut d'autre, et en présence de la nécessité d'une intervention immédiate.

Au moment même où nous ouvrîmes la veine à cette fille, elle chancela et faiblit ; le sang cessa de couler, et nous fûmes forcés de suspendre l'opération.

On courut de divers côtés pour trouver une personne qui voulût bien sacrifier quelques onces de son sang ; j'éprouve quelque honte à dire qu'on ne trouva personne !

Nous nous promîmes de chercher nous-mêmes une personne de bonne volonté, et nous nous donnâmes rendez-vous pour l'après-midi auprès de la malade..... L'après-midi la jeune fille était morte !

« L'enseignement qui découle de cette histoire, ajoute l'auteur de l'observation, est certainement en faveur de la

transfusion du sang. Celle-ci s'est comportée comme une médication héroïque et sans égale pour combattre promptement et victorieusement un état d'anémie aiguë, arrivé à un degré extrême.

L'insuccès de l'opération dans le cas actuel n'est évidemment pas dû à la médication, mais bien à la nature même de la maladie que celle-ci avait à combattre. Si, au lieu d'avoir affaire à une hémorragie interne, nous avions eu à combattre les suites d'une lésion externe, alors que nous aurions pu au préalable lier les vaisseaux lésés, notre insuccès actuel se fût probablement transformé en un succès merveilleux.

Concluons donc de ce cas que les hémorragies internes constituent peut-être une contre-indication à la transfusion du sang, ou du moins qu'elles diminuent notablement les chances de succès de cette opération. Les hémorragies utérines font exception à cette règle, parce que l'arrivée d'un sang nouveau stimule les contractions utérines, et arrête ainsi l'hémorragie.

Nous allons donner maintenant une courte description de l'appareil à transfusion dont nous nous sommes servi et dont M. le docteur Roussel, de Genève, est l'inventeur.

Cet appareil est construit entièrement en caoutchouc *naturel*, lequel a la propriété de n'exercer aucune action coagulante sur le sang. Il se compose... (Suit la description et le dessin du transfuseur, d'après un article du docteur Titeca, *Arch. méd. belges*, juillet 1876.)

Malgré la fatale issue de la maladie de la jeune fille d'Anvers, ce cas ne peut être qu'une bien bonne note pour la transfusion directe, par le beau résultat primitif qui a émerveillé les docteurs Leroy, Schmitz et Grade. »

De bon cœur, je remercie ces confrères de leur initiative ainsi que des compliments qu'ils veulent bien adresser à ma méthode de transfusion directe.

Je souhaite que leur prochaine transfusion les récompense par un succès complet, et je voudrais pouvoir espérer qu'en France les mourants ne seront pas toujours privés de l'héroïque secours que des praticiens belges, anglais, russes ou suisses, savent apporter à leurs clients.

Transfusion dans l'hémorragie stomacale. — Ces deux opérations suivantes sont inédites, parce qu'elles ont suivi la publication de mon livre : *On transfusion of Blood. — Churchill, Londres.*

5 août 1877. — A la demande d'un confrère, le docteur James Parker me conduit chez un propriétaire fermier, près de Dublin. Le malade, âgé de quarante ans, très affaibli depuis une année par une profonde anémie, porte à l'estomac une petite tumeur très douloureuse, qui a produit récemment de nombreux vomissements de sang, et de copieuses selles noires, de sang altéré. Quelques heures avant notre arrivée, une dernière hémorragie l'a mis à l'agonie.

Une transfusion de 150 grammes du sang d'un paysan irlandais est pratiquée avec une lenteur calculée, immédiatement suivie de trois injections hypodermiques de morphine. Frisson léger, interrompu et répété. Sueur peu marquée. Courte excitation pendant le réveil de la vie. Sommeil calme et prolongé. Pouls, 130, puis 110, puis 100. Diète absolue. Nuit agitée. Grande soif, glace dans la bouche.

6 août. — Quelques gouttes de lait glacé alcoolisé. Piqûres de morphine au creux de l'estomac. Glace. Dans la journée, vingt gouttes de laudanum dans un peu de lait glacé. Diète absolue, grande amélioration.

Pendant cinq jours, aucune nourriture. Morphine, glace. La douleur stomacale a complètement cessé, et les vomissements sanguins n'ont pas reparu ; une seule petite selle marc de café au second jour a débarrassé l'intestin du sang précédemment écoulé.

Reprise timide, mais progressive, de l'alimentation.

Au 30 août et au 25 septembre, deux lettres m'ont confirmé la guérison complète de l'opéré dont l'engorgement stomacal, environnant sans doute un ulcère rond, a graduellement disparu.

Manchester, 24 août. — M. S..., quarante-cinq ans, facies cancéreux jaune paille ; tumeur de la grande courbure de l'estomac, hématémèses fréquentes et selles noires journalières ; dernier vomissement très abondant.

Transfusion de 120 grammes, précédée et suivie de piqûres de de morphine au creux épigastrique. Lait écrémé et glacé parcimonieusement accordé. Léger frisson, sueur, sommeil.

Le lendemain, amélioration considérable. Les forces sont revenues, la voix est forte, l'intelligence est complète. Diète sévère. Deux piqûres de morphine par jour. Huit jours après, les hémorragies n'ont pas reparu, l'appétit est impérieux, l'alimentation est graduellement reprise par des laitages.

Le malade et sa famille se reprennent à espérer une guérison que, malheureusement, je sais bien être impossible.

Pendant près de deux mois, M. S... a pu reprendre la direction de ses affaires. La diathèse cancéreuse s'est généralisée et le malade s'est éteint à la fin d'octobre.

VARIÉTÉS

La dernière maladie de M. le comte de Chambord (1).

Par M. le professeur VULPIAN.

I

Lors de mon retour de mon premier voyage à Froshdorf, je ne voulus écrire aucune relation personnelle sur la maladie de M. le comte de Chambord, parce que nous nous étions engagés, MM. Drasche, Mayr et moi, à une discrétion absolue. D'ailleurs, quand même nous n'aurions pas pris en commun cet engagement, j'aurais considéré comme un devoir professionnel de ne rien dire de ma véritable opinion sur cette maladie. Il avait été convenu que nous la désignerions sous le nom de catarrhe aigu de l'estomac d'une intensité extrême. Ce sont ces termes qui ont été reproduits par la plupart des journaux. Or cette désignation ne représentait pas fidèlement notre manière de voir. Nous admettions bien l'existence d'un catarrhe de l'estomac ; mais nous pensions qu'il s'y joignait un état beaucoup plus grave de cet organe et, dans notre pensée, la maladie devait se terminer par la mort à assez courte échéance. C'est là ce que nous n'avions pas voulu livrer à la publicité et, jusqu'à la fin, nous ne nous sommes pas départis de notre réserve.

Aujourd'hui, après la mort de M. le comte de Chambord, notre situation n'est plus la même. J'ai cru cependant devoir consulter les personnes de son entourage, ainsi que les princes, ses proches parents, et je suis autorisé à faire connaître tout ce qui, dans sa maladie, peut intéresser le public médical. S'il y a quelques inexactitudes dans l'exposé qui va suivre, elles résulteront uniquement du manque de précision de certains souvenirs. Je dois rappeler, à cet égard, que je n'ai vu le prince que pendant quelques jours, du 15 au 18 juillet, et que, par conséquent, je ne connais les diverses circonstances du début et de la fin de sa maladie que par ouï-dire.

La santé de M. le comte de Chambord avait commencé à s'altérer il y a deux ou trois ans, au moins. Jusque-là elle avait été excellente. Le prince, qui était d'une vigoureuse constitution, se livrait, presque tous les jours, pendant une grande partie de l'année, à l'exercice de la chasse. La matinée et la soirée étaient consacrées à l'étude et au travail. On sait que, par suite d'un accident de cheval, survenu à vingt et un ans, le prince avait eu une fracture du col du fémur gauche, fracture qui s'était consolidée en

(1) Extrait de la *Gazette hebdomadaire.*

laissant un raccourcissement et un certain degré d'atrophie du membre inférieur. Malgré cette infirmité, malgré un développement assez considérable du tissu adipeux, M. le comte de Chambord, au dire des personnes qui étaient ses compagnons habituels, supportait mieux que les plus jeunes d'entre eux les fatigues de la chasse dans les montagnes, et il en était encore ainsi dans les dernières années.

Il y a quatre ou cinq ans environ, pressé par le désir de diminuer son embonpoint, il s'était soumis au système Benting, dans toute sa rigueur, et il avait alors, en peu de mois, perdu près de 50 livres de son poids. Cet amaigrissement rapide avait produit en même temps de l'affaiblissement et peut-être quelques troubles de la digestion. Plusieurs personnes m'ont parlé dans ce sens et faisaient même remonter à cette époque les premières atteintes de la maladie. Les symptômes qui ont pu se manifester à l'essai du système Benting n'ont d'ailleurs pas eu de gravité réelle, et le prince avait pu reprendre assez rapidement la vie active qu'il menait auparavant.

Depuis ce temps, M. le comte de Chambord aurait été pris deux fois, paraît-il, de dyspepsie assez intense et il aurait été obligé, chaque fois, de se soumettre à un régime très sévère pendant trois ou quatre semaines. Suivant lui, et je partageai son opinion, ces troubles digestifs ne pouvaient pas être attribués à un abus de tabac à fumer. Il n'avait commencé à fumer qu'après un voyage qu'il fit en Orient, n'avait jamais fumé en excès, et, au moment où il me donnait ce renseignement, il y avait plus de trois ans qu'il ne fumait plus.

Dans le mois de juin 1882, M. le comte de Chambord se trouvait à Marienbad, où il était venu dans l'intention de faire un nouvel essai de traitement contre le développement du tissu adipeux et de chercher à empêcher le retour d'accidents rhumatismaux dont il avait souffert un ou deux ans auparavant. Ces accidents s'étaient bornés à un peu de gonflement douloureux des articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius de la main droite. Le prince avait cru que les douleurs et le gonflement de ces jointures avaient été de nature goutteuse, parce que, disait-il, la goutte était une maladie de sa famille; mais rien ne légitimait sérieusement cette interprétation : les phénomènes morbides dont il s'agit me paraissent avoir été simplement rhumatismaux. Quoi qu'il en soit, lorsque le prince était à Marienbad, les fonctions de son estomac ne s'exécutaient pas d'une façon satisfaisante; le docteur Ott, qui était chargé de diriger le traitement, considéra même les troubles gastriques qu'il constatait comme assez graves, et il crut devoir restreindre dans une forte mesure la médication de Marienbad, dans la crainte de provoquer des accidents sérieux.

Les digestions continuaient cependant à s'effectuer passablement; l'appétit était conservé et, au retour de Marienbad, le prince, quoique un peu amaigri, avait pu ne rien changer à ses habitudes.

Cette année, le 22 mars, à Goritz, il fut pris subitement d'une douleur vive dans la région supérieure et externe de la jambe droite, au moment où il mettait le pied sur le marchepied de sa voiture pour y monter. Ce marchepied est très rapproché du sol, de telle sorte que l'effort nécessaire pour y atteindre est presque nul. Cependant c'est en exécutant ce mouvement que le prince éprouva la douleur vive dont je viens de parler; il poussa un cri, devint pâle; la sueur perla sur son visage et il s'écria que sa jambe venait de se casser. Il put facilement s'assurer, au bout de quelques instants, que sa jambe n'était point fracturée. On conçoit combien il est difficile d'établir rétrospectivement la cause véritable de la douleur ressentie par le prince. Toujours est-il qu'elle s'accompagna presque aussitôt d'un gonflement notable, un peu au-dessous du bord externe du jarret, gonflement allongé dans le sens de la direction du membre et douloureux à la palpation. Cette lésion fut appelée par le médecin du nom de coup de fouet. On prononça aussi plus tard, paraît-il, le nom de phlébite.

La douleur persista les jours suivants et s'exaspérait dès que le prince essayait de remuer le membre. Aussi prescrivit-on un repos absolu au lit. Cette inaction complète, qui dura plusieurs semaines, fut un vrai supplice pour M. le comte de Chambord, dont la vive nature avait un impérieux besoin de mouvement. L'estomac s'en ressentit aussi, et bien que, pour certains des hôtes de Goritz, l'appétit fût resté normal, il n'en fut pas ainsi en réalité. Je tiens de lui-même qu'il mangeait moins que de coutume, et qu'il éprouvait parfois des pesanteurs d'estomac.

Peu à peu la douleur locale de la jambe droite s'apaisa ; puis elle disparut tout à fait. Le gonflement se dissipa graduellement aussi, mais un peu plus lentement. La marche redevint possible, bien qu'un peu difficile au début, et le prince put enfin partir de Goritz, pour retourner à Froshdorf. Il y arriva le 20 mai. Dès le lendemain il voulut être pesé ; il pesait 208 livres.

Pendant que M. le comte de Chambord souffrait à Goritz de l'accident survenu le 22 mars, le bruit s'était répandu qu'il était extrêmement malade, qu'il avait été frappé d'une attaque d'apoplexie et, malgré les démentis formels opposés à ce bruit, certains journaux persistaient à affirmer qu'il était dans un état inquiétant. Dans les derniers jours du mois de mai et les premiers jours du mois de juin, des journalistes représentant diverses opinions politiques furent admis auprès de M. le comte de Chambord et purent s'assurer directement qu'il n'était atteint d'aucune maladie grave et même que, quoique un peu amaigri, il était dans un état de santé en apparence très satisfaisant, comme le prince le leur fit remarquer avec sa bonne grâce ordinaire.

J'ai dit que, malgré ces apparences, M. le comte de Chambord n'était pas dans un état absolument normal, en ce sens que son appétit avait diminué et que les digestions ne se faisaient pas toujours très bien.

Tels sont les renseignements que j'ai pu recueillir sur les antécédents de la dernière maladie, du moins en ce qui concerne les fonctions digestives. Les autres fonctions n'avaient présenté aucune perturbation, si ce n'est cependant celles du cœur. M. le comte de Chambord éprouvait depuis deux ou trois ans des sensations particulières dans la région du cœur, comme des coups brusques, de temps à autre. Il appelait cela ses *clocks*. Peut-être s'agissait-il d'impressions en rapport avec des intermittences du cœur. Il n'avait jamais ressenti de véritables palpitations.

Le 13 juin dernier, il avait dîné comme d'ordinaire, sauf qu'il avait mangé des fraises qui commençaient à se gâter, et tous les convives en avaient mangé comme lui : le lendemain 14, il eut un peu d'indigestion avec vomissements et diarrhée. Il allait beaucoup mieux le 15 ; il reprit quelques fruits au dîner, comme ses convives, il eut de nouveau des phénomènes d'indigestion le lendemain 16 (1). Mais cette fois les phénomènes prirent rapidement une grande intensité. L'appétit se perdit tout à fait ; des nausées suivies de vomissements se répétèrent un grand nombre de fois : en même temps, des douleurs abdominales vives se manifestèrent, douleurs qui s'exaspéraient par l'indigestion d'aliments ou de boissons.

Ces symptômes devinrent de plus en plus violents les jours suivants : le malade était accablé ; son facies s'altérait; les personnes de son entourage commencèrent à concevoir de vives inquiétudes et le prièrent instamment de consentir à recevoir les soins d'un médecin. Le prince résista d'abord, assurant qu'il avait déjà éprouvé des accidents de ce genre et que ces accidents avaient disparu par la simple diète ; mais il finit par céder.

Le 19 juin, M. le docteur Théodor Mayr, médecin de l'hôpital de Neustadt (2), vint voir M. le comte de Chambord, l'examina avec la plus grande attention et prescrivit un traitement approprié. On avait pesé le malade ce jour-là même, et l'on avait constaté que, depuis le 21 mai, il avait perdu vingt livres de son poids.

Les jours suivants, l'état du prince, loin de s'amender favora-

---

(1) Il y eut, à cette même époque, un flux sanguin hémorroïdaire très abondant, ce qui contribua à affaiblir le prince.

(2) Neustadt (Wiener-Neustadt) est une ville de 20.000 âmes, située à 50 kilomètres de Vienne, sur le chemin de fer du Sud. 7 kilomètres séparent Neustadt de Frohsdorf.

blement, s'aggravait visiblement. La diarrhée ne s'était pas reproduite depuis les premiers jours et n'avait pas été considérable ; mais les vomissements se reproduisaient presque à chaque moment ; l'ingestion d'une cuillerée de liquide causait une vive souffrance dans la région de l'estomac, et la moindre pression exercée sur cette région provoquait une violente douleur. Vers le 24 ou le 25 juin, le docteur Mayr, de plus en plus préoccupé de la persistance des symptômes et renouvelant chaque jour l'examen de l'abdomen, crut reconnaître l'existence d'une tumeur résistante dans la région épigastrique, à droite de la ligne médiane. On voyait même, m'a-t-on dit, dans cette région, à la surface de l'abdomen, une saillie arrondie. M. Mayr fit part de ses craintes à M. le comte de Chevigné, qui dirigeait alors la maison du prince, et le pria de vouloir bien obtenir qu'il pût prendre l'avis d'un des professeurs les plus distingués de Vienne, M. Drasche.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de l'un des membres de la mission sanitaire française qui s'étaient si généreusement offerts pour aller étudier en Égypte l'épidémie cholérique.

C'est au moment où le fléau cessait ses ravages, au moment où les jeunes savants, leurs recherches terminées, s'apprêtaient à rentrer en France, que M. Thuillier a été subitement atteint et emporté, mardi, par une attaque de choléra. Ancien élève de l'École normale, attaché au laboratoire de M. Pasteur, M. Thuillier était agrégé de l'Université depuis 1880. Ses obsèques ont eu lieu avant-hier mercredi, à Alexandrie, au milieu d'un grand concours d'indigènes et d'européens, parmi lesquels on remarquait surtout tout le corps médical anglais.

— Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine vient de recevoir deux documents très intéressants qui lui ont été envoyés par les membres de la commission médicale d'Alexandrie : MM. les docteurs Ardouin-Bey, Bimsenstein, Burlazzi, Chaumery, Sierra et Valentin.

Le premier de ces documents est un rapport des commissions médicales chargées de déterminer la nature et les caractères de la maladie qui a éclaté à Damiette le 22 juin 1883. Chez le plus grand nombre des malades qui ont été observés, les symptômes prédominants sont les suivants : vomissements, diarrhée aqueuse, crampes, refroidissement prononcé et rapide des extrémités, cyanose, souvent de l'anurie, aphonie ou altération de la voix, habitus et facies caractéristiques. En présence de ces symptômes les commissions ont été unanimes à reconnaître que la maladie sévissant à Damiette était bien le choléra.

Le second rapport publié par les membres de la commission d'Alexandrie indique les mesures prophylactiques à prendre et les services d'assistance publique à instituer pendant la durée de l'épidémie cholérique. Ce travail comprend les cinq parties suivantes : 1° Des mesures hygiéniques et prophylactiques à prendre en temps de choléra ; 2° Des premiers soins à donner en cas d'attaque ; 3° Des mesures propres à étouffer les foyers cholériques au début de l'épidémie ; 4° Du service médical de secours aux malades pendant l'épidémie ; 5° De la désinfection et de ses procédés.

Ajoutons qu'après cette communication M. le docteur Legouest a fait connaître au Conseil, dans sa dernière séance, que les dernières nouvelles parvenues d'Égypte au comité consultatif d'hygiène étaient très rassurantes.

Étude comparée de la pneumonie grave dite infectieuse avec les pneumonies dites à forme typhoïde, par le docteur Giscard. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15060.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » . — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. La paralysie générale des aliénés. — Hôpital de la Pitié. De quelques désastres chirurgicaux. — Variétés. La dernière maladie de M. le comte de Chambord. — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

La paralysie générale des aliénés (1).

V

Troisième période. — *Période d'état.* — Je vous en dirai peu de mots. Elle ne présente au point de vue médico-légal qu'un intérêt médiocre. Plus encore qu'à la phase incidente, les symptômes sont assez prononcés pour ne plus laisser le moindre doute sur l'existence de la folie, même dans l'esprit des personnes les plus étrangères à la médecine. Le malade, en proie à une sorte d'excitation maniaque, va et vient, s'assoit et se lève, bredouille des mots incohérents, emplit ses poches de feuilles d'arbre, de cailloux; se déshabille, arrache les boutons de ses habits, déchire ses vêtements. Il perd la notion du temps et des lieux, celle même de sa propre identité : il oublie son nom et son âge, sa profession, ne reconnaît plus ses amis, ne sait s'il a sa mère, s'il est marié, s'il a des enfants. Passant sans motif du calme à l'agitation, il est tantôt silencieux et d'une douceur enfantine, tantôt bruyant et colère. La langue et les lèvres sont animées d'un tremblement très prononcé, la marche est incertaine et hésitante, l'inégale dilatation des pupilles très accusée, bref! l'ensemble symptomatique est aussi caractéristique que possible. C'est à peine si, à travers le désordre cérébral, quelques conceptions délirantes ambitieuses ou hypocondriaques peuvent encore apparaître; tel qui est affecté d'un grincement de dents continuel, répondra par exemple, si on le questionne sur la cause de ce bruit désagréable auquel il semble se complaire : « Je broie des diamants. » Nous touchons à la dernière période, à la déchéance finale. Le malade devient gâteux et paralysé. Si les circonstances exigent que l'interdiction soit provoquée et prononcée, le moment ne saurait être mieux choisi.

Quatrième période. — *Période terminale.* — Voici le malade arrivé à sa période terminale. Les fonctions cérébrales sont pour ainsi dire anéanties : la sensibilité, la motilité, l'intellect, sont presque abolis. Seules les fonctions de la vie végétative s'exécutent encore, avec assez d'énergie pour permettre la prolongation plus ou moins longue de l'existence. Enfin le malade succombe.

C'est alors qu'on peut se trouver en présence d'un acte de dernière volonté, rédigé et signé à une époque quelconque de la vie. Or, pour admettre la validité d'un pareil acte, il faut qu'il soit établi que la rédaction et la signature du testament remontent à une époque à laquelle l'individu n'était pas encore frappé par la maladie. La solution de cette question n'est pas toujours exempte de difficultés, car il est malaisé parfois de préciser à distance le moment auquel a débuté la paralysie générale.

Quelques exemples que j'ai rapportés ailleurs en détail (1), et que je ne voudrais pas omettre de vous rappeler à cause de l'intérêt qu'ils présentent, vous donneront une idée des difficultés d'appréciation qui, dans l'espèce, peuvent surgir.

M. L. de V..., possesseur d'une fortune extrêmement considérable, écrivit, signa et data de sa main le testament olographe suivant : « Ceci est mon testament. Je, soussigné, L. de V..., dans la vue de la mort, léguer, 1° à E. H..., épouse de P. de Ch..., la somme d'un million à prendre sur les biens les plus clairs de ma succession; 2° ma propriété du Daga, garnie de ma clouterie. » Dix-sept mois auparavant, M. L. de V... se plaignait déjà « de grandes souffrances et de pesanteur de tête, de troubles dans les idées », et il déclarait par écrit qu'il avait de la peine à s'occuper d'affaires à son bureau. Il devint très irascible et très facile à émouvoir, manqua bientôt d'énergie, de volonté et de mémoire, s'affaiblit, trébucha en marchant, s'exalta et délira.

Deux jours après avoir fait son testament, M. L. de V... écrivait la lettre incohérente que voici : « Henri est toujours en bonne voie pour avoir un commandement. M. C. G... presse-le, moi, hier, à déjeuné que je lui avais demandé sans façon, comme cela m'arrive de temps en temps, et dimanche dernier chez nous, où il est venu passer une heure, il m'a dit et répété, dans une conversation avec le ministre, etc., etc. »

Moreau (de Tours) a connu et soigné ce paralysé général, et, comme preuve de son délire éminemment ambitieux, il a cité de lui cette lettre : « Je préviens M. T... que je suis empereur universel de France, de France. Le comte T..., président de M... en remplacement du président actuel, qui sera averti que je suis l'empereur de l'univers Henri V

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 septembre 1883.

(1) Legrand du Saulle. *Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie*, p. 460 et suiv. — Paris, 1879.

et que je vous prie de dîner avec jeudi prochain. *Signé* : L'empereur CHARLES V. »

Le testament fut attaqué. Les tribunaux s'arrêtèrent, paraît-il, à une sorte de partage, et l'immense fortune de M. L. de V... fut remise entre les mains de la légataire et entre celles des héritiers naturels.

M. Ch..., propriétaire à V..., succombait en 1875, après avoir présenté tous les symptômes de la paralysie générale. Un jugement en date du 30 avril 1874, rendu à la requête de la famille, avait prononcé l'interdiction de M. Ch..., dont la maladie, à cette époque, était bien et dûment établie. Après la mort, on trouva un testament daté du 9 juillet 1873, en vertu duquel M. Ch... consentait la donation de ses biens à son épouse. La famille, frustrée dans ses intérêts, attaqua le testament, en arguant de ce fait que son parent, mort de paralysie générale, était déjà malade au moment de la rédaction de l'acte de dernière volonté. Il s'agissait donc à l'époque où fut soulevé le débat, c'est-à-dire en mars 1874, de savoir si la maladie de M. Ch... remontait à une époque antérieure ou postérieure à juillet 1873. — M. le docteur M..., qui avait soigné M. Ch..., n'hésita pas dans sa déposition, à pencher vers la dernière hypothèse. D'après lui, la paralysie générale n'était survenue qu'après la date de la confection du testament.

Chargé de rédiger une consultation médico-légale sur le cas, je me rangeai résolument à un avis contraire. Je relevai des contradictions nombreuses dans la déposition de M. le docteur M..., qui me semblait avoir trahi son inexpérience en matière de pathologie mentale, et je trouvai dans divers passages de cette déposition, et dans les autres témoignages de l'enquête des arguments suffisamment décisifs pour affirmer que le début de la paralysie générale était, chez M. Ch..., antérieur à 1873. Il était établi, en effet, par les témoignages en question, que M. Ch..., dès les derniers mois de 1872, et, à plus forte raison, au début de l'année 1873, avait attiré sur lui l'attention du public, qu'il différait de lui-même, qu'il était étrange, incohérent, qu'il se vantait de prouesses ridicules à la chasse, qu'il lisait le journal à l'envers, qu'il était le premier piston de Paris, qu'il y gagnait 1,000 francs par jour, qu'il réclamait un grand sabre pour tuer les Prussiens, qu'il voulait acheter trois voitures et les revendre, qu'il offrait 20 pièces de vin blanc, qu'il venait chercher une caisse d'instruments de musique dont il avait le plus pressant besoin, qu'il s'informait si l'on n'avait pas reçu pour lui une caisse d'armes, etc., etc.

Malgré ces faits bien avérés, le tribunal de V... a validé la donation que Ch... avait faite à sa femme.

Des rémissions. — La marche progressive de la paralysie générale peut être momentanément interrompue par des temps d'arrêt, durant lesquels les symptômes, ou du moins certains symptômes subissent une rétrocession momentanée. Ces temps d'arrêt, ces *rémissions*, comme on les appelle plus communément, sont importantes à bien connaître. L'atténuation des manifestations morbides peut en effet donner le change, laisser croire à une guérison qui n'a pas lieu, fournir enfin à l'entourage du malade l'occasion de trop nombreux abus de confiance et d'une exploitation coupable.

Ces rémissions surviennent d'ordinaire à la fin de la période initiale de la maladie : le malade abandonnant, dans l'espace de quelques jours, ses conceptions orgueilleuses et descendant sans transition des hauteurs de son délire, se montre très calme, réservé, un peu triste et respectueusement soumis ; il raisonne avec une certaine justesse, demande à voir sa famille, se préoccupe de ses affaires, avoue qu'il a été souffrant et exprime le désir de reprendre la gestion de sa fortune, de son négoce ou de ses intérêts professionnels. Le bégayement est moins marqué, la marche mieux assurée, le teint meilleur, et la physionomie, quoique encore un peu niaise, devient plus expressive. Cette amélioration peut aller s'affirmant davantage et de jour en jour, si bien qu'il reste à peine, comme l'a dit Lasègue, un embarras insignifiant de la parole, sans tremblement, sans spasmes, sans douleurs. L'intelligence récupère en apparence sa liberté et le malade paraît « momentanément guéri ».

Si l'on voulait interpréter au point de vue de la physiologie pathologique ces modifications imprévues du tableau symptomatique, il serait tout naturel de supposer que l'amélioration passagère se rattache dans l'espèce à la cessation du processus congestif, qui accompagne et provoque les lésions inflammatoires chroniques. Les troubles de la circulation sont en effet transitoires et modifiables par essence ; plus marqués aujourd'hui, ils détermineront un appareil symptomatique bruyant ; atténués demain, ils amèneront en rétrocédant la rémission des manifestations morbides par lesquelles ils se sont traduits antérieurement. Mais par cela même que le flot en se retirant laisse après lui des lésions constituées, et celles-là irrémédiables, les rémissions ne constituent pas une guérison. Interrogez en effet avec attention les malades « momentanément guéris » (Lasègue) et vous constaterez la persistance de certains symptômes qui n'ont pas, eux, subi cette consolante rétrocession que je viens de vous signaler. Dans la rémission, le délire disparaît sans doute, mais la démence reste ; et il vous sera facile de relever l'existence d'un affaiblissement intellectuel non douteux. Le malade, par exemple, est changeant, mobile, susceptible et imprévoyant : il attache de l'importance à un détail, oublie des intérêts graves, néglige le principal et s'occupe de l'accessoire ; il n'a plus la même sûreté d'appréciation, se méprend volontiers sur la valeur des hommes ou des choses, se laisse circonvenir par son entourage et accepte sans résistance une opinion toute faite ; il est accessible à la louange et à la flatterie, il subit avec souplesse l'impression d'autrui, tend affectueusement la main à son ennemi ou se brouille avec ses parents ; très facile en un mot à dominer et à capter, il peut s'aventurer dans les plus sottes entreprises, hasarder sa signature, répondre pour un ami insolvable, observer les plus austères pratiques d'une dévotion soudaine, ou commettre les plus grands excès alcooliques ou vénériens. Causez avec cet homme, témoignez-lui quelque intérêt, et il va vous faire des protestations chaleureuses, il s'attendrira et ne pourra retenir quelques larmes. Au demeurant, il a pour lui les meilleures apparences, se tient bien dans le monde et prend part aux futiles conversations d'un salon ; mais chacun remarque le contraste qui existe entre ce qu'il était autrefois et ce qu'il est aujourd'hui ; en un mot, il a *baissé*. C'est un malade amélioré, sans doute, mais c'est encore un malade.

En dehors de la rémission vraie et complète qui se distingue à la marche rétrograde des troubles psychiques et des désordres physiques et aux aveux francs du malade, on rencontre parfois dans le cours de la paralysie générale des phases suspensives dans lesquelles il y a simplement retour à la raison, mais persistance du bégayement et des autres symptômes de l'ordre somatique. On ne se trouve plus alors

en face d'une rémission, mais d'une intermission, et l'on remarque une différence très tranchée entre les deux malades : l'un convient de son délire, déplore les excès qu'il a commis, regrette profondément les actes inconsidérés ou désastreux dont il a été l'auteur, s'excuse d'avoir été vaniteux, orgueilleux et absurde et se trouve sincèrement humilié ; l'autre nie ses convictions délirantes passées, essaye de donner le change et dissimule son état ; il n'a jamais été malade, dit-il, et on l'a enfermé injustement ; il est arrogant, réclame impérieusement sa sortie ; et dans une lettre très hautaine qu'il adresse au procureur ou au préfet de police, il proteste de l'intégrité de sa raison et dénonce le directeur de la maison de santé. Le presse-t-on de questions, il ne répond que par des mensonges. C'est bien à lui que l'on peut appliquer le mot de la loi romaine à propos des intervalles lucides : *Incumbit onus probandi sanam mentem.*

La rémission a une durée très variable : un mois, quelques mois, un ou deux ans (Baillarger). Girard de Cailleux a recueilli à l'asile d'Auxerre des faits qui témoignent de rétrocessions pathologiques beaucoup plus persistantes. Dans 6 cas que j'ai observés à ce point de vue, j'ai vu la rechute survenir 4 fois au bout de dix à onze mois, 1 fois au bout de dix-huit mois et 1 fois au bout de trois ans. L'intermission, au contraire, n'a qu'une durée éphémère et se prolonge rarement. Le trait de lumière a été rapide, mais il n'a pas été de bon aloi. Un éclair a percé des ténèbres, mais pour ne projeter qu'un faux jour. Au point de vue médico-légal, le diagnostic différentiel ne peut plus, ce me semble, laisser de prise à l'erreur.

Vous devinez combien doivent être nombreuses et délicates les questions médico-légales que soulève l'histoire des *rémissions* dans la paralysie générale.

Et d'abord il en est une première qui se présente tout naturellement. Le dément paralytique qui éprouve une rémission bien nette et qui est séquestré dans un asile public ou privé, doit-il être rendu à la liberté ? Si l'on s'en réfère à la lettre et à l'esprit de la loi, la réponse à cette question ne saurait être douteuse. Du moment où l'individu a récupéré ses attributs intellectuels, il a droit à la liberté, et l'on ne saurait légitimement s'opposer à sa sortie immédiate de l'asile qui a abrité sa souffrance. Mais il est du devoir du médecin de prévenir les familles du danger de la situation et d'exiger d'elles, autant que possible, une attentive surveillance. Celui-ci devra conseiller l'éloignement des affaires ou des occupations d'autrefois, le séjour à la campagne, loin du bruit et de l'activité des grandes villes, et, si le malade est riche, les voyages à l'étranger sous la direction d'un médecin ou d'un interne d'asile d'aliénés. Au reste, ne vous hâtez pas trop de provoquer une mise en liberté qui peut avoir de regrettables conséquences. Voici à cet égard un fait que j'emprunte à mes souvenirs personnels et qui est singulièrement instructif :

En 1852, j'ai connu et soigné, à la maison de Charenton, le docteur F... atteint de paralysie générale. La rémission la plus franche se déclara au bout de quelques mois, et malgré l'avis contraire de Calmeil, mon chef de service, j'engageai la femme du malade à réclamer la sortie de son mari. Le docteur F..., ne pouvant plus reprendre les fonctions qu'il avait exercées autrefois, alla se fixer dans le département du Jura, y exerça la médecine pendant neuf mois de la façon la plus infructueuse possible, devint apathique, oublieux, négligent, et ne tarda pas à délirer de nouveau, à s'agiter et à gâter. Ce malheureux confrère avait épuisé la plus grande partie de ses ressources et augmenté sa famille ; aussi fallut-il le placer comme indigent dans un asile public d'aliénés. Il y mourut très rapidement. Je me suis toujours repenti d'avoir été l'ardent promoteur d'une tentative dont les résultats ont été si calamiteux !

Vous le voyez, la liberté sans condition n'est pas exempte de périls pour le malade et pour sa famille. Livré à lui-même, soustrait à une surveillance salutaire qui ne peut pas toujours s'exercer, le paralysé général, qui, je le répète encore, est simplement amélioré et non véritablement guéri, obéissant aux sollicitations de ses appétits génésiques encore exaltés, facile à circonvenir et à dominer, se laissera aisément aller à des actes que réprouve la morale, contractera des liaisons immorales, consentira à un mariage disproportionné, scandaleux ou honteux.

J'ai connu une vieille demoiselle, appartenant à une ancienne et grande famille, qui, à la suite d'excès alcooliques, tomba en paralysie générale. Traitée chez elle à la campagne, mais livrée seulement à la sollicitude de quelques serviteurs, elle entra au bout de peu de temps dans une phase suspensive très nette, prit son jardinier pour amant, et lui fit des dons manuels d'une importance considérable. La rémission dura dix mois, puis des accidents épileptiformes survinrent tout à coup, et la malade succomba très promptement.

J'ai publié autrefois l'observation d'un ex-capitaine du génie, qui, accompagné de sa domestique, partit pour le Mexique, se mit à délirer à Mexico, et essaya de se donner la mort avec un rasoir. Vingt-cinq jours après cette tentative de suicide, ce malade épousa sa domestique, lui fit d'abord un legs de 40,000 francs, puis un don de 25,000 francs, et l'institua enfin sa légataire universelle. Ramené à Paris, on constata chez lui un affaissement intellectuel des plus prononcés, de l'amnésie, de l'hésitation dans l'articulation des mots, un tremblement involontaire dans les muscles de la face, de l'incertitude dans la marche, etc. Son interdiction fut prononcée. Quant à son mariage, il fut confirmé par le tribunal civil de la Seine, mais déclaré « nul et de nul effet » par la cour de Paris. Ce mariage a pu être cassé, et l'on avouera que c'était justice ; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi.

Pour prévenir ces défaillances auxquelles se laissent trop souvent aller les déments paralytiques durant la phase de rémission, et qui portent de si fâcheux préjudices aux malades eux-mêmes et à leurs parents, n'y a-t-il aucun moyen efficace ? On a dit qu'il serait préférable de garder indéfiniment dans les établissements spéciaux les aliénés de cette catégorie, tout en les affranchissant un peu de la règle commune, en les occupant à un travail spécial, en leur procurant quelques distractions, au besoin en leur permettant des promenades et des sorties en ville, pendant toute la durée de la trêve. Malheureusement, si ces vues sont inspirées par une philanthropie sincère, elles sont peu pratiques et difficilement réalisables. Le Code n'a pas deux poids et deux mesures. Lorsqu'une loi protège la personne et sauvegarde la liberté des citoyens, il faut la respecter, même dans ce qu'elle peut avoir d'excessif. Force est donc de rendre les malades à leur famille, mais en conseillant à cette dernière de prendre les précautions que la situation commande, en lui observant avec soin que le malade n'est pas guéri, qu'il peut retomber, qu'il retombera demain.

Si maintenant le paralysé général, tandis qu'il jouit des bénéfices d'une rémission, vient à être poursuivi pour un

acte délictueux et si son état mental est déféré à votre examen, vous devrez étudier avec le soin le plus attentif les circonstances particulières du fait, descendre en quelque sorte dans l'intimité du sujet, analyser les conceptions délirantes antérieures et les rapprocher de l'acte incriminé, discuter les questions relatives à la préméditation du fait, au mobile possible et à l'intérêt probable de l'accusé, et conclure selon votre conscience. Quand la rémission est de bon aloi et que l'acte incriminé n'a aucun rapport direct ou indirect avec le délire passé, la théorie de la responsabilité partielle ou proportionnelle trouve là une saisissante application. La rémission n'est-elle au contraire qu'une simple intermission, il ne peut y avoir ni liberté morale, ni responsabilité. S'agit-il enfin de cet affaissement mental progressif, avec paralysie sans délire, le fait n'est pas imputable et son auteur est par conséquent exonéré de toute pénalité.

L'étude des phases de rémission au cours de l'encéphalite interstitielle, doit être pour nous l'occasion de soulever encore une question médico-légale importante, celle de la validité des testaments rédigés durant ces rémissions. Nous nous sommes occupé déjà des testaments consentis durant la période des prodromes ou la phase initiale, et je vous ai dit qu'en règle générale ils devaient être considérés comme de nulle valeur. En est-il de même de ceux faits par les malades, alors qu'ils ont partiellement recouvré leur intelligence et en apparence leur liberté d'action? Oui, dans le plus grand nombre des cas. Les malades, en effet, durant les rémissions, ne récupèrent d'ordinaire qu'incomplètement leurs attributs intellectuels. Leur état mental ne leur permet pas toujours d'exprimer librement leurs volontés dernières. Accessibles aux cajoleries de leur entourage, les déments paralytiques, alors même qu'ils bénéficient de l'apparente guérison dont j'ai parlé, peuvent livrer leur confiance à qui la veut et signer avec docilité. Aussi leur capacité civile est-elle relativement amoindrie. Les testaments qui appartiennent manifestement à ces périodes de rétrocession pathologique, sont donc discutables : quelques-uns peuvent être valables sans doute, mais c'est le plus ordinairement une volonté étrangère qui a inspiré, voulu et dicté les dispositions prises.

Voici deux exemples qui vous donneront une idée concrète des difficultés qui peuvent surgir en la matière et des coupables intrigues qui s'organisent parfois autour des malades.

P..., officier, atteint de paralysie générale, entra à l'asile de Marseille, le 10 juin 1851. Une rémission survint. Un frère, contre lequel existaient divers motifs de répulsion, mit de l'empressement à venir le voir, le fit sortir, en prit soin chez lui et le fit tester en sa faveur. P... s'agite, délire de nouveau et est remis en traitement. Une seconde rémission se produit, et un autre frère, que le malade avait toujours affectionné, arrivé en France, se hâte d'accourir à l'asile, se doute de ce qui s'est passé, cherche à faire la contre-partie de ce qui a eu lieu déjà, et se fait instituer héritier par un second testament olographe. P... mourut le 23 novembre 1854. Un procès a été sur le point de s'engager, mais la crainte du scandale a conduit les deux frères à une transaction amiable.

En 1860, Brierre de Boismont reçut communication du dossier d'un individu originaire de Suisse, qui venait de mourir des suites d'une paralysie générale, dont le début remontait au mois de juillet 1857. Le malade, en 1858, pendant une phase de rémission, était rentré chez lui, n'ayant plus qu'un léger bégayement. Sa femme, après avoir obtenu la mainlevée de l'interdiction, se fit instituer légataire universelle. Le testament fut attaqué en nullité par les trois frères du malade, mais la veuve eut gain de cause.

Nous voici parvenus au terme de notre tâche. Je me suis efforcé, au cours de ces leçons, de vous montrer ce qu'était la paralysie générale, d'en préciser la nature, d'en indiquer les lésions et les symptômes. Je serais heureux que vous sortissiez d'ici en emportant des idées précises sur la place qu'occupe en nosographie la paralysie générale ; je voudrais surtout avoir pu vous convaincre de l'immense intérêt qui s'attache, au point de vue de la pratique médicale, à l'étude minutieuse de cette intéressante maladie. Je ne saurais me flatter sans doute d'avoir résolu par avance et dans leur intime détail les nombreux problèmes particuliers qui pourront s'imposer à votre attention. Tout au moins, permettez-moi d'espérer que je vous ai indiqué les éléments généraux d'appréciation, les principes de conduite qui devront vous guider dans l'appréciation de chaque cas médico-légal soumis à votre examen. N'oubliez pas qu'en présence d'un cas donné vous ne sauriez montrer trop de circonspection. Trop souvent des parents ou des amis intéressés à une solution chercheront à égarer votre jugement. Aussi tenez-vous sur la réserve et rapportez-vous-en scrupuleusement aux données de l'observation et de l'expérience.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

De quelques désastres chirurgicaux.

I

Nous sommes en ce moment dans une série de désastres, nous avons perdu plusieurs de nos malades et plusieurs de nos opérés.

Les deux malades auxquels nous avions amputé une partie de la langue sont morts ; mais l'un d'eux sans que nous puissions nous expliquer bien comment il a succombé. C'était un homme de haute taille, robuste, qui avait un épithélioma de la moitié latérale gauche de la langue, accompagné d'engorgement ganglionnaire. Nous avons pratiqué l'ablation de la tumeur par la région sus-hyoïdienne sans entamer les os. J'avais manifesté quelques craintes à son sujet à cause de la présence d'une certaine quantité d'albumine dans ses urines. Ce n'est point par le fait de l'albuminurie qu'il est mort. Le premier et le deuxième jour tout s'était bien passé, la température n'avait pas dépassé 38 degrés et quelques dixièmes; seulement notre malade était tourmenté par la faim et par la soif. La plaie avait bonne apparence. A la visite du soir, l'interne de service avait trouvé cet homme aussi en bon état. Un peu plus tard, l'infirmière lui avait donné à boire par la sonde. Bref, nous n'avions aucun souci, lorsque deux heures plus tard, on l'a trouvé mort dans son lit.

A quoi avait-il donc succombé ?

L'autopsie a été faite aussi minutieusement que possible. Nous avons cherché dans tous les organes la cause de la mort, nous avons trouvé seulement un peu d'emphysème pulmonaire, tous les viscères étaient parfaitement sains, à l'exception du cœur où nous avons constaté une insuffisance aortique considérable, ainsi qu'une ossification presque

complète des valvules du cœur. Cet homme serait donc mort très probablement comme les cardiaques, c'est-à-dire subitement. Nous ne voyons pas d'autre explication possible, car il n'y a eu ni lymphangite, ni pyohémie, ni complication viscérale d'aucune sorte.

II. Un autre décès est celui du malade qui est entré pour une lymphangite du pouce de la main droite, lymphangite très légère qui s'était développée hors de cet hôpital. L'avant-bras était un peu tuméfié. Cet homme était diabétique, nous avions chiffré à 12 grammes la quantité de glycose contenue dans ses urines. Il était pâle, blême ; sa lymphangite ne paraissait pas bien mauvaise. Nous l'avons traitée par des bains antiseptiques de main, et c'est alors qu'une certaine amélioration s'était produite, alors que la tuméfaction avait notablement diminué, que notre malade est tombé dans le coma et est mort comme les diabétiques.

A l'autopsie nous n'avons rien trouvé du côté du cerveau, rien dans les vaisseaux cérébraux, les poumons étaient sains, le foie et les reins étaient légèrement graisseux. Nous avons constaté seulement la présence d'un peu de pus au niveau du poignet ainsi qu'en dehors de la gaine des vaisseaux du pouce malade, et dans le genou du côté opposé.

III. Nous avons perdu aussi un homme cachectique, atteint d'une ostéite scrofuleuse des os du pied. C'était un vagabond qui était entré dans nos salles après avoir été détenu quelque temps à la Santé. Il nous offrait un tracé thermométrique des plus bizarres ; en effet, tous les cinq jours, le thermomètre montait à 40 degrés, s'y maintenait pendant vingt-quatre heures, descendait ensuite pour remonter un peu le troisième jour, redescendre tout à fait le quatrième et opérer une nouvelle ascension à 40° le cinquième jour. Depuis trois semaines qu'il était ici, les choses se sont ainsi passées avec cette parfaite régularité, ce qui fait que j'attendais toujours quelque modification pour l'opérer. Cependant, vivement sollicité d'intervenir par l'état de la lésion, j'ai pratiqué l'amputation. Le résultat opératoire n'a été ni bon ni mauvais. Nul accident n'est survenu ; la température a présenté les mêmes oscillations qu'avant l'opération et le malade s'est éteint sans que celle-ci me paraisse avoir avancé en quoi que ce soit ses jours. Le moignon ne présentait ni phlegmon ni trace d'inflammation. Du reste, l'autopsie en sera faite et nous vous en présenterons les résultats dans la prochaine leçon.

IV. Enfin notre nécrologe nous présente encore deux décès. Le premier est ce malade que j'ai opéré, il y a plusieurs jours déjà, d'un épithélioma de la langue très douloureux, pour lequel il réclamait vivement notre intervention. Les suites de l'opération avaient été tout d'abord favorables, lorsqu'un érysipèle de la face est survenu ; cependant il était assez bénin, la température oscillait entre 38°,2 et 38°,4 ; nous l'avions combattu avec succès, il paraissait en bonne voie de guérison. Cependant un symptôme me donnait quelques inquiétudes ; je veux parler de l'écoulement d'un peu de sang par l'un des points de suture, qui avait eu lieu il y a cinq jours. Or les hémorragies secondaires sont toujours sérieuses, si peu intenses quelles soient, car ce n'est pas la quantité du sang perdu qui, dans ce cas-là, en fait la gravité, — je veux parler, bien entendu, des petites hémorragies, — mais c'est l'apparition du sang qui est en elle-même un danger par la cause qui l'a fait naître, car elle suppose toujours un état général grave.

Quoi qu'il en soit, il a donc perdu un peu de sang qu'une légère compression a arrêté facilement. Mais avant-hier la plaie bâillait un peu et de plus présentait aussi un peu de sang à la surface. Enfin, ce même jour, dans la soirée, une violente hémorragie secondaire avait lieu, le sang ne venait pas des vaisseaux profonds, mais bien de l'épaisseur des lambeaux, et le lendemain matin le malade était mort.

Or cet homme, jeune, était d'une excellente constitution : aussi suis-je très perplexe de savoir ce à quoi il a pu succomber, car il n'existait aucun signe de pyohémie ni de septicémie. L'autopsie seule nous l'apprendra.

V. Le second de ces deux derniers décès est celui qui me chagrine le plus, car j'aurais peut-être dû m'abstenir d'opérer la malade. Il s'agit d'une femme ayant un cancer bénin du sein accompagné de quelques petits ganglions de l'aisselle. Elle nous paraissait jouir d'une très bonne santé. Elle a été opérée à ciel ouvert en tenant la plaie très béante, et je ne vois rien à me reprocher dans l'opération, si ce n'est de n'avoir pas placé un drain dans la plaie.

Cependant, dès le lendemain, nous constations de la lymphangite, de l'adénite. La malade se plaignait aussi d'une vive douleur au niveau des reins. La langue était sèche ; les urines ne présentaient rien de particulier. Cette femme a succombé, et nous avons constaté l'existence d'une néphrite double que rien ne nous avait révélé pendant la vie. Nous avons trouvé aussi une pleurésie avec épanchement de 2 litres environ de liquide dans le côté correspondant au sein opéré, pleurésie consécutive à l'opération, ce qui est très rare à la suite des amputations du sein. Nous y reviendrons du reste dans la prochaine leçon.

Nous avons donc là, comme nous le disions en commençant, toute une série de désastres ; cette accumulation de revers, à laquelle nous ne sommes pas habitués, a sa signification. Elle nous montre qu'il y a des moments où plane sur nos services une sorte de génie épidémique, lequel doit nous imposer de clore pour un temps l'ère des opérations chirurgicales et nous autoriser seulement à pratiquer celles qui sont absolument urgentes.

VARIÉTÉS

La dernière maladie de M. le comte de Chambord (1).

Par M. le professeur VULPIAN.

II

La consultation eut lieu le 27 juin. MM. Drasche et Mayr, tout en faisant des réserves, se trouvèrent d'accord sur la probabilité de l'existence d'une tumeur dans la région de l'estomac. Ils voulurent cependant en appeler encore à l'expérience consommée du professeur Billroth, d'autant qu'une question chirurgicale pourrait être soulevée et agitée, dans le cas où la présence d'une tumeur aurait été déclarée indubitable.

Cette seconde consultation entre MM. Billroth, Drasche et Mayr eut lieu le 29 juin, deux jours après la précédente. Le résultat n'en fut pas décisif. M. Billroth hésita entre trois hypothèses : une affection du foie, une gastrite goutteuse ou un cancer de l'estomac. Bien qu'il eût, paraît-il, de la tendance à admettre cette dernière maladie, il ne se prononça pas d'une façon péremptoire.

Le malade continuait d'ailleurs à souffrir cruellement ; il vomissait toujours un grand nombre de fois dans les vingt-quatre heures : parfois les souffrances étaient telles, qu'il se roulait pour

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 septembre 1883.

ainsi dire dans son lit. Les matières vomies étaient muqueuses et comprenaient aussi la plus grande partie, sinon la totalité, des matières ingérées. Pas plus qu'auparavant, elles ne contenaient ni sang pur ni modifié. L'intumescence que l'on voyait à la surface du côté droit de la région épigastrique avait disparu ; elle n'avait été visible que pendant un très petit nombre de jours. Ce n'était là qu'un changement sans importance. Tous les phénomènes morbides prirent bientôt un tel caractère d'intensité qu'il semblait impossible que la vie put durer au delà de quelques jours dans de semblables conditions. Le facies du malade était profondément altéré et avait même pris le caractère hippocratique. On crut même, un certain soir, que la mort était tout à fait imminente. C'est à ce moment que parut une note des plus alarmantes dans les journaux.

Le traitement rationnel prescrit par MM. Drasche et Mayr détermina enfin un peu de soulagement. Vers le 5 ou le 6 juillet, les traits n'étaient plus aussi altérés ; les douleurs, aussi bien celles qui étaient provoquées par l'ingestion des liquides que celles qui se produisaient sous les moindres pressions locales, devinrent moins vives. Les vomissements étaient moins fréquents ; certains aliments froids ou glacés, tels que lait, crèmes, etc., furent tolérés en très petite quantité ; on put administrer des lavements nutritifs, et, en somme, on constatait une légère amélioration. Mais l'état du malade n'en restait pas moins très grave ; les vomissements se reproduisaient encore plusieurs fois dans les vingt-quatre heures ; le sommeil était nul ; l'affaiblissement était considérable ; la face et les membres s'amaigrissaient de plus en plus.

Les personnes qui entouraient le prince et qui le soignaient avec un dévouement sans bornes pensèrent qu'il serait utile de prier un médecin français de venir joindre ses efforts à ceux de MM. Drasche et Mayr. Nos deux confrères ne désiraient rien tant que de voir leur responsabilité partagée par un compatriote du malade. Le prince accepta avec empressement la proposition qui lui fut faite.

On résolut de demander à M. le professeur Potain de vouloir bien venir en consultation à Frohsdorf. Une dépêche lui fut transmise par les soins de M. de Dreux-Brézé.

M. Potain, qui soignait alors notre cher et bien regretté collègue M. Parrot, ne voulut pas l'abandonner, même pendant quelques jours, et, comme il avait été prié, au cas où il ne pourrait pas se déplacer, de désigner un de ses collègues qui pût se rendre à Frohsdorf, il proposa mon nom, qui fut accepté.

Le 13 juillet, je partis pour Vienne. Les nouvelles publiées les jours précédents par les journaux n'étaient rien moins que rassurantes, et j'avoue que je me demandais si j'arriverais à temps. A la gare de Vienne, le 15 juillet, je trouvais M. le comte de Chevigné, qui, tout en me dépeignant la situation comme très grave, me rassura cependant un peu.

Le jour même de mon arrivée à Vienne, je devais me trouver en consultation auprès du prince avec MM. Drasche et Mayr. Je me rendis à Frohsdorf un peu avant mes confrères : le prince voulut me voir immédiatement, en particulier, avant la consultation.

Je ne connaissais M. le comte de Chambord que par ses portraits et par ce que j'avais lu dans les journaux. Absolument étranger au monde politique, je n'avais pas beaucoup d'occasions d'entendre parler de lui, de telle sorte que je n'étais animé d'aucun sentiment préconçu quelconque, au moment où l'on me conduisait auprès du malade.

Son accueil fut excellent. Dès qu'il m'aperçut, il me souhaita la bienvenue dans les termes les plus aimables, me serra affectueusement la main en me disant qu'il éprouvait le plus grand plaisir à voir un médecin français. Bien qu'il fût très satisfait des soins que lui prodiguaient les médecins qui le traitaient, il sentait, me disait-il, qu'un compatriote devait mieux se rendre compte de son état de santé. Je fus mis ainsi à mon aise dès les premiers moments.

Je m'attendais à trouver le malade dans une situation plus grave. L'abattement n'était pas aussi complet que je me l'étais imaginé. Le prince parlait avec sa facilité ordinaire, et tous ses mouvements s'exécutaient avec aisance ; son regard était bienveillant, vif et pénétrant. On reconnaissait cependant sans peine, en comparant sa physionomie actuelle à celle que représentaient des photographies assez récentes, que sa constitution avait été profondément ruinée par la maladie. Son visage était amaigri ; ses yeux étaient moins saillants que dans l'état de santé ; l'expression de repos de ses traits était assombrie.

Les membres avaient notablement diminué comme grosseur. La voix était légèrement enrouée depuis quelques jours. La faiblesse était considérable ; le malade pouvait, il est vrai, remuer ses membres au lit avec vivacité, mais il ne pouvait, pour ainsi dire, plus marcher, ou, du moins, il ne faisait quelques pas que soutenu sous les deux bras : il n'était pas en état de se remonter, sans aide, sur son oreiller, lorsqu'il avait un peu glissé vers le pied de son lit.

Il me raconta lui-même l'histoire de sa maladie et me demanda de l'examiner avant l'arrivée de MM. Drasche et Mayr.

La bouche était sèche et il était tourmenté par une soif assez vive ; la langue était revêtue d'un mince enduit blanc jaunâtre ; sur sa pointe et ses bords, elle était rouge comme l'était d'ailleurs la membrane muqueuse de tous les points de la cavité buccale. La déglutition se faisait bien, mais avec une sensation pénible, due sans doute à la sécheresse et à une légère irritation de la membrane muqueuse de l'isthme du gosier.

Les parois du thorax et celles de l'abdomen étaient encore très épaisses. On ne voyait aucune saillie des parois du ventre au niveau de l'épigastre. Le malade me désigna la région qui avait été si douloureuse quelques jours auparavant. J'y mis la main, et, en l'appuyant un peu, je sentis aussitôt une tuméfaction profonde, assez large, au niveau de laquelle une pression tant soit peu forte provoquait de la douleur. Une palpation un peu plus attentive ne me laissa aucun doute sur l'existence d'une tumeur mal limitée, siégeant dans la région épigastrique, à droite de la ligne médiane, ayant au moins l'étendue de la moitié de la paume de la main. L'idée d'un néoplasme de l'estomac se présenta aussitôt à mon esprit.

Dans le reste de la cavité abdominale, on ne trouvait aucune tumeur, aucune rénitence spéciale. Le foie paraissait avoir à peu près son volume ordinaire, plutôt un peu réduit qu'augmenté. La rate était un peu plus grosse que dans les conditions normales. La palpation profonde des régions lombaires n'était pas douloureuse.

On ne constatait aucune gêne de la respiration. Le pouls offrait des inégalités presque rythmiques. En tâtant l'artère radiale, on sentait une série de 5 à 8 pulsations faibles, suivie d'une série à peu près égale de pulsations fortes, et il en était ainsi constamment. L'auscultation du cœur ne révélait aucun bruit anomal ; mais les bruits normaux présentaient des inégalités d'intensité qui correspondaient aux caractères du pouls ; il en était de même des battements cardiaques. Il n'y avait ni faux pas ni intermittences.

Les téguments étaient pâles : la pâleur de la face était légèrement jaunâtre.

J'ai dit que la déglutition était un peu jaunâtre ; mais ce symptôme, de même que l'irritation de la membrane muqueuse de l'isthme du gosier et l'enrouement de la voix, ne dataient que de quelques jours. Le prince, ainsi que les personnes qui le soignaient, attribuaient cette complication à un refroidissement causé par un courant d'air (les fenêtres avaient été ouvertes à cause de la grande chaleur).

Les aliments liquides et les boissons que prenait le malade en petite quantité, ne provoquaient pour ainsi dire plus de douleurs. Je m'informai du moment où se produisaient ces douleurs pendant les jours où elles avaient été si vives. Le malade et les diverses personnes qui étaient à même de donner des renseignements sur ce point étaient absolument d'accord. Ce n'était jamais après l'ingestion des aliments et des boissons que naissaient les douleurs ; ce n'était qu'au bout d'une dizaine de minutes à un quart d'heure. Ces douleurs devenaient très fortes en quelques instants et elles

arrivaient bientôt à leur maximum de violence ; leur intensité diminuait plus ou moins au bout de quelques minutes ; mais elles ne cessaient pas si l'on renouvelait l'administration des liquides sans laisser un grand intervalle entre deux ingestions successives.

Jamais les vomissements ne se sont produits aussitôt après la déglutition, ou du moins cela n'a été qu'exceptionnel. Parfois des vomissements avaient lieu au moment du summum d'intensité des douleurs ; le plus habituellement, c'était à un moment plus éloigné de celui de la déglutition ; il y avait assez souvent des vomissements muqueux le matin à jeun. Je répète que l'on n'avait jamais trouvé de sang dans les matières vomies ; ces matières, que j'ai examinées plusieurs fois, n'en contenaient pas non plus alors et elles étaient très nettement acides.

Les fonctions intestinales étaient paresseuses. Les médecins avaient prescrit des lavements nutritifs, que l'on administrait après avoir, au préalable, débarrassé l'intestin à l'aide de lavements simples. Les lavements nutritifs étaient conservés pendant une ou deux heures, rarement plus longtemps ; ils déterminaient souvent de l'irritation, qui se traduisait par des coliques et un peu de diarrhée. Ce mode d'alimentation ne semblait pas réussir autant qu'on l'avait espéré.

La miction s'opérait bien ; il n'y avait pas de polyurie reconnaissable.

Je cherchai à rassurer le prince en lui disant qu'il n'avait pas autre chose qu'un violent catarrhe de l'estomac ; que ce catarrhe s'était étendu de bas en haut à l'œsophage, à l'arrière-bouche et à la cavité buccale ; que la guérison était certaine, mais qu'il fallait un peu de temps pour l'obtenir. Je savais que MM. Drasche et Mayr avaient déjà indiqué ce diagnostic au malade, et j'étais certain, en employant les mêmes expressions, de ne pas jeter le trouble dans cette nature si impressionnable.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 septembre, ont été nommés dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après, les médecins et les pharmaciens militaires dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de deuxième classe : (Choix.) M. Marvaud, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Versailles, en remplacement de M. Deslandes, décédé. — Est affecté à l'hospice mixte de Tours (emploi créé).

Au grade de médecin-major de première classe : (Choix.) M. Dubarry, en remplacement de M. Noizet, décédé. — Est maintenu aux hôpitaux de la division d'Oran.

M. Bois, en remplacement de M. J.-H. Roux, retraité. — Passe du 23e bataillon de chasseurs à pied au 89e d'infanterie.

(Choix.) M. Lippmann, en remplacement de M. Jacquemart, retraité. — Passe du 22e dragons au 51e d'infanterie.

M. Lelorrain, en remplacement de M. Marvaud, promu. — Passe du 16e chasseurs à cheval au 61e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : (Choix.) M. Girardin, en remplacement de M. Dubarry, promu. — Passe du 13e bataillon de chasseurs à pied au 4e d'infanterie.

M. Émile Lévêque, en remplacement de M. Bois, promu. — Est maintenu provisoirement au bataillon du 34e d'infanterie détaché en Algérie.

M. Maupetit, en remplacement de M. Lippmann, promu. — Est maintenu au 62e d'infanterie.

(Choix.) M. de Santi, surveillant à l'École du Val-de-Grâce, en remplacement de M. Lelorrain, promu. — Est affecté au 88e d'infanterie.

Au grade de pharmacien-major de première classe : (Choix.) M. Janin, en remplacement de M. Tricot, retraité. — Passe de l'hôpital de Nancy à l'hôpital de Belfort.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : (Choix.) M. Cambriels, en remplacement de M. Janin, promu. — Est maintenu à l'hôpital des Colinettes à Lyon.

— Par décret, en date du 4 septembre 1883, les docteurs en médecine dont les noms suivent ont été nommés dans le cadre des officiers du corps de santé de l'armée territoriale, savoir :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Vital Coze, Pierre Dupont et Eugène Mengin, médecins-majors de deuxième classe, démissionnaires de l'armée active.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. Le Lièvre, E. Collardot, A. Brochin, Muller, Rey, Valtat, Janicot, Bauduin, Ulliac, Langlais, Caperet et Ferroul.

— Une plaque commémorative destinée à rappeler la fin douloureuse de M. Thuillier et son dévouement à la science va être placée à l'École normale.

— Une conférence internationale se réunira à Rome au mois de novembre prochain afin d'élaborer un code sanitaire international.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15080.

34

Eaux minérales de Vals:

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................ 1.33
Silicate acide } sesqui-oxyde de fer
Arséniate »
Phosphate »
Sulfate » } 0.44
— de chaux....................
Chlorure de sodium..............
Matières organiques..............

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

172

Huile DE FOIE DE MORUE de Godin

au benzoate de fer.

M. le dr Bazin apprécie ainsi cette préparation : « Cette huile est mieux supportée par les malades que l'huile de foie de morue et le sirop « de fer administrés séparément ou combinés « ensemble; son action est plus efficace que celle « de ces deux agents donnés séparément. »

Paris, 96, faub. St-Martin, et toutes pharmacies.

113

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

91

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Strasbourg, 10, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

82

Globules du docteur de Korab

A L'HÉLÉNINE DE KORAB

97

Gravelle, Diathèse urique et phosphatique.

Pilules benzoïques Rocher

au *Bromure de lithium,* à l'*Essence de juniperus oxycedrus* et aux *Alcaloïdes du quinquina* (Quinine, Cinchonine, Cinchonidine).

Chaque pilule, du poids de 0g20, contient ces produits dans des proportions égales, et neutralise environ 0g50 d'acide urique.

Ces pilules ont obtenu un succès remarquable dans le traitement du **Catarrhe vésical, Cystite chronique, Néphrites et Coliques néphrétiques, Rhumatismes chroniques, Névralgies et Névroses du col de la Vessie,** et en général dans la plupart des affections des **Reins,** de la **Vessie,** de la **Prostate** et de l'**Urètre.**

LE FLACON DE 60 PILULES, **5 fr.**

Pharmacie Rocher, 1, r. Perrée (Temple), Paris.

241

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

35

Droguerie médicinale

Médaille d'or de l'École de Phie de Paris.

RENAULT AINÉ ET PELLIOT

26, Rue du Roi de Sicile, à Paris.

Maison spéciale pour la fourniture des produits pharmaceutiques aux médecins et aux hospices.

PHARMACIES PORTATIVES

La maison envoie *franco,* sur demande, le prix courant de ses produits pharmaceutiques et la notice illustrée des divers modèles de pharmacies portatives.

GRANDES FACILITÉS DE PAIEMENT.

93

Vichy, eau minérale naturelle

Sources : *Grande-Grille,* Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital,* Maladies de l'Estomac ; *Hauterive,* Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire ; *Célestins,* Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent

A Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

50

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. Duval, seul élève de son père, le docteur V. Duval, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

33

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

122

Eau minérale de Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON)

SEULE DÉCRÉTÉE D'INTÉRÊT PUBLIC.

Employée avec succès depuis plus d'un siècle **contre la goutte, la gravelle, les coliques néphrétiques et hépatiques, le catarrhe vésical et toutes les maladies des voies urinaires.**

Expéditions dans le monde entier.

Dépôt Central, à Paris, 31, boulev. des Italiens. En vente chez les pharmens et mds d'eaux minles.

22

Epilepsie, Hystérie, Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

20

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux - Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration,* privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

115

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs,* pour fortifier les *Constitutions lymphatiques,* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix: 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Histoire de la morve et du farcin. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. De quelques désastres chirurgicaux. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — VARIÉTÉS. La dernière maladie de M. le comte de Chambord. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans sa lecture du 4 septembre sur la mécanique animale, dont nous n'avons pu donner qu'une idée très sommaire, M. Giraud-Teulon prenait à partie la doctrine de M. Marey sur la course et le saut exposée dans son ouvrage *la Machine animale*. Il lui reprochait notamment de n'avoir donné, dans la partie de cet ouvrage qui traite de cette question, ni des développements, ni des conclusions en rapport avec son caractère et son importance. Il lui reprochait, entre autres propositions, celle qui consiste à séparer le mécanisme de la course de celui du saut, identiques suivant M. Giraud-Teulon, ou ne différant du moins l'un de l'autre que par le degré, c'est-à-dire par l'étendue, la hauteur ou la durée de la séparation des corps et du sol, ainsi qu'il s'est attaché à le démontrer dans ses *Principes de mécanique animale*, et qu'il l'a rappelé dans sa dernière communication.

M. Marey a répondu hier aux critiques de M. Giraud-Teulon par un exposé des expériences récentes qu'il a faites sur la locomotion humaine à l'aide du procédé de photographies instantanées et successives dont il est l'inventeur et qui sont encore actuellement en cours d'exécution.

Cet exposé, que l'Académie a paru écouter avec le plus grand intérêt, a été accompagné de l'exhibition d'un grand nombre de photographies. On trouvera dans le compte rendu l'énoncé du programme de ces expériences et de quelques-uns de leurs résultats acquis.

M. Béchamp a terminé son argumentation ou plutôt l'exposé de sa doctrine des microzymas appliquée à la théorie étiologique du choléra, des maladies contagieuses et du système des quarantaines. On en trouvera également le résumé dans le compte rendu de la séance.

Nous signalerons enfin, entre autres communications qui ont occupé cette séance, une lecture de M. Bonnafont sur la différence de plasticité du sang de l'homme et de celui des animaux, et une note de M. le docteur Miquel sur l'asepticité du cuivre, dont M. Bouley a donné lecture.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire de la morve et du farcin (1).

(Leçons recueillies par M. le docteur Octave GUILLIER.)

IV

§ III. *Symptomatologie de la morve chez l'homme.* — Nous pouvons étudier cette symptomatologie au point de vue du farcin aigu et chronique. Cependant il est vrai de dire que l'homme prend de préférence le farcin aigu que la morve.

Quelques jours après l'absorption du virus soit par inoculation, soit par infection, les accidents éclatent. Leur localisation, leur durée sont variables, et l'incubation peut elle-même durer d'une semaine à un mois, d'un mois à une année.

Dans le farcin aigu, c'est le plus souvent les parties découvertes qui sont le siège des blessures : mains, tête, pieds, visage.

Le trajet des vaisseaux lymphatiques est douloureux ; on trouve de la lymphangite avec ses traînées caractéristiques, cordons indurés et noueux. Les ganglions correspondants sont tuméfiés, les membres sont œdématiés, phlegmoneux ou érysipélateux, et dans le tissu cellulaire sous-cutané il n'est point rare de trouver des abcès assez volumineux.

En même temps que les lymphatiques se prennent les veines s'enflamment également et donnent lieu à des phlébites dangereuses.

Les troubles généraux sont des plus marqués, l'appétit est nul. Le malade est sans cesse tourmenté par des nausées et des vomissements. La céphalalgie est intense, les douleurs musculaires et articulaires très vives. La fièvre, qui n'est pas toujours très forte, se montre avec des accès irréguliers.

La plaie d'inoculation du virus non seulement ne guérit pas, mais devient phagédénique.

Quelquefois on ne trouve encore pas la porte d'entrée du virus et alors il faut bien admettre une porte d'entrée, soit par la muqueuse respiratoire, soit par la muqueuse digestive. Dans ces cas, les symptômes généraux ouvrent la scène et ce n'est que plus tard qu'on voit apparaître les accidents farcineux.

Au bout de six ou sept jours, apparaissent les abcès farcineux, ressemblant à ceux de la variole ou à des furoncles, la gangrène commence à se montrer et l'affection cesse d'être

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 septembre 1883.

purement farcineuse pour prendre le caractère de la morve aiguë dont nous allons nous occuper.

La morve aiguë se présente chez l'homme avec ce cortège d'abcès, de pustules, d'érysipèle, de plaques gangreneuses dont le processus est fatal et dont la guérison est la très rare exception.

Ce qui prouve que la morve est bien réellement une maladie à siège lymphatique, c'est que les membres et la presque totalité de la face sont envahis par l'érysipèle : érysipèle bulleux, gangreneux, détruisant les paupières en formant de larges escarres. De plus, on peut remarquer, et ce que Rayer avait très bien observé, que la base de ces bulles ou plaques gangreneuses n'est jamais indurée, comme cela se voit par exemple dans la pustule maligne.

Le phénomène capital de la morve est la gêne respiratoire siégeant dans le nez et l'arrière-gorge. On constate de l'enchifrènement, du nasonnement, une respiration nasale sifflante. Par une narine et quelquefois par les deux, il s'écoule un liquide gluant, visqueux, purulent, souvent strié de sang et constituant ce que nous avons appelé le *jetage*, chez le cheval. Ce jetage est quelquefois abondant, mais bien moins important que chez le cheval ; on a même cru qu'il pouvait manquer, ce qui n'est qu'une apparence. Il arrive que lorsque les malades sont plongés dans l'adynamie et restent couchés sur le dos, le liquide s'écoule dans le pharynx, puis est avalé et par cela même semble faire complètement défaut.

Les fosses nasales sont rongées, ulcérées, excoriées ; le périchondre est détruit, la cloison perforée, le vomer est atteint.

Les conjonctives sont rouges et pustuleuses.

La muqueuse gingivale présente des fongosités sanguinolentes, des aphtes à odeur infecte. Les amygdales, le pharynx, la partie postérieure du larynx sont atteints également par la gangrène.

Le malade tousse et expectore des crachats identiques au jetage.

Les poumons sont, au début, le siège de râles sibilants et ronflants, un peu plus tard la matité arrive et dans la période ultime de la maladie on trouve de la pneumonie hypostatique.

Dans ces dernières années on s'est occupé de la température présentée par ces malades, et voici les données recueillies :

Wunderlich, Goldschmidt, signalent une élévation de 40°, 41°,3, 41°,6, avec de très grandes oscillations allant de 1 à 2 degrés ; Solmon donne le chiffre de 40°,8 ; Kelsch a vu la température varier de 39°,6 à 40°,5 et 40°,9. Le pouls est petit, faible, de 100 à 150 pulsations. Les urines sont albumineuses et chargées de leucine et de tyrosine.

Enfin, quand le farcin aigu s'accompagne de morve aiguë, la mort est fatale et les cas de guérison qui ont été signalés sont très contestables.

Quant au *farcin chronique* chez l'homme, on a peu ajouté à ce que Tardieu avait dit dans sa thèse, en 1843, où il rapporta 43 observations. Il est constitué par des ulcères fistuleux, à angioleucites spécifiques avec douleurs articulaires et musculaires et altération profonde de la constitution. Enfin le farcin se termine souvent par la morve aiguë, que nous venons de décrire.

Le farcin chronique se rencontre seul ou associé à la morve chronique. Sa fréquence est plus grande, puisque, sur 49 cas, 33 sont rapportés au farcin.

La transmission peut se faire sûrement par inoculation ; quant à l'infection, la chose n'est pas entièrement prouvée.

Quant aux accidents locaux, vous les connaissez et je n'y reviendrai pas. Prenez garde aux manifestations générales ; au bout d'un mois à six semaines, des douleurs articulaires se font sentir, des abcès multiples se produisent, absolument comme dans certaines formes de variole ; on en compte jusqu'à 15 et 20, siégeant plutôt sur les membres inférieurs que supérieurs, plus volumineux que ceux du farcin aigu. Ces abcès phlegmoneux s'ouvrent promptement et laissent écouler une matière sanieuse, mélangée de pus et de sang. Les ulcères ainsi formés ont des bords décollés et renversés ; ils fournissent un pus visqueux qui se dessèche en formant des croûtes épaisses.

Une cachexie profonde envahit le malade, les tendons sont mis à nu, les surfaces se nécrosent, le malheureux est en proie à des douleurs qui, d'abord vagues, se fixent ensuite dans les articulations.

Dans le farcin humain on ne trouve pas, comme chez le cheval, de localisation dans les ganglions lymphatiques ; aussi le glandage est-il bien moins important.

On n'observe pas non plus, dans le farcin chronique, d'éruptions cutanées. La guérison est possible et peut être espérée. Il y a des cas indéniables. On a cité 2 guérisons sur 22 cas.

Quant à la *morve chronique chez l'homme*, elle a été citée par Rayer et établie définitivement par Tardieu ; il est bien rare qu'elle se déclare d'emblée ; elle commence le plus ordinairement par le farcin chronique.

La morve chronique est caractérisée par des ulcérations des fosses nasales et des voies aériennes, accompagnées d'une grande gêne respiratoire et d'enchifrènement comme dans la rhinite chronique. Le gonflement de la muqueuse est très peu prononcé et le jetage que l'on rencontre dans la morve aiguë est ici peu abondant et limité à la narine gauche ordinairement. En se mouchant, le malade n'expulse que des matières épaisses et des croûtes qui n'ont aucune odeur.

Les ulcérations marchent très lentement et sont rebelles à tout traitement. La voix est altérée, la respiration difficile.

Le malade en toussant expectore des mucosités striées de sang : les ganglions sous-maxillaires sont très rarement engorgés et aucune éruption cutanée ne se produit.

Des douleurs rhumatoïdes très vives se produisent, puis le malade s'affaiblit, l'anémie se prononce, la cachexie augmente et la mort arrive : terminaison plus fréquente que dans le farcin chronique.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

De quelques désastres chirurgicaux (1).

II

Dans notre dernière leçon, je vous ai fait connaître l'ère de désastres chirurgicaux par lesquels nous passions en ce moment. Je vous ai dit que l'un de nos opérés était mort subitement comme meurent les cardiaques, et qu'à l'autopsie nous avions trouvé une insuffisance aortique et des concrétions crétacées des valvules. M. Brouardel m'a fait remar-

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 septembre 1883.

quer, et je vous le signale en passant, que ces morts subites avaient lieu plus fréquemment la nuit que le jour. C'est également ce qui a eu lieu chez cet homme. La responsabilité de sa mort doit donc se répartir entre l'opération chirurgicale qu'il a subie et l'état grave de son cœur.

— Je vous ai dit, — et j'y reviens, — que pour la femme à laquelle j'avais enlevé une tumeur du sein, j'avais regretté mon intervention chirurgicale. Aujourd'hui, d'après les lésions que l'autopsie nous a révélées, j'ai beaucoup moins de regrets.

Le lendemain de l'opération, cette femme avait eu une lymphangite, une adénite du creux sus-claviculaire, puis la plèvre s'était prise à son tour les jours suivants, la langue était sèche, la température élevée, l'oppression vive ; enfin j'avais diagnostiqué une pleuro-pneumonie en raison des râles que j'avais entendus. Un phlegmon de mauvaise nature s'était développée dans le creux sus-claviculaire, un second dans la région lombaire du même côté ainsi qu'une pleurésie purulente. Mais ce que je n'avais pas soupçonné, bien que les urines aient été examinées avec soin, c'était l'existence d'une néphrite double et d'une périnéphrite. Cette lésion rénale nous explique tout aujourd'hui. Nous avons donc opéré une malade atteinte primitivement d'une néphrite latente restée méconnue faute de signes appréciables, et qui a eu une lymphangite, laquelle, chez un rénal, prend toujours un caractère de mauvaise nature. Par suite, et malgré un traitement antiseptique, une inflammation diffuse s'est développée, puis une pleurésie, les séreuses ayant les plus grandes tendances à se prendre chez les sujets néphrétiques.

— Nous avons examiné les viscères du malade qui a succombé après avoir été amputé de la langue. Les reins et les poumons étaient sains, nous n'avons rien trouvé dans les séreuses, pas d'abcès métastatiques, mais le foie était atteint de cirrhose que rien pendant la vie n'avait permis de reconnaître. Cette cirrhose nous explique l'érysipèle survenu soudainement ainsi que les hémorragies secondaires multiples à la suite desquelles ce malade a succombé.

— Une autopsie plus curieuse encore est celle de cet homme dont nous avons amputé la jambe pour une ostéo-arthrite grave du pied en pleine suppuration, et qui présentait ces ascensions régulières de la température tous les cinq jours. Comme dès le début nous n'avions eu aucun renseignement, nous ne savions à quel état pathologique pouvaient correspondre de pareilles oscillations, et par suite je différais toujours toute opération. Cependant l'état du pied allait en s'aggravant et j'avais fini par lui attribuer, en partie du moins, les phénomènes bizarres de sa température, enfin la mort était certaine à brève échéance, si je n'intervenais pas. C'est dans ces conditions que je l'ai opéré et pour ainsi dire *in extremis*. La marche de la température a continué avec sa même régularité pendant les quinze jours qui ont suivi l'opération pour tomber, à sa dernière descente, à 35°,4, et se relever progressivement ensuite à 41 degrés. J'ai levé l'appareil et j'ai trouvé le moignon couvert de quelques bourgeons charnus, mais aussi de plusieurs escarres, sans phlegmon cependant; en somme, l'état n'était pas mauvais. Cependant vingt jours après l'opération cet homme a succombé.

Voici ce que l'autopsie nous a révélé : les reins et le foie sont à peu près naturels, un peu jaunâtres seulement comme chez les gens qui font du pus. La rate était très petite, ce qui m'a vivement surpris chez un malade dont le tracé thermique était aussi bizarre. Les deux poumons étaient remplis d'abcès métastatiques de vieille date, sans aucune zone inflammatoire, ne ressemblant nullement aux poumons que l'on trouve dans le cas de pyohémie aiguë. Je soupçonne donc grandement cet homme d'être arrivé dans notre service déjà en puissance d'une pyohémie que nous n'avons pas diagnostiquée à cause de sa faible intensité, et parce que nous ne sommes pas habitués à recevoir des pyohémies dans nos services.

La pyohémie qui suit les amputations débute généralement dans les cinq ou six jours ; elle dure une dizaine de jours et à l'autopsie on trouve ordinairement une rate volumineuse. Cependant, pendant le siège de Paris et la Commune, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de voir des pyohémies entraîner la mort au bout de cinq ou six semaines, et la rate, qui était très grosse au début des accidents, diminuer peu à peu de volume jusqu'à atteindre des dimensions au-dessous de la normale.

Bien que la pyohémie guérisse quelquefois, l'état de cet homme était tel cependant qu'il aurait succombé néanmoins très promptement si nous ne l'avions pas opéré : aussi à peine aurai-je hâté sa fin de quelques jours en intervenant chirurgicalement comme j'avais cru devoir le faire.

— Enfin nous avons à vous rendre compte d'une sixième autopsie : celle d'une jeune femme entrée dans nos salles avant-hier pour des accidents d'obstruction intestinale. Elle avait des vomissements stercoreux, le ventre était ballonné, douloureux. Les dernières garde-robes remontaient à trois jours. La température axillaire, prise au moment de son arrivée à l'hôpital, était de 34°,7. Nous avons tenté aussitôt de désobstruer l'intestin par des douches ascendantes : le résultat a été négatif. Hier matin, après avoir fait des injections hypodermiques et alors que la température était remontée à 37°, je me suis décidé à l'opérer et à pratiquer un anus contre nature. A peine l'intestin a-t-il été ouvert que la malade a rendu des matières en quantité. L'opération avait été faite à dix heures du matin et à deux heures de l'après-midi la malade succombait.

Tels sont les faits malheureux que nous observons depuis quelques jours dans le service et qui nous confirment de plus en plus dans l'abstention, quant à présent, de toute opération chirurgicale qui ne sera pas d'une urgence absolue.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 septembre 1883. — Présidence de M. Larrey.

PRÉSENTATIONS

M. PROUST présente, au nom de M. Riembault (de Saint-Étienne), une note sur les brûlures internes par le grisou.

M. J. GUÉRIN présente le complément des documents sur le choléra d'Égypte, qu'il a déjà déposés sur le bureau de l'Académie.

M. BOULEY, au nom de M. le docteur P. Miquel, chef du service micrographique de l'observatoire de Montsouris, dépose sur le bureau la note suivante, après en avoir donné lecture :

De l'asepticité des sels de cuivre. — Le sulfate de cuivre occupe un rang très élevé parmi les composés doués du pouvoir de prévenir et de suspendre la putréfaction des substances d'origine ani

male. C'est avec juste raison qu'il a été préconisé par les conseils d'hygiène pour arrêter la pullulation des bactéries. Si on le compare, à cet égard, aux combinaisons sulfatées de la plupart des métaux, on le trouve presque toujours à leur tête. C'est ainsi que le sulfate de cuivre est deux à trois fois plus antiseptique que les sels de plomb, d'uranium, de thallium, de nickel, de zinc, d'aluminium, de cobalt, de manganèse, etc. Cependant il doit céder le pas aux composés solubles du platine, de l'or, de l'argent et du mercure.

Le sulfate de cuivre possède une action antiseptique un peu supérieure à celle des acides salicylique et benzoïque; mais il est deux fois plus désinfectant que l'acide thymique, trois fois plus que l'acide phénique, cinq fois plus que les aluns, le tanin, l'acide arsénieux, enfin dix fois plus que l'hydrate de chloral et les sels de protoxide de fer. Si, laissant les combinaisons oxygénées du cuivre, on considère l'un de ses composés haloïdes soluble, comme le chlorure cuprique, le pouvoir antiseptique de la nouvelle combinaison se trouve accru d'un tiers à un demi, et le chlorure de cuivre se montre cinq fois plus désinfectant que l'acide phénique, etc.

Quant à juger de la valeur d'un antiseptique à l'égard des bactéries par son indifférence à s'opposer au développement d'un mycélium de moisissure vulgaire, c'est méconnaître ce fait général : que toutes les substances antiputrides de nature minérale, y compris le chlore, l'iode, le mercure, l'or, le fer, le zinc, le cadmium, l'aluminium, etc., n'étendent leur action destructive sur les mucédinées qu'à des doses cinq, dix et même vingt fois supérieures à celles qui frappent de mort les microbes adultes de l'ordre des bactéries. Le cuivre ne fait pas exception à la règle.

En terminant, j'ajouterai, pour conclure, que répudier de la chirurgie et de l'hygiène les combinaisons cupriques, c'est, à mon sens, se priver gratuitement d'auxiliaires puissants, ayant sur beaucoup d'autres composés l'avantage d'être d'un prix commercial des plus faibles et d'un maniement facile.

LECTURES

Physiologie de la locomotion. — M. MAREY fait une lecture sous le titre de : *Exposé des expériences sur la locomotion humaine en cours d'exécution à la station physiologique.*

L'analyse du mécanisme de la locomotion humaine, dit M. Marey, est fort difficile à cause de la complexité et de la rapidité de ses mouvements, qui échappent, pour la plupart, à l'observation directe. Il est pourtant d'une extrême importance de connaître parfaitement ces actes quotidiens de notre vie.

Outre l'intérêt scientifique qui s'attache à cette connaissance, elle a une utilité pratique incontestable. Il y a bien des manières de marcher ou de courir, mais pour chacun de nous il n'y en a qu'une bonne, celle qui règle le rythme et la longueur des pas et la proportion de nos membres, à la force de nos muscles, à la rapidité ou à la lenteur particulière de leurs mouvements. C'est cette allure qui utilisera le mieux possible nos forces musculaires en produisant le plus d'effet utile avec la moindre fatigue.

Ce qui est vrai pour la marche et la course l'est également pour les exercices de gymnastique ou du soldat, pour le travail de l'ouvrier, etc.

Dans la locomotion humaine, il faut déterminer avec précision : 1° la succession et la force des appuis des pieds ; 2° la longueur des pas ; 3° la série des déplacements de chaque partie du corps ; 4° le rôle spécial des différents organes ; 5° la valeur des forces diverses qui se composent pour produire le mouvement ; 6° les effets des exercices musculaires sur les fonctions de la vie organique.

M. Marey, conformément à ce programme, étudie successivement chacun de ces points, après, toutefois, avoir décrit les procédés opératoires photographiques à l'aide desquels il a pu saisir les divers mouvements analysés.

Non seulement, dit-il, la locomotion humaine, mais celle des quadrupèdes, des insectes et des oiseaux peuvent être analysées dans leur détail à l'aide de cette méthode. D'une façon générale, un mouvement quelconque se produisant dans un plan est fidèlement retracé par les photographies successives.

En présence de ces résultats, on peut, sans trop de témérité, espérer la solution complète de la plupart des problèmes de cinématique et en particulier de ceux qui se rapportent à la locomotion humaine, soit normale, soit pathologique. Les tremblements de diverse nature, les différentes claudications, toutes les altérations du jeu régulier de nos muscles, se traduisent par des courbes plus ou moins caractéristiques. En somme, les photographies instantanées successives constituent une branche très importante de la méthode graphique et l'un des moyens d'investigation les plus précieux que le physiologiste puisse employer.

J'espère, dit M. Marey en terminant, avoir montré que la physiologie dispose, pour l'analyse des mouvements, de moyens nouveaux de méthode rigoureuse dont quelques-uns ont déjà fait leur preuve.

Différence de plasticité du sang de l'homme et de celui des animaux. — M. BONNAFONT fait une communication relative à quelques expériences constatant la différence de la plasticité du sang de l'homme avec celui des animaux, surtout du chien, et particulièrement à des expériences qu'il a faites en 1839, à Alger, sur le sang de l'homme comparé à celui du chien, du mouton et de l'agneau.

Ces expériences démontrent que le sang du chien surtout, puis celui du mouton, diffèrent essentiellement du sang de l'homme, et que cette différence de composition d'un élément si essentiel, qui joue un si grand rôle dans l'organisme, doit nécessairement en apporter dans toutes les fonctions de l'économie et qu'alors l'histologie, la physiologie et surtout la pathologie de l'homme et des animaux ne sauraient être identiquement semblables.

Le choléra, les maladies contagieuses et les quarantaines considérées dans leurs rapports avec la théorie du microzyma. — M. BÉCHAMP termine la communication qu'il a commencée sur ce sujet dans la précédente séance. Voici le résumé de son argumentation :

L'utilité des quarantaines, hautement affirmée par l'Académie dans sa séance du 24 juillet dernier, n'est pas admise par tous les médecins ni par une partie du public intelligent qui suit les travaux de l'Académie. Le public est excusable de penser ainsi lorsqu'il entend M. J. Guérin et M. Fauvel conclure des mêmes faits l'un contre l'autre pour les quarantaines. Il semble cependant qu'il serait possible de trouver, dans les dernières communications de ces deux médecins, les motifs d'un accord scientifique. On remarque d'abord qu'ils ne font intervenir ni l'un ni l'autre le système des germes morbifiques. Quant à M. Bouchardat, il ne s'est pas borné à le négliger ; il a démontré que le système n'est pas applicable à la phtisie. Cependant, dans sa communication, il parle de la genèse du parasite de la tuberculisation.

Pour dissiper le malentendu, M. Béchamp s'attache d'abord à combattre et à écarter le système des germes morbifiques, comme erroné dans son principe et faux dans ses conséquences.

M. Béchamp, rappelant les expériences de M. Pasteur et de ses élèves et les conséquences qu'ils en ont déduites, montre quelles seraient les conséquences de leur système. Primitivement, dit-il, à l'époque indéterminée où tout ce qui est vivant a été créé, où la vie a apparu sur le globe en même temps que les grands animaux, ont été créés les germes des ferments et ceux des organismes microscopiques morbifiques. Ces germes ont été, dès l'origine, disséminés dans l'atmosphère et de là répandus en tous lieux, dans les eaux et sur la terre. Donc les végétaux et les animaux ont été créés en même temps que les germes des organismes microscopiques qui sont destinés à les rendre malades et à les faire mourir. Sur quelle donnée expérimentale appuie-t-on cette hypothèse ? Ne pouvant pas prouver davantage directement que l'hypothèse est erronée, j'en suis réduit à employer la méthode indirecte, la démonstration par l'absurde.

Les germes des parasites, causes des maladies, s'ils existaient primitivement dans l'air, devraient attaquer tout le monde, les faibles comme les forts.

Dans cette hypothèse, comment se fait-il que le choléra, né

près des bouches du Gange, y soit resté confiné pendant si longtemps.

Enfin, si les germes morbifiques étaient primitivement disséminés dans l'atmosphère, rien ne pourrait les empêcher de se disséminer au loin ; ils passeraient outre à l'établissement des quarantaines. Loin d'être préservatrices, elles seraient, au contraire, nuisibles en devenant des centres actifs de la multiplication des germes. Dans ce système, une épidémie, loin de s'épuiser, ne devrait pas finir.

Mais comme il n'y a pas de doctrine si erronée qu'elle ne renferme quelque parcelle de vérité, dans le système que je combats, il y a des faits incontestablement établis, il est certain qu'il existe des organismes microscopiques appelés de divers noms, qui peuvent incontestablement communiquer la morbidité qui est en eux. Je vais dire ce qu'ils sont et d'où ils viennent.

C'est ici que M. Béchamp entre dans l'exposé de la théorie des microzymas et de la morbidité. Il résume cet exposé en ces termes : Les microzymas faisant partie de nous-même à un titre plus intime qu'aucune de nos cellules et de nos organes, puisqu'ils sont les éléments autonomes, vivants *per se*, qui ont servi et servent à les constituer, il n'y a pas lieu de chercher leur origine ailleurs que dans l'œuf : l'air et les germes n'y sont pour rien. Il y a mieux, ce que l'on appelle germes de l'air, abstraction faite des spores et autres organismes accidentels qui s'y peuvent rencontrer, sont essentiellement des microzymas identiques de forme avec les microzymas des êtres organisés quelconques. Ces microzymas atmosphériques, au lieu d'être dits préexistants, doivent être considérés comme issus des êtres organisés disparus et des destructions organiques qui se manifestent journellement sous nos yeux autrement que par le feu et les réactions violentes. Rien ne s'explique en histogénie, en physiologie et en pathologie, si l'on ne tient compte de la théorie du microzyma. Elle donne à l'énoncé si profondément médical de Pidoux : « Les maladies naissent de nous et en nous », sa véritable signification. Cette théorie démontre que ce n'est pas en tant que matière chimique que nous sommes capables de maladies, mais en tant qu'êtres organisés et vivants ; en cela elle constitue la négation radicale de l'hypothèse des germes morbifiques.

Dans la deuxième partie de son argumentation, M. Béchamp, abordant la question de la contagiosité des maladies, résume ainsi ce dernier point de vue :

Le choléra et toutes les maladies contagieuses se développent en nous sous les influences multiples et variées que les nosologistes ont depuis longtemps spécifiées. Les microzymas ou certaines catégories de microzymas sont des agents qui deviennent morbides en nous et par nous, sont aptes à conserver pour un certain temps cette morbidité et à transmettre la maladie aux sujets qui ont la réceptivité requise, c'est-à-dire dont les microzymas peuvent recevoir l'impression de la morbidité qui est dans le microzyma issu du malade et qui le deviennent à leur tour.

Mais le malade peut guérir et ses microzymas revenir au mode normal de leurs fonctions physiologiques, ou bien il peut mourir ; s'il succombe, ces microzymas, après quelques jours, lorsque la putréfaction s'est emparée du cadavre, cessent de posséder la morbidité spécifique.

C'est de ces considérations, qui sont fondées sur ce qu'il y a de plus intime dans la constitution histologique de l'homme et de plus expérimentalement vrai, que doit se tirer l'affirmation de l'utilité des quarantaines. Ces établissements efficaces de préservation sont institués surtout en faveur de ceux dont la réceptivité a été exagérée par une longue durée de mauvaises conditions hygiéniques qui ont créé en eux la misère physiologique ; en les protégeant, les quarantaines protègent aussi les forts, car il y a bien des inconnues dans un si redoutable problème.

A l'égard du choléra, il est certain que les excès, la misère, combinés à l'influence des milieux, sont prépondérants ; c'est pourquoi, en vertu de l'aptitude à changer de fonctions, le microzyma morbide peut devenir sain, qu'on peut arriver à modifier vers le bien une mauvaise constitution par le régime et par les milieux. Oui, l'hygiène est une grande force modificatrice.

Sans être utopiste, on peut bien affirmer que si les nations voulaient consacrer à l'assainissement des pays et des villes les sommes énormes qu'elles consacrent à des guerres folles et désastreuses qui détruisent, avec leurs richesses, les vies de leurs plus nobles fils, elles seraient bien vite à l'abri des épidémies meurtrières. Il resterait dans les faiblesses des hommes bien assez de causes de maladies et de mort.

La séance est levée à cinq heures un quart.

VARIÉTÉS

La dernière maladie de M. le comte de Chambord (1).

Par M. le professeur Vulpian.

III

Une heure environ après ce premier examen, je me rendais de nouveau auprès du malade avec MM. Drasche et Mayr. Mes confrères désirèrent me voir de nouveau faire devant eux une exploration méthodique des principaux organes. Je fis cette exploration, mais d'une façon un peu plus sommaire, pour ne pas occasionner une fatigue inutile, sinon nuisible. Je constatai de nouveau tout ce que j'avais vu la première fois. Je reconnus, en outre, qu'il y avait un très léger œdème au niveau de la partie inférieure des jambes sans douleur. De plus, je vis nettement sur la langue un commencement de production du muguet, sous forme de petits points blancs disséminés. Un papier de tournesol appliqué sur la langue rougit aussitôt. MM. Drasche et Mayr firent aussi l'examen du malade ; puis nous nous retirâmes pour conférer ensemble.

Ils me firent alors un récit très complet de toutes les péripéties de la maladie depuis le début jusqu'au jour de notre réunion. Laissant de côté l'affection de l'estomac pour en parler plus tard, ils me dirent qu'ils avaient constaté, dès les premières visites, les troubles de la circulation que j'avais observés : suivant eux, on pouvait supposer qu'ils dépendaient d'une surcharge graisseuse du cœur. Ils admettaient l'existence d'altérations athéromateuses de l'aorte (je vois qu'ils avaient reconnu de légères modifications des bruits aortiques) et considéraient les artères comme devant être altérées à un certain degré dans la plupart des régions du corps. Enfin les reins leur paraissaient atteints d'une légère néphrite interstitielle (l'urine contenait des traces d'albumine). Ils me demandèrent mon avis sur l'affection de l'estomac.

J'ai déjà dit que ma première impression avait été qu'il y avait une tumeur néoplastique de l'estomac : je ne crus pourtant pas devoir me prononcer immédiatement et je priai mes confrères de vouloir bien se trouver de nouveau en consultation avec moi le mardi suivant, 17 juillet, pour me permettre de contrôler encore une fois les résultats de mes premières explorations. Il fut convenu qu'il en serait ainsi.

Le prince voulut me revoir après notre conférence. J'insistai sur l'accord qui s'était établi entre mes confrères et moi, comme aussi sur l'assentiment complet que je donnais aux médications qui avaient été mises en usage jusque-là.

Je proposai à M. Mayr de prescrire des lavages de la cavité buccale avec de la solution aqueuse de borate de soude (borate de soude, 8 parties ; eau, 300). Ma proposition fut acceptée et l'on put commencer dès le lendemain à se servir de cette solution.

Le 16 juillet, je revis M. le comte de Chambord. Toujours même accueil empressé, affable, charmant.

Je ne fis pas d'examen prolongé ce jour-là. Le malade paraissait un peu rassuré, bien qu'il n'y eût aucun changement dans son état. La bouche était aussi sèche que la veille, je fis une lotion de toute la cavité buccale avec un pinceau imbibé de solution de borax, pour bien montrer au garde-malade le *modus faciendi.* L'examen de la région épigastrique, le seul que je pratiquai ce jour-là, me

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 septembre 1883.

donna les mêmes résultats. Je conseillai de cesser l'emploi des eaux de Carlsbad et de Marienbad, dont le malade faisait usage en petite quantité, et de suspendre aussi l'administration des lavements nutritifs pour laisser reposer l'intestin.

Le 17 eut lieu la seconde consultation entre MM. Drasche, Mayr et moi. Nous refîmes une exploration très attentive de la région épigastrique. Je sentis de nouveau, très distinctement, une tumeur située à droite de la ligne médiane, à la région épigastrique. Cette tumeur, aplatie, mal circonscrite à sa périphérie, était douloureuse à la palpation, très douloureuse même si l'on insistait un peu ; elle pouvait être légèrement déplacée de droite à gauche et de gauche à droite et elle paraissait être contiguë, ou à peu près, à la face profonde de la paroi abdominale. Je vis, à la façon dont mes confrères examinaient après moi cette région, qu'ils faisaient les mêmes constatations.

Le pouls, les battements et les bruits du cœur offraient les modifications que nous avions déjà observées.

La membrane muqueuse buccale présentait une légère amélioration ; la sensation d'ardeur était moins vive ; il n'y avait plus de muguet et le malade avalait un peu plus facilement. L'enrouement n'avait pas encore diminué.

Le moral était assez bon ; le prince était moins déprimé ; sa conversation était plus vive, et parfois même elle était enjouée.

Dans la conférence qui suivit cette visite, je pris la parole sur l'invitation de mes confrères et je leur déclarai que l'existence d'un cancer de l'estomac me paraissait extrêmement probable, et que, s'il en était ainsi, le tissu néoplasique devait s'être développé sur la membrane muqueuse de la partie antérieure de l'organe, sous forme d'une sorte de plaque, à une certaine distance de l'orifice pylorique. Je me fondais, pour incliner à admettre ce diagnostic, sur la présence d'une tumeur douloureuse à la région épigastrique ; sur l'intolérance de l'estomac, qui se révoltait plusieurs fois par jour contre les substances ingérées et les rejetait ; sur les nausées et les vomissements qui avaient lieu à jeun ; sur la perte d'appétit et la répugnance spéciale pour les viandes ; sur l'amaigrissement qui avait précédé de quelques semaines le début des accidents ; sur la teinte un peu cachectique de la face et sur le léger œdème des membres inférieurs.

Je m'appuyais encore sur un fait bien connu de toutes les personnes de l'intimité du prince ; son oncle, le duc d'Angoulême, était mort d'un cancer de l'estomac.

Mes confrères MM. Drasche et Mayr avaient déjà posé ce diagnostic et, par conséquent, je me trouvais d'accord avec eux. Ils admettaient l'existence d'un cancer ; pour eux, ce néoplasme avait vraisemblablement l'estomac pour siège ; mais, à cause de l'absence de vomissements de matières hématiques, ils croyaient nécessaire de dire que ce cancer siégeait dans *la région de l'estomac*.

Les circonstances du début des accidents, — c'est-à-dire leur soudaineté relative, leur marche rapide, l'acuité des douleurs éprouvées par le malade pendant une dizaine de jours environ, — nous paraissaient exceptionnelles ; elles nous avaient même conduits à parler de l'hypothèse d'une gastrite phlegmoneuse, avec épaississement et infiltration peut-être purulente des parois de l'estomac ; mais la marche des phénomènes morbides après la première période et leurs caractères actuels nous éloignaient de cette idée et nous ramenaient vers le diagnostic cancer.

Nous avions promis à M. le comte de Blacas de lui faire connaître, sans la moindre atténuation, le résultat de notre consultation : nous arrêtâmes donc les termes dans lesquels nous lui ferions cette communication. Nous avions hésité quand il s'était agi de décider si nous indiquerions le cancer comme vraisemblable ou comme certain. Il nous sembla que les probabilités étaient si grandes, qu'il valait mieux émettre une affirmation catégorique sur ce point.

Je proposai à mes confrères de donner à M. le comte de Chambord une alimentation exclusivement lactée, et de lui faire prendre chaque jour des pilules de bichromate de potasse. Le malade prendrait d'abord trois pilules contenant chacune 1 centigramme de bichromate, chaque jour ; puis, au bout de trois jours, la dose serait portée à six pilules par jour, deux par deux, et après trois autres jours, neuf pilules, trois par trois. Les pilules seraient toujours administrées après l'ingestion d'une tasse de lait. Je pensai qu'on pouvait aussi faire sur la région épigastrique des onctions avec une pommade à l'iodure de potassium et à l'extrait de belladone (vaseline, 30 grammes ; iodure de potassium, 4 grammes, et extrait de belladone, 6 grammes). MM. Drasche et Mayr acceptèrent ces propositions qui furent immédiatement formulées sous forme de prescription et signées de nos trois noms.

Chargé par mes confrères de faire part à M. de Blacas de notre manière de voir sur la maladie de M. le comte de Chambord, je lui dis que nous éprouvions le chagrin d'être obligés de confirmer le diagnostic déjà indiqué : que le malade était atteint de catarrhe de l'estomac ; qu'il y avait incontestablement, en outre, une tumeur dans la cavité abdominale ; que cette tumeur était un cancer ; que ce cancer était probablement dans l'estomac, mais que cela n'était pas certain ; que la maladie était incurable ; que, si le cancer siégeait en dehors de l'estomac, la vie pourrait se prolonger encore des semaines, peut-être des mois ; qu'une terminaison fatale serait sans doute moins tardive s'il s'agissait véritablement d'un cancer de l'estomac. J'ajoutai, en me conformant à ce qui avait été convenu entre nous, que les reins étaient un peu altérés ; qu'il y avait aussi une altération graisseuse du cœur ainsi que des lésions athéromateuses des artères ; que ces conditions morbides rendaient la situation encore plus grave et plus menaçante.

MM. Drasche et Mayr appuyèrent ce que je venais de dire en leur nom et au mien. Nous fîmes connaître anssi à M. de Blacas la prescription qui venait d'être faite.

Je revis le prince dans l'après-midi ; il avait beaucoup souffert de la région épigastrique presque aussitôt après l'examen que nous avions pratiqué. La douleur avait duré plus d'une demi-heure. Il paraît que déjà le malade avait éprouvé des accès douloureux du même genre à la suite de palpations un peu prolongées de la tumeur.

Le mercredi 18, je vins prendre congé de M. le comte de Chambord. Je désirais en même temps laisser des instructions écrites pour la réglementation du traitement. J'avais été frappé de ce qui m'avait été dit à plusieurs reprises sur le peu d'intervalle qu'on laissait entre deux ingestions successives de liquide. Quelquefois il ne s'écoulait pas cinq minutes entre les ingestions. Le malade prenait par exemple un peu de crème glacée, puis, après cinq minutes environ, de la limonade ; cinq à six minutes plus tard, il avalait du jus de viande ; après cinq autres minutes, de la limonade ; puis du lait, puis du café, et ainsi de suite ; il n'y avait jamais, pour ainsi dire, un moment de repos pour l'estomac. Ce système déplorable tenait évidemment au désir des gardes-malades de satisfaire immédiatement à toutes les demandes du prince, qui, tourmenté par la soif, par la sécheresse de sa bouche, voulait boire à chaque instant tel ou tel liquide.

Je prescrivis de ne donner du lait soit pur, soit avec de l'infusion de café, que toutes les trois heures, et de laisser toujours passer deux heures après ces repas de lait avant de donner une boisson ; je conseillai de cesser la limonade et de la remplacer par de l'eau pure ou par de l'eau additionnée d'une très faible quantité de sirop de cerises. J'indiquai les moments où les pilules de bichromate de potasse devaient être prises et ceux où l'on devait pratiquer les onctions avec la pommade iodurée et belladonée. J'insistai sur la nécessité de supprimer les eaux de Marienbad et de Carlsbad, et les lavements nutritifs, au moins pendant un certain temps.

M. le comte de Chambord me renouvela les remerciements qu'il m'avait déjà faits la veille, me parla des médecins français en termes chaleureux, comme il parlait de tout ce qui concernait la France, et, avant de me laisser partir, il m'embrassa affectueusement. Je me retirai extrêmement ému.

Le lendemain, je me mettais en route pour Paris.

Par décision ministérielle, en date du 14 septembre, les mutations ci-après indiquées ont eu lieu dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Médecins principaux de deuxième classe. — M. Cros passe de l'hôpital de Vincennes à l'hôpital de Rouen. (Emploi créé.)

Médecins-majors de première classe. — M. Colin passe du 114e au 1er d'infanterie ; — M. Lœwel passe de l'hôpital de Chambéry à l'hôpital de Bourges ; — M. Bablon passe de l'hôpital de Bourges à l'hôpital de Chambéry ; — M. Jourdan passe des hôpitaux de Tunisie à l'hôpital de Perpignan ; — M. Dreyfus passe du 26e bataillon de chasseurs à pied au 119e d'infanterie ; — M. de Tastes, détaché à la direction du service de santé du 5e corps d'armée, passe au 49e d'infanterie ; — M. Lemoine est maintenu au 32e d'artillerie, pour être détaché à la direction du 5e corps d'armée ; — M. Peyret passe du bataillon du 130e d'infanterie détaché en Algérie, au 9e d'artillerie ; — M. Gaye passe des hôpitaux de la division de Constantine au 3e zouaves ; — M. Vack passe du 12e dragons au 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; — M. Albert Joly passe du 9e d'infanterie à l'hôpital de Toulouse (pour être détaché à la direction du service de santé du 5e corps d'armée).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15082.

N° 112. — SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1883. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Des néphrites infectieuses. — De la néphrite infectieuse dans l'érysipèle de la face. — De l'emploi de l'iodoforme en oculistique. — ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIe SESSION). Congrès de Rouen. — VARIÉTÉS. La dernière maladie de M. le comte de Chambord. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des néphrites infectieuses.

On s'est beaucoup occupé, dans ces dernières années, du rôle que jouent les néphrites, soit comme coïncidence passagère, soit comme complication ou même comme partie intégrante ou élément essentiel d'un certain nombre d'affections pyrétiques aiguës. Dans un de nos articles de revue clinique sur ce sujet, il y a environ deux ans, nous signalions, d'après des recherches récentes alors, ce fait que plusieurs maladies générales fébriles, telles que la diphtérie, la variole, l'érysipèle, certaines pneumonies, la scarlatine, la fièvre typhoïde étaient fréquemment accompagnées d'une inflammation rénale légère, le plus souvent passagère, mais qui, dans quelques circonstances, surtout à la suite de la scarlatine et de la fièvre typhoïde, devenaient quelquefois le point de départ de néphrites permanentes. On avait constaté par des recherches histologiques que le processus était le même dans la plupart de ces cas, soit que la néphrite fût passagère ou qu'elle persistât à l'état chronique, et qu'on pouvait les voir passer par des nuances insensibles des néphrites albumineuses passagères aux néphrites parenchymateuses vraies.

Un jour nouveau s'est fait sur ce point intéressant de pathologie depuis les recherches si intéressantes de M. Bouchard sur les néphrites qu'il a appelées *infectieuses*. Les néphrites infectieuses se distinguent d'une part des albuminuries communes qui procèdent de certains états dyscrasiques et dont elles diffèrent d'ailleurs par des caractères physiques particuliers, la rétractilité de l'albumine par la réaction de l'acide picrique, par exemple, et, d'autre part, par leur dépendance directe de l'affection qui les a précédées et déterminées, et par la coexistence dans les urines et dans les reins eux-mêmes de bactéries semblables à celles que l'on trouve dans le sang et dans diverses autres parties de l'organisme des mêmes sujets.

Parmi les maladies infectieuses aiguës dans lesquelles M. Bouchard, à l'époque où il a communiqué ses recherches au congrès de Londres en 1881, avait déjà constaté ce processus, il signalait notamment la rougeole, la fièvre puerpérale, la dysenterie, la tuberculose; mais c'était principalement dans la fièvre typhoïde, la pyrexie infectieuse par excellence, qu'il l'a étudiée. Dans les cas de fièvre typhoïde qu'il a observés à ce point de vue, tant qu'a duré l'albuminurie, les urines renfermaient des bactéries identiques à celle qu'on trouve dans le sang ou dans les diverses humeurs pathologiques des typhoïdiques, ainsi que dans les foyers intestinaux protopathiques des plaques de Peyer.

Ce que M. Bouchard a constaté et vérifié un grand nombre de fois pour la fièvre typhoïde et qu'il s'est à peu près borné à signaler seulement dans quelques-unes des autres pyrexies infectieuses, un de ses élèves, M. le docteur Jules Blechmann, a essayé de le faire pour l'érysipèle. C'est ce qu'il nous reste à faire connaître.

De la néphrite infectieuse dans l'érysipèle de la face.

On sait qu'à peu d'exceptions près, la théorie de la nature spécifique et infectieuse de l'érysipèle est à peu près généralement admise. Cette idée n'a dû faire que progresser dans l'opinion avec les idées microbiennes. L'agent infectieux a été signalé chez nous par notre confrère M. le docteur Nepveu, qui l'a décrit comme une bactérie de forme sphérique, comparable au *bacterium punctum*. Depuis M. Bouchard a trouvé ces mêmes bactéries dans le liquide des phlyctènes érysipélateuses.

D'un autre côté, il n'y a pas très longtemps qu'on a recherché l'albumine dans l'urine des érysipélateux. Ces recherches, en se multipliant, ont fini par faire admettre une albuminurie érysipélateuse; et tout récemment enfin, comme on l'a déjà vu, l'érysipèle figure parmi les maladies qui peuvent se compliquer de néphrite infectieuse.

M. Blechmann, ayant pu réunir dans les hôpitaux quelques observations dans lesquelles il a examiné les urines au microscope, s'est proposé de rechercher s'il y avait dans ces cas néphrite et si cette néphrite était infectieuse. Il a examiné en même temps, dans quelques cas, la sérosité des phlyctènes développées à la face et il a rencontré dans ce liquide les mêmes organismes que dans l'urine.

De cette première partie de l'étude de M. Blechmann il ressort qu'il y a véritablement néphrite érysipélateuse, se rattachant à des lésions rénales déterminées, que cette néphrite est infectieuse, parasitaire, ainsi qu'en témoignent les organismes constatés tant dans l'urine que dans les cylindres rénaux; que ces organismes étant les mêmes

que ceux qu'on a trouvés dans le sang, il est logique de penser que le passage de ces éléments est la véritable cause productrice des lésions rénales.

A quel moment survient la néphrite dans le cours de l'érysipèle? La forme de cet érysipèle ou son ensemble symptomatique particulier influence-t-il l'époque d'apparition des complications rénales? Telles sont les questions subsidiaires que M. Blechmann a cherché à résoudre à l'aide de l'analyse des observations rapportées dans son travail.

Dans la première observation, où il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, sans antécédents morbides, entré à l'hôpital le quatrième jour du début d'un érysipèle de la face, les urines étaient déjà très albumineuses, ce qui porte à penser que l'albuminurie avait commencé du premier au troisième jour.

Dans la deuxième observation, le malade, âgé de quarante-neuf ans, atteint d'une fièvre typhoïde au cours de laquelle on a constaté de l'albuminurie, est pris, pendant la convalescence de sa fièvre, d'un érysipèle de la face. L'albuminurie, qui n'existait presque plus la veille du jour où l'érysipèle est apparu, reprend une nouvelle intensité à partir de ce jour.

Dans la troisième observation, l'albuminurie semble n'être survenue qu'à la période de décroissance de l'érysipèle.

Ainsi, dans la plupart des observations suivantes (5e, 7e, 8e et 10e), l'albumine se révèle, en quantité plus ou moins notable, dans les premiers jours de l'explosion de l'érysipèle et elle était très intense à l'époque de son entier développement.

Dans la sixième observation, comme dans la deuxième, il s'agissait aussi d'un érysipèle survenu pendant la période de convalescence d'une fièvre typhoïde, mais avec cette différence, toutefois, qu'au cours de la fièvre, on n'avait point constaté d'albuminurie et qu'elle se montra dès le premier jour de l'explosion de l'érysipèle.

Enfin, dans la neuvième observation, l'albumine n'apparaît qu'au sixième jour de l'éruption d'un érysipèle, alors que de la face où il siégeait d'abord, il s'étendit au cuir chevelu.

En résumé, dans huit de ces observations, on voit apparaître l'albumine entre le premier jour de la maladie et la période de décroissance; dans une seule, l'albumine n'apparaît qu'en pleine desquamation.

Passant à l'examen de signes spéciaux capables de faire soupçonner la complication rénale au cours de l'érysipèle, M. Blechmann arrive à un résultat à peu près négatif. Mais de l'exposé même de ces faits ressort l'indication d'examiner les urines des érysipélateux. Ce n'est, en effet, que dans cet examen qu'on trouve les signes certains de la complication en question.

Nous réservons la question du procédé de M. Bouchard pour l'examen des urines albumineuses auquel M. Blechmann s'est conformé dans cette étude, pour en faire l'objet d'un article à part. Bornons-nous ici à en indiquer les résultats.

Toutes choses ayant été égales d'ailleurs dans les épreuves faites, tantôt l'urine a présenté la rétraction, ce caractère si bien étudié par M. Bouchard, tantôt elle est restée simplement louche.

Ce que M. Blechmann a cru pouvoir conclure de ses observations, c'est que le degré de rétractilité a été généralement en rapport avec le chiffre de l'albumine. Plus ce chiffre a été élevé, plus la rétractilité a été évidente.

Ce point demande encore d'autres expériences. Un autre point qui a paru mériter davantage l'attention de M. Blechmann est la relation constante trouvée entre la présence de l'albumine rétractile et celle des dépouilles rénales dans les urines. Ce fait a permis de vérifier une fois de plus l'affirmation de M. Bouchard, savoir que la rétractilité est souvent en rapport avec les altérations des reins, en même temps que de conclure que l'albuminurie érysipélateuse dépendait d'une néphrite nettement caractérisée.

En résumé, de cette étude il paraît ressortir jusqu'à présent que les symptômes du début de la néphrite érysipélateuse sont peu appréciables, qu'ils se confondent avec ceux de la maladie générale. Les véritables symptômes sont fournis par l'examen des urines, qui y fait reconnaître une quantité variable d'albumine presque toujours rétractile, et par l'examen microscopique qui y fait découvrir différents éléments résultant de l'inflammation et de la dépouille du rein. Enfin le plus souvent on y découvrira des organismes sphériques, isolés ou agglomérés, semblables à ceux que renferme dans ces cas le sang ou la sérosité des phlyctènes.

Le pronostic sera porté surtout d'après l'examen microscopique des urines et d'après la quantité d'albumine excrétée en vingt-quatre heures. Si le microscope révèle des déchets rénaux en quantité considérable, le pronostic sera réservé, les lésions du rein étant dans ce cas très graves. Il sera également très réservé si la quantité d'albumine s'accroît très rapidement et en peu de jours. Il y a à craindre alors les troubles urémiques à brève échéance; et dès qu'ils apparaîtront, le pronostic sera des plus graves, sans être absolument désespéré. A moins que les lésions rénales ne deviennent chroniques, ce qui peut être à craindre lorsque l'organisme du malade est appauvri, soit par une mauvaise constitution, soit par des diathèses, soit par une maladie grave antérieure, on peut en espérer la guérison complète. Dans ce cas, la durée de la néphrite ne dépasse pas quatre ou cinq septénaires.

Telles sont les principales conclusions qui ressortent des recherches de M. Blechmann et qu'il restera sans doute à compléter sur plus d'un point.

De l'emploi de l'iodoforme en oculistique.

Nos lecteurs connaissent, par plusieurs articles publiés dans la *Gazette*, les propriétés thérapeutiques de l'iodoforme et ses applications diverses en médecine, mais surtout en chirurgie, et les espérances exagérées qu'ont fait naître ses premiers succès et les déceptions qui s'en sont suivies, et enfin jusqu'aux accidents toxiques auxquels son usage peu mesuré a donné lieu dans quelques circonstances. C'est un peu là l'histoire de beaucoup de médicaments. Il faut avoir passé par les phases successives de l'engouement et des déceptions, avant d'arriver à une appréciation calme et juste de leur valeur et de leur véritable utilité. Cependant le cercle des expériences n'était pas encore complet. Un compte-rendu de la Société d'ophtalmologie d'Heidelberg, pour 1881, publié dans le *Centralblatt*, de Berlin, nous a appris, grâce à la traduction résumée qu'en a faite M. le docteur Fieuzal, que l'iodoforme avait été essayé dans plusieurs affections oculaires, notamment dans le catarrhe conjonctival, dans la conjonctivite blennorréique, dans la conjonctivite purulente, dans la conjonctivite granuleuse aiguë ou chronique, la dacryocyto-blennorrée; dans diverses maladies des paupières, blessures, excoriations, érythème; dans les affections cornéennes, etc., etc.; avec des résul-

tats, il faut le dire, très variables, parfois nuls, d'autres fois nuisibles, enfin très efficaces dans quelques cas.

D'un autre côté, l'un des derniers numéros des *Archives d'ophtalmologie* de M. le professeur Panas renfermait un travail du docteur Manolescu, médecin-oculiste de l'hôpital des Enfants de Bucharest, relatif à des expériences faites en grand nombre pour des cas de granulations palpébrales, d'ophtalmies blennorragiques, de kératites et qui paraissent avoir donné d'excellents résultats.

Encouragé par quelques-uns de ces exemples, M. Saint-Martin, interne du service de M. Fieuzal à la clinique nationale ophtalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts, a recueilli dans ce service un assez grand nombre d'observations d'affections oculaires traitées par l'iodoforme. Nous empruntons au deuxième numéro du *Bulletin de la Clinique nationale ophtalmologique*, où ils ont été consignés, les détails du mode d'emploi de cette méthode et les résultats qui en ont été obtenus dans le courant de l'année dernière.

L'iodoforme a été employé sous forme de pommade, parties égales de poudre d'iodoforme finement pulvérisée et de vaseline.

Les affections qui ont été traitées ainsi sont les suivantes : granulations palpébrales avec pannus vasculaire consécutif ; ophtalmies blennorragiques, pustules conjonctivales, taies de la cornée, kératites en bandelette, kératites diffuses, toutes affections dans lesquelles l'iodoforme avait donné, entre les mains de Manolescu, de très bons résultats.

M. Saint-Martin a observé trois cas d'ophtalmie blennorragique dans lesquels le traitement par l'iodoforme a été nul. Dans les granulations palpébrales avec pannus, l'iodoforme n'a agi que sur le pannus, sans guérir les granulations. Dans les kératites en bandelette, affection liée généralement à un état scrofuleux, l'iodoforme a fait « merveille ».

Chez les malades soignés par cette méthode, la pommade à l'iodoforme était introduite avec un stylet mousse dans le cul-de-sac conjonctival de l'œil atteint. Pansement occlusif avec de la toile fine, de l'ouate et une bande de flanelle maintenant le tout jusqu'au lendemain. Grâce à cette occlusion des paupières, l'iodoforme n'était pas entraîné par les larmes et agissait ainsi très efficacement soit sur l'affection cornéenne, soit sur l'affection conjonctivale.

Dans une première observation de pannus granuleux double, qui remontait à quatorze mois, le pannus a été guéri au bout d'un mois et demi environ de traitement, et les taies ont disparu vers le quatrième mois ; les granulations seules sont restées rebelles.

Dans une deuxième observation de leucome adhérent double, suite d'ophtalmie purulente ancienne et de granulations palpébrales, avec pannus vasculaire et blépharospasme, chez un sujet scrofuleux, le blépharospasme avait disparu au bout de deux mois ; à la fin du troisième mois, toute trace de vaisseaux avait disparu. Deux mois après (c'est-à-dire le cinquième mois), l'état du sujet était aussi satisfaisant que possible, les granulations mêmes avaient disparu en grande partie...

Dix autres observations semblables ont donné le même résultat. Dans trois cas du même genre, l'iodoforme n'a eu aucune influence sur la marche de la maladie.

Les résultats du traitement des kératites en bandelette ont été plus concluants. Sur vingt et un malades atteints de cette affection, dix-huit ont guéri rapidement et complètement, sans rechutes, les autres ont guéri, mais moins promptement.

La pommade à l'iodoforme, dans les cas de pustule conjonctivale, n'a pas donné de meilleurs résultats que la pommade au bioxyde d'hydrargyre ; les pustules ont disparu, mais pas plus rapidement que par l'application de la pommade au précipité jaune.

Il en a été de même pour le traitement des kératites diffuses par l'iodoforme. La durée de l'affection, si longue avec tout autre traitement, n'a pas été diminuée. Sur huit malades soignés à l'iodoforme, cinq seulement ont pu supporter la pommade. Le traitement fut suivi régulièrement pendant quatre mois, et on n'a pu constater qu'une très légère amélioration.

D'autres essais se continuent dans le service de M. Fieuzal ; ce n'est que lorsqu'ils auront été suffisamment multipliés et contrôlés qu'ils pourront servir à établir définitivement l'utilité du rôle de l'iodoforme dans la thérapeutique oculaire.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XII[e] SESSION, 1883).

Congrès de Rouen.

I

L'ouverture de la douzième session de l'Association française a eu lieu le 16 août 1883, sous la présidence de M. Frédéric Passy, membre de l'Institut, qui a prononcé un discours remarquable sur l'économie politique. Nous en retiendrons ici certain passage seulement, relatif au célèbre Quesnay qui nous appartient plus particulièrement par son titre de docteur en médecine.

Avec le docteur Quesnay, l'économie politique entre vraiment dans une nouvelle ère de progrès ; elle prend une forme scientifique. Elle prend surtout possession de l'attention générale et s'impose à l'opinion publique. . . . .

. . . .

Singulier personnage, en vérité, que ce docteur Quesnay, et bien différent de ses prédécesseurs et de son illustre disciple avec lequel il n'a qu'un trait (le plus important de tous, il est vrai), d'incontestable ressemblance, la noblesse de l'esprit et du cœur. Petit et laid autant que Vauban et Turgot étaient beaux et imposants, sans naissance, élevé en paysan et instruit presque par hasard, à onze ans il ne savait pas lire ; admis à grand'peine, — après s'être en majeure partie formé lui-même et être, chemin faisant, devenu un graveur de talent grâce aux leçons de Cochin, — dans la corporation des chirurgiens de Mantes, puis reçu médecin à Pont-à-Mousson ; appelé plus tard, pour son double mérite de savant et d'écrivain, dans la naissante Académie de chirurgie de Paris, dont il est le premier secrétaire perpétuel ; honoré de l'amitié du maréchal de Noailles et de la confiance de la reine ; il est enfin, sans avoir jamais risqué une sollicitation ou fait fléchir l'austère rigueur de son désintéressement, nommé médecin de Louis XV, et exerce sur ce roi, peut-être par l'effet du contraste ou par l'attrait du mélange de rudesse et de malicieuse bonhomie dont se composait son autorité, une incroyable séduction.

Il réunit chez lui, dans son *entresol* de Versailles, tout ce qu'il y a de libres esprits et de nobles cœurs préoccupés de la trop visible décadence de la monarchie. Un grand personnage, raillant sa philanthropie réformatrice, croit lui fermer la bouche en lui disant « que c'est la hallebarde qui mène le monde ». — « Et qui mène la hallebarde, monseigneur ? » répliqua Quesnay. « C'est l'opinion ;

c'est donc sur l'opinion qu'il faut travailler. » Il n'a qu'à demander, qu'à accepter plutôt, pour tout avoir, et il n'accepte de faveur ni pour lui ni pour les siens. On le presse de laisser donner à son fils une place de fermier général : « Je ne veux pas, répond-il, laisser pénétrer chez moi la tentation de prendre intérêt aux gens d'impôts qui arrêtent les progrès de l'agriculture et du commerce. Le bonheur de mes enfants doit être lié à la prospérité publique. » Et il fait de son fils un agriculteur. Mais il ne peut empêcher le roi, qui l'a surnommé *le Penseur*, de lui donner pour armes un bouquet de trois pensées, groupées de sa main, avec cette devise : *Propter cogitationem mentis*. Et de sa main encore, dans ce palais de Louis XIV où tout respire l'autorité absolue, on voit ce roi léger et égoïste imprimer les premières feuilles du *Tableau économique*, résumé de la doctrine du maître, avec cette épigraphe significative : « *Pauvre paysan, pauvre royaume; pauvre royaume, pauvre roy.* » . . . .

. . . .

Qu'on me permette de citer encore, avant de quitter Quesnay, comme exemple de la grâce et de l'esprit d'à-propos qui relevaient chez lui la profondeur de la pensée, cette réponse à un interlocuteur séduit par les paradoxes de Rousseau sur l'état de nature, qui, pour combattre la propriété, lui opposait la formule célèbre « Tout est à tous » :

« Assurément, Monsieur, » répondit le malin docteur, en montrant du doigt des hirondelles qui se croisaient devant sa fenêtre, « tous les biens naturels sont à tous les hommes absolument comme tous les moucherons qui volent dans l'air sont à toutes les hirondelles ; mais quand l'une d'elles en a pris un dans son bec, elle l'y garde. » J'ajoute : elle le porte même à ses petits, comme elle a porté à son nid les brins de paille qu'elle a ramassés et la terre avec laquelle elle les a liés. Ces matériaux n'étaient à personne avant qu'elle s'en fût emparée, ils sont à elle après; et à elle, à plus forte raison, la demeure qu'elle s'en est faite . . . . .

. . . .

M. Ricard, maire de Rouen, prenant ensuite la parole, a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès, appelant surtout leur attention, entre autres questions, sur l'organisation de l'École des Hautes-Études. Puis M. le docteur Gariel, secrétaire du Conseil d'administration, remplaçant M. le secrétaire général Perrier, appelé à faire partie de la mission scientifique du *Talisman* pour l'étude des profondeurs de l'océan Atlantique, a présenté le rapport réglementaire sur l'histoire de l'Association française pendant l'exercice 1882-1883.

Enfin M. Masson, trésorier de l'Association, a rendu compte de la situation financière, de plus en plus prospère chaque année, à tel point même que l'Association française a rejoint sa sœur aînée, l'Association britannique, au point de vue budgétaire, malgré la différence d'âge qui existe entre elles et qu'elle l'a même dépassée comme nombre d'adhérents. L'Association britannique, en effet, a cinquante-deux ans de date, tandis que l'Association française n'en est encore qu'à sa douzième année ; la première n'a que 3,500 membres, tandis que la seconde en compte aujourd'hui bien près de 4,000.

A l'issue de la séance d'inauguration, les membres du Congrès se sont rendus directement dans leurs sections respectives pour procéder à l'élection du bureau sous la présidence de M. le docteur Leudet, vice-président du comité local de Rouen.

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

Dans la section des sciences médicales, qui seule doit nous occuper ici, ont été élus :

Président : M. Duplouy (de Rochefort) ;

Vice-présidents : MM. Siredey (de Paris), Duménil (de Rouen), Henrot (de Reims), et Thierry (de Rouen) ;

Secrétaires : MM. L.-H. Petit, Picqué, Cerné et Petel.

M. le professeur Verneuil a été, comme l'année dernière déjà, au Congrès de La Rochelle, acclamé président d'honneur.

Ajoutons que, pour la première fois, cette année, une sous-section d'hygiène et de médecine publique a été créée. Elle a élu :

Président : M. J. Rochard (de Paris) ;

Vice-présidents : MM. Pennetier (de Rouen) et Henri Napias (de Paris) ;

Secrétaire : M. Laurent (de Rouen).

COMMUNICATIONS.

Tuberculose laryngienne et trachéotomie. — M. le docteur Gouguenheim, médecin de l'hôpital Bichat, lit un travail sur les indications de la trachéotomie dans la tuberculose laryngienne. Si cette opération n'est pas fréquemment indiquée dans le cours de la tuberculose du larynx, cependant il est possible d'en pressentir la nécessité d'après l'observation laryngoscopique de quelques formes anatomiques.

Dans la phtisie aiguë, la carie rapide des aryténoïdes, l'ulcération de la muqueuse qui les recouvre et la chute du cartilage dans la cavité laryngienne peuvent nécessiter brusquement cette opération, quelque désespérée que puisse être la situation du malade. L'aphonie est un signe très précoce de cette altération et ce symptôme, banal dans la tuberculose chronique, peut, dans la phtisie aiguë, avoir une signification redoutable.

Mais c'est dans la tuberculose chronique que ces indications de la trachéotomie sont particulièrement intéressantes ; c'est surtout dans les quatre formes anatomiques suivantes de la maladie que la trachéotomie peut s'imposer et qu'on peut la pratiquer assez à temps.

A. *Première forme* : Carie des grands cartilages thyroïde et cricoïde.

B. *Deuxième forme* : Infiltration tuberculeuse unilatérale ou bilatérale des cordes vocales supérieures et du vestibule, infiltration pouvant former de véritables tumeurs semblables à des syphilomes ou des carcinomes.

C. *Troisième forme* : Infiltration tuberculeuse progressive des cordes vocales inférieures produisant une sténose excessive.

D. *Quatrième forme* : Paralysie des abducteurs ou spasme permanent des adducteurs coïncidant avec l'infiltration de la muqueuse des cordes.

Dans les deux premières formes, l'opération peut non seulement sauver la vie du malade, mais encore prolonger beaucoup ses jours. M. Gouguenheim a observé un cas de deux à trois ans de survie en raison de ce que ces formes ne coïncident pas ordinairement avec des lésions viscérales étendues. Dans les deux dernières formes, l'opération n'a malheureusement pas les mêmes conséquences, car chez ces malades les lésions viscérales sont toujours trop étendues et trop sérieuses.

L'infiltration aryténo-épiglottique, contrairement à ce que l'on a écrit jusqu'à ce jour, n'est jamais une indication de l'opération, quand cette infiltration est limitée aux replis et ne s'étend pas à l'intérieur de l'organe. Des recherches longtemps poursuivies par l'auteur lui ont démontré que souvent ces cas peuvent être latents et ne sont alors découverts que par l'examen laryngoscopique.

Interprétation d'une observation ancienne d'après les idées modernes. — M. le docteur L.-H. Petit, sous-bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, commente une observation recueillie en 1563 par Daza Chacon, médecin de Philippe II, roi d'Espagne et qui a pour sujet une maladie du fils de ce prince, don Carlos. Celui-ci, guéri depuis deux mois de fièvres intermit-

tentes qui avaient duré quatre ans, fit une chute sur la tête qui produisit une plaie contuse du cuir chevelu.

L'accident ramena des accès de fièvre intermittente, puis des accidents cérébraux graves que M. Petit, s'appuyant sur des observations analogues, démontre avoir été des accidents pernicieux d'origine palustre. Les médecins traitants crurent alors qu'il s'agissait d'une infiltration purulente allant à travers l'os dans le cerveau et tentèrent la trépanation. Celle-ci leur fit voir que l'os était sain, mais elle fut suivie d'un érysipèle subit qui envahit la tête, le cou, et qui amena une recrudescence des accidents cérébraux. Pour M. Petit, appliquant à ce fait les idées de son maître, M. Verneuil, l'érysipèle eut pour cause l'inoculation des liquides putrides de la plaie dans les lymphatiques du cuir chevelu, et les accidents pernicieux revêtirent la forme cérébrale, comateuse, parce que la tête, siège de la plaie et de l'érysipèle, était le *locus minoris resistentiæ* de l'organisme.

Commotion cérébrale chez un jeune enfant. — M. le docteur Cartaz communique une observation importante d'hémiplégie passagère chez un enfant de deux ans et demi, hémiplégie qu'il rattache à de la commotion cérébrale. Il s'agit d'un enfant bien portant qui, glissant sur un parquet, tombe sur la tête (région occipitale). Quand on le relève, on constate qu'il ne peut se tenir sur la jambe droite. L'auteur reconnaît une hémiplégie du côté *droit*, sans anesthésie avec hémiplégie faciale *droite* incomplète et aphasie. Pas de convulsions, pas de coma. L'enfant est tranquille. La région crânienne ne présente aucune lésion. Un traitement approprié est institué (lavement purgatif, sinapismes ; plus tard dans la soirée une sangsue derrière l'oreille ; le lendemain, calomel à doses fractionnées).

Aucune réaction fébrile. La nuit est bonne. Même état de la paralysie le lendemain.

Le troisième jour, l'enfant prononce un mot qu'il dit souvent dans la conversation habituelle. Le lendemain le membre inférieur est moins flasque. L'enfant marche comme un paralytique convalescent, en traînant un peu la jambe.

Deux jours plus tard la motilité était complètement revenue à son état normal, l'enfant se mettait à parler et en moins d'une semaine tous ces phénomènes avaient absolument disparu.

En présence de la rapidité d'évolution des accidents, de la localisation des phénomènes de paralysie (hémiplégie directe de la face et du tronc), de l'absence de toute réaction fébrile, M. Cartaz écarte l'idée d'une contusion cérébrale, pour admettre celle de commotion cérébrale. Depuis plus d'un an, époque de l'accident, l'enfant n'a présenté aucun symptôme particulier se rattachant à cette lésion.

Rapports de quelques maladies entre elles. — M. le docteur Burot fait une communication sur les rapports de la fièvre intermittente, de la phtisie et de la fièvre typhoïde à Rochefort.

Boudin avait érigé en loi l'antagonisme de la fièvre intermittente, de la phtisie et de la fièvre typhoïde.

Lefèvre avait combattu la loi d'antagonisme et, basant ses conclusions sur de nombreux faits observés à Rochefort, il croyait plutôt au parallélisme qu'à l'antagonisme.

M. Burot, sur l'indication de M. Verneuil, a repris cette question ; et voici le résultat de ses observations :

1° La fièvre intermittente a diminué à Rochefort, malgré de grands bouleversements de terrain, — les cas sont rares et ont peu de tendance à la récidive, d'après le rapport du docteur Thèze, chargé des ouvriers du bassin. — Il est vrai que la nomenclature a un peu varié en faveur des fièvres gastriques placées autrefois dans la catégorie des fièvres intermittentes et que M. Barthélemy Benoît considère aujourd'hui comme des fébricules typhoïdes.

2° La phtisie est assez commune, la granulie n'est pas rare. Des cas de granulose généralisée se sont développés à l'hôpital sur des soldats jusque-là bien portants. Il n'est pas rare de voir mourir des individus considérés comme paludéens, avec des rates de 200 grammes seulement et des cavernes pulmonaires. D'autre part, on voit mourir de véritables paludéens sénégalais avec des rates de 1,100 grammes et des cavernes du poumon.

3° La fièvre typhoïde existe à Rochefort à l'état sporadique. Elle n'est pas seulement importée, comme on tend à l'admettre ; elle est y autochtone et s'y développe. M. Burot a observé récemment une petite épidémie d'hôpital qui est concluante.

Donc Lefèvre parait avoir raison contre Boudin : il y aurait plutôt parallélisme qu'antagonisme entre la fièvre intermittente, la phtisie et la fièvre typhoïde.

VARIÉTÉS

La dernière maladie de M. le comte de Chambord (1).

Par M. le professeur VULPIAN.

IV

Dès le jour de mon arrivée à Paris, j'apprenais par les télégrammes insérés dans les journaux que M. le comte de Chambord avait éprouvé de nouveau de vives douleurs, pendant la nuit du 18 au 19 juillet, et que l'on avait été obligé d'aller chercher le docteur Mayr à Neustadt. Il se rendit aussitôt, pendant cette nuit même, à Frohsdorf, et trouva le prince très souffrant. L'épigastre était le siège de douleurs très aiguës, qu'exaspérait la palpation la plus ménagée ; peu après l'explosion de ces douleurs, le malade avait recommencé à vomir à courts intervalles ; il y avait de l'altération des traits.

Ces phénomènes morbides, que M. Mayr attribue à une péritonite locale, durèrent une grande partie de la journée du 19, puis se calmèrent peu à peu, de telle sorte que, le 20 et le 21, le malade se trouvait dans le même état que dans la matinée du 18. On avait suspendu l'emploi des pilules de bichromate de potasse pendant la journée du 19 ; on en reprit l'usage dès le 20 et on continua, en suivant les indications que j'avais laissées par écrit. Les onctions n'avaient pas été interrompues.

Les jours suivants, la situation du malade s'amenda favorablement. On peut voir, d'après les dépêches reproduites par les journaux, que cette amélioration faisait des progrès quotidiens, lents, mais incontestables. La faiblesse semblait diminuer ; le moral se raffermissait ; les vomissements cessaient tout à fait. Les douleurs abdominales avaient disparu et l'on pouvait presser la région épigastrique, même au niveau de la tumeur, sans déterminer la moindre souffrance. Le prince put être conduit dans le parc du château et même, au commencement du mois d'août, il pouvait se tenir assis, pendant quelques heures, dans un fauteuil, au salon, et là converser avec les personnes admises auprès de lui.

On avait augmenté l'alimentation ; des jus, des purées et des poudres de viande furent donnés au malade.

On reprenait courage à Frohsdorf ; on croyait à une convalescence prochaine. Lorsqu'on me parlait de cette amélioration à Paris, je disais qu'il ne fallait pas se réjouir encore, que l'on ne saurait à quoi s'en tenir qu'au bout de quatre à cinq semaines, et que, si une rechute se produisait, tout serait remis en question.

M. le docteur Mayr, dans une lettre qu'il m'écrivait dans les premiers jours d'août, ne se laissait aller à aucune illusion : la tumeur ne disparaissait pas ; l'affaiblissement, malgré les apparences, était toujours à peu près aussi prononcé, et même la perte de poids n'avait pas cessé d'augmenter. M. Mayr continuait cependant les essais d'alimentation qu'il avait commencés. Des peptones furent administrées en lavement ; on fit prendre du vin pancréatique ; toutes les préparations alimentaires dont l'emploi semblait rationnel et exempt de danger avaient été mis en usage.

Des vomissements eurent lieu dans la nuit du 8 au 9 août. Le 9 août, dans la matinée, M. de Blacas, rassuré un peu par l'amélioration des jours précédents, résolut de venir passer quelques jours à Paris, et vint, le matin, prendre congé de M. le comte de Cham-

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 septembre 1883.

bord. Il le trouva habillé, assis sur un fauteuil, dans le salon. Le prince tenait à la main un mouchoir avec lequel il essuyait quelques gouttes de sang qui s'écoulaient du nez. Il se sentait un peu plus fatigué que la veille, mais il ne se trouvait pas d'ailleurs plus malade et ne fit aucune objection au départ de M. de Blacas.

C'est de ce jour que date la dernière période de la maladie. Les vomissements se reproduisirent plusieurs fois, chaque jour et chaque nuit. L'estomac ne tolérait plus ni aliments ni boissons. Au bout de peu de jours la faiblesse devenait telle, que le malade ne pouvait plus être transporté hors du château ni même dans une autre pièce ; bientôt même il lui devenait impossible de se tourner dans son lit. La perte de poids depuis le retour de Goritz s'élevait à plus de 60 livres.

Quelques jours après la reprise des accidents, on constata de temps à autre un peu de subdelirium, qui tenait évidemment à l'inanition. Les dépêches télégraphiques devenaient de plus en plus alarmantes et elles ne tardèrent pas à faire considérer la mort du prince comme absolument prochaine.

Le lundi soir 20 août, je reçus une dépêche de M. le comte de Blacas, par laquelle j'étais demandé de nouveau à Frohsdorf. Les termes de cette dépêche me faisaient connaître que le malade était dans un état extrêmement grave : il ne parlait déjà presque plus. Je partis de Trouville le lendemain, mardi, pour Paris, et je quittai Paris le vendredi matin, pour me rendre à Vienne. Arrivé le jeudi soir, il me fut impossible, faute de trains de nuit, d'aller immédiatement à Frohsdorf. Je ne pus partir pour Neustadt que le lendemain matin à sept heures.

A Vienne, on savait que M. le comte de Chambord était dans un état désespéré. A Neustadt, nous ne pûmes (j'étais avec M. le comte d'Andigné) obtenir aucun renseignement nouveau. C'est seulement en nous faisant conduire en voiture de Neustadt à Frohsdorf, qu'à moitié chemin environ nous rencontrâmes une voiture qui menait de Frohsdorf à Neustadt un des fonctionnaires du château, chargé de télégraphier la nouvelle de la mort du comte de Chambord. Après une agonie tranquille, qui avait duré toute la nuit et pendant laquelle le malade paraissait avoir conservé sa connaissance et répondait aux questions par des mouvements de la main, la mort avait eu lieu à sept heures vingt minutes du matin.

Durant la nuit, les extrémités s'étaient peu à peu cyanosées et le bras gauche, surtout au niveau de l'avant-bras et du bras, était devenu le siège d'un œdème assez considérable. Ce bras était demeuré presque immobile, un peu pendant, le malade était couché sur le côté droit. Les mains avaient été brûlantes pendant une grande partie de cette dernière nuit.

J'arrivai à Frohsdorf à neuf heures du matin. M. le comte de Blacas et M. le docteur Mayr me firent un récit complet de ce qui s'était passé dans les derniers jours. M. Mayr, qui avait vu M. le comte de Chambord chaque jour au moins une fois et qui l'avait assisté pendant la dernière nuit, ne doutait pas de l'existence d'un cancer. Sur ma demande, il me dit qu'il n'avait cessé de sentir distinctement la tumeur dont j'avais moi-même constaté la présence le 15 et le 17 juillet et que les vomissements n'avaient pas une seule fois contenu du sang ou des matières noires.

Je vis alors le prince mort. Son visage était très amaigri ; ses cheveux et sa barbe me parurent plus gris que lorsque je l'avais vu au milieu du mois de juillet.

Mme la comtesse de Chambord avait déjà fait connaître sa volonté de s'opposer à l'autopsie du prince. C'était, avait-elle dit, l'intention nettement exprimée à plusieurs reprises par son mari, et elle désirait que cette intention fût absolument respectée.

Il fut donc convenu que l'on ne ferait pas d'autopsie, et que l'on se bornerait à examiner les parties mises à découvert pendant l'opération de l'embaumement.

L'embaumement a eu lieu le dimanche 26, cinquante heures après la mort. Il a été pratiqué par M. Kundrat, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Vienne. M. le professeur Drasche, M. le docteur Théodor Mayr, M. le docteur Stenzel, médecin cantonal, chargé de la vérification des décès, étaient présents ; j'assistai aussi à l'opération : MM. le comte de Blacas et le baron de Raincourt veillaient à ce que tout fût fait conformément à ce qui avait été décidé.

Avant de procéder à l'embaumement, M. Kundrat palpa la région abdominale et reconnut l'existence d'une partie tuméfiée dans la région épigastrique, du côté droit de la ligne médiane. Je pratiquai aussi la palpation et je sentis dans cette région un empâtement un peu saillant, résistant, et vaguement circonscrit. J'avoue que je m'attendais, après le temps qui s'était écoulé depuis ma première visite, à trouver une tumeur moins délimitée, plus saillante, plus inégale et plus dure. Il n'en est pas moins vrai que l'on ne pouvait pas mettre en doute la présence d'une tumeur un peu aplatie, assez étendue, ayant probablement en superficie au moins une vingtaine de centimètres carrés, et siégeant dans le point même où plus d'un mois auparavant elle s'était trouvée sous ma main.

On constata facilement l'œdème du membre supérieur gauche observé avant la mort.

M. Kundrat ouvrit délibérément la cavité abdominale par une incision cruciale et il prolongea l'incision longitudinale vers le haut du corps, de façon à pouvoir retirer les viscères thoraciques. Les parois du thorax et celles de l'abdomen contenaient des couches épaisses de tissu adipeux.

Nous examinâmes avec soin la surface des viscères abdominaux mis à nu. On ne voyait aucun indice superficiel de tumeur. Le grand épiploon était normal. La palpation de la région où l'on sentait la tumeur, permettait de la reconnaître sous l'épiploon, sous forme de masse aplatie, à demi molle, sans bords nets.

On souleva l'omentum et l'on vit alors que la tumeur était constituée par le mésentère très épaissi, très chargé de graisse dans cette région, sur une étendue grande comme la paume de la main. M. Kundrat pratiqua plusieurs incisions sur cette partie du mésentère ; ces incisions mirent à découvert, en les traversant, un assez grand nombre de ganglions lymphatiques hypertrophiés. Sur les coupes, ces ganglions, dont certains avaient le volume de noisettes, offraient une épaisse couche corticale blanchâtre et une partie médullaire congestionnée, très rouge.

C'étaient certainement des ganglions ayant subi une augmentation très notable de volume, mais cette modification n'était le résultat d'aucune dégénérescence cancéreuse ou sarcomateuse : elle était indubitablement d'origine purement inflammatoire. Ce sont ces ganglions et le tissu adipeux si abondant dont ils étaient entourés, qui formaient, ainsi que je viens de le dire, la tumeur qu'on sentait au travers de la paroi abdominale avant l'incision de cette paroi, comme on l'avait sentie pendant la vie.

L'estomac, examiné avant d'être incisé, était un peu dilaté; ses parois étaient souples dans tous leurs points; le pylore ne présentait aucune induration particulière; l'orifice pylorique n'était pas rétréci. Il y avait une bride fibreuse assez épaisse unissant au bord inférieur du foie l'angle de jonction de la première avec la seconde portion du duodénum. Je n'ai pas pu voir nettement les rapports de cette bride fibreuse ; elle m'a semblé maintenir aussi en place, jusqu'à un certain point, la partie du mésentère formant tumeur. Cette bride nous a paru un reliquat d'inflammation locale du péritoine.

Après ces constatations sommaires, M. Kundrat enleva les viscères du thorax et de l'abdomen, d'une seule pièce.

Les *poumons* étaient sains, sauf un peu d'emphysème au niveau des bords antérieurs, surtout dans le poumon gauche, et une congestion œdémateuse assez marquée des parties postérieures : du côté droit il y avait même une congestion vive (hypostatique).

Le volume du *cœur* était un peu supérieur au volume normal. Le tissu adipeux était plus épais et occupait une surface plus étendue que dans les conditions ordinaires : cependant on ne pouvait pas dire qu'il y eût surcharge graisseuse du cœur. On ne trouvait aucune lésion des valvules; mais le myocarde était d'une grande flaccidité et, sur la coupe, il offrait une teinte feuille-morte très accusée.

L'aorte était parsemée, à sa surface interne, de petites taches graisseuses et de petites plaques athéromateuses.

L'œsophage et l'estomac furent ensuite incisés.

Toute la partie supérieure de l'*œsophage* était entièrement saine ou du moins ne présentait que des altérations de catarrhe : membrane muqueuse un peu grisâtre, mamelonnée, recouverte çà et là de mucus blanchâtre. La région inférieure de l'œsophage offrait, au contraire, des lésions considérables, qui nous frappèrent tous de surprise. A partir de la réunion des quatre cinquièmes supérieurs avec le cinquième inférieur jusqu'au cardia, on voyait plusieurs ulcérations, dont quelques-unes avaient d'assez grandes dimensions. Ces ulcérations tranchaient par leur couleur gris-noirâtre sur la teinte gris-blanchâtre des parties saines. Elles avaient généralement une forme arrondie, régulière ou irrégulière. Celle qui était le plus haut située était assez régulièrement elliptique, allongée dans le sens de la direction de l'œsophage, offrant une certaine analogie de forme et d'aspect avec les ulcérations de la fièvre typhoïde, dans la période qui précède le travail de réparation. Cette ulcération avait environ 2 centimètres 1/2 de long sur 1 1/2 de large. Un peu au-dessous de cette ulcération, on en voyait une autre, à peu près semblable comme forme et comme dimensions. Plus bas encore, deux ou trois ulcérations étaient assez régulièrement circulaires et avaient un diamètre de 1 centimètre environ. Puis, près du cardia, on voyait une ulcération plus grande que toutes les autres, à forme de raquette : sa partie arrondie était au voisinage du cardia et sa partie rétrécie se dirigeait de bas en haut. A côté de cette ulcération s'en trouvait une autre irrégulièrement arrondie, contiguë aussi au cardia. Dans ce point, ces deux ulcérations occupaient presque toute la circonférence du conduit œsophagien.

Au niveau de ces ulcérations, il était facile de voir que la membrane muqueuse était entièrement détruite ; elle n'était plus représentée, dans quelques-unes d'entre elles, que par une membrane mince, irrégulière et légèrement plissée à sa surface, un peu transparente, qui laissait entrevoir le fond noir formé par la tunique musculaire probablement chargée de pigment d'origine hématique. Cette tunique ne paraissait pas épaissie dans les points où elle correspondait aux ulcérations.

Les bords des ulcérations n'étaient pas saillants ; ils étaient plutôt comme taillés soit à pic, soit en biseau.

L'*estomac*, à la surface interne, présentait l'aspect bien connu du catarrhe gastrique. Çà et là on voyait, par plaques, de l'injection des petits vaisseaux. Il y avait, au niveau de la petite tubérosité, à quelques centimètres du pylore, de petites ulcérations, dont une seule m'a paru avoir des caractères analogues à ceux des ulcérations que nous avions vues à la partie inférieure de l'œsophage.

L'*intestin*, intestin grêle et gros intestin, a été examiné très rapidement, mais suffisamment pour qu'il me soit permis de penser qu'il n'offrait aucune altération notable.

Le *foie* était à peu près normal, comme dimensions, et, à l'intérieur, nous n'avons rien vu qui mérite d'être signalé. La bile était de couleur ordinaire.

Les *reins* se dépouillaient facilement de leur capsule fibreuse ; ils étaient très légèrement granuleux à leur surface, et l'on voyait là quelques petits kystes à contenu d'aspect séreux : cet état des reins nous a paru indiquer un faible degré de néphrite interstitielle.

Après cet examen nécessairement très rapide, M. Kundrat procéda aux opérations proprement dites de l'embaumement. Des injections de solution alcoolique de sublimé (1) furent pratiquées dans les deux artères carotides vers la tête, dans les deux axillaires et dans les deux fémorales (2). Des incisions furent faites dans tous les espaces intercostaux et du liquide fut introduit dans les incisions. Toute la surface interne de la cavité abdominale et celle de la cavité thoracique furent lavées largement avec ce liquide. D'autre part, les viscères furent plongés dans cette même solution, y furent bien lavés et on les replaça ensuite dans les cavités viscérales, avec des plantes aromatiques. Toutes les incisions furent badigeonnées avec cette solution avant d'être recousues. Ces diverses opérations furent faites avec le plus grand soin, et l'on peut assurer que le corps a été mis ainsi à l'abri de la décomposition.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'un de nos plus éminents et de nos plus sympathiques confrères, M. le docteur Jules Rochard, président du Conseil supérieur de santé de la marine, membre de l'Académie de médecine, a failli être victime d'un odieux attentat dont le mobile est resté jusqu'à présent entièrement inconnu. Mercredi, à sept heures du soir, sortant du ministère de la marine, pour regagner son domicile, rue du Cirque, en suivant l'avenue Gabriel, il a été assailli par un individu qui lui a tiré un coup de revolver dans le dos. La balle s'est logée à la base de la poitrine, à droite, près de la colonne vertébrale. M. Rochard, tout en crachant le sang en abondance, a pu néanmoins rentrer chez lui, où il a promptement reçu les soins de ses collègues, MM. Lannelongue, Le Roy de Méricourt et Legouest. Tout fait espérer jusqu'ici que cette blessure n'aura pas d'issue funeste.

— L'École dentaire de Paris ouvrira ses cours de l'année scolaire 1883-1884 le lundi 5 novembre.

Les demandes d'admission doivent être adressées au secrétariat de l'École, 23, rue Richer.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Francis Berthier, décédé à Aix-les-Bains, dans sa trente-septième année.

(1) Je n'ai pas su exactement la composition du liquide employé.

(2) Ces artères n'ont pas paru très athéromateuses.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudier.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15091.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOPITAL NECKER. Hernie inguinale congénitale. — ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIe SESSION). Congrès de Rouen. — VARIÉTÉS. La dernière maladie de M. le comte de Chambord. — Nouvelles.

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

Hernie inguinale congénitale.

Il y a trois semaines, un homme entrait dans le service pour une hernie étranglée ; le lendemain nous l'opérions, malheureusement sans succès, et deux jours plus tard il succombait. Le cas était assez rare comme variété de hernie : d'où il mérite de faire le sujet de cette leçon.

L'étranglement herniaire siégeait du côté droit et donnait lieu à une tumeur inguinale volumineuse. Dès l'arrivée du malade, on essaya de réduire et, le chloroforme aidant, on y parvint sans de grandes difficultés ; mais, bien qu'elle fût convenablement maintenue, la hernie se reproduisit dans la journée, le malade fut alors mis dans un bain, la réduction fut obtenue de nouveau et maintenue par un bandage. Néanmoins, dans la nuit, elle s'échappa de nouveau. Le lendemain, à la visite du matin, je vis le malade, j'examinai la lésion et je décidai de l'opérer séance tenante. Je constatai alors, d'après la disposition particulière du sac, qu'il s'agissait d'une hernie d'ancienne date, très probablement même congénitale. Je terminai l'opération, les phénomènes d'étranglement persistèrent et le malade succomba au bout de quarante-huit heures.

On a longuement discuté sur les hernies inguinales congénitales ; et si au point de vue pratique le mot congénital n'est pas parfait, cependant le caractère fondamental de ces hernies c'est de se produire chez des individus chez lesquels le canal péritonéo-vaginal ne s'est pas oblitéré, comme normalement il aurait dû l'être dans le cours de la première année. En effet, ce canal n'étant presque jamais fermé à l'époque de la naissance (40 fois sur 44), il peut suffire des cris violents de l'enfant pour qu'une petite hernie se produise. On se borne alors à la repousser avec le doigt, à appliquer un petit bandage, et tout est dit. Si, à un âge plus avancé, alors que le conduit tend à se fermer, à dessiner ses premières ébauches de clôture, de barrière plus ou moins complète, une hernie survient, elle se fera au milieu de ces clôtures incomplètes, c'est-à-dire d'orifice rétréci préexistant.

Quand, au contraire, une hernie ordinaire se produit, que se passe-t-il? Un doigt de gant péritonéal s'engage dans un point faible de la paroi abdominale, il se forme une sorte de godet qui s'engage peu à peu à travers l'orifice inguinal interne ou à travers l'orifice crural et le sac péritonéal se constitue peu à peu.

Mais, dans la hernie inguinale congénitale, les choses ne se passent pas ainsi, puisque nous avons une ouverture préexistante. Cette hernie a donc pour caractère de s'engager dans un canal préexistant, lequel a d'autant plus de chances de présenter des rétrécissements que le sujet est plus âgé. De là la gravité du pronostic.

La hernie dite congénitale peut se produire à tous les âges, car il suffit pour qu'elle ait lieu que le canal péritonéal ne soit pas clos. C'est ainsi qu'on l'a observée dans les premiers jours de la vie, à huit jours, à vingt jours, à quarante-cinq jours, de même qu'à un âge avancé, à cinquante-huit ans, à cinquante-neuf ans, à soixante-deux ans et même à quatre-vingt-un ans. Ce dernier cas est celui d'un homme qui, malgré ses années, eut la chance de guérir ; il fut opéré, il y a trente-cinq ou quarante ans, par M. Brémond (de Bordeaux).

En résumé, dans les hernies qui nous occupent, ce n'est point la hernie proprement dite qui est congénitale, mais bien la persistance de l'ouverture à travers laquelle l'intestin s'engagera à un moment donné.

Ces hernies inguinales congénitales sont beaucoup plus graves que les hernies ordinaires. Ainsi, d'après la statistique relevée par M. Leroy-Desbarres dans sa thèse inaugurale, faite sur mes conseils, sur 39 cas il compte 21 guérisons et 18 morts, soit une mortalité de 47 p. 100. Mais quelle est la raison de cette gravité? Parmi les quarante et quelques observations authentiques que j'ai pu réunir, il y a quelques cas de réduction par le taxis (quatre ou cinq environ) : l'un d'eux, cité par M. Leroy-Desbarres, m'appartient. Dans tous ces cas, on a observé deux genres d'étranglement ; le plus fréquent, de beaucoup, a eu lieu sous l'aponévrose, au niveau de l'orifice inguinal interne. Dans six cas seulement, le siège de l'étranglement était au niveau de l'extrémité inférieure de la hernie, au contact du testicule.

A part un très petit nombre d'observations où, l'étranglement ayant été réduit par le taxis, nous n'avons pu connaître le niveau précis de cet étranglement, toutes ont permis de constater le siège exact. De tous, le plus fréquent est donc l'orifice supérieur du canal inguinal, tandis que les six autres ont lieu au niveau du contact du canal vaginal. Je tiens à citer ces derniers cas, dont plusieurs appartien-

nent à Gouraud, dans lesquels l'épiploon seul est descendu dans la partie inférieure, constituant ainsi une épiplocèle étranglée. L'une des observations rapportées dans la thèse de M. Tripier (27 novembre 1881) ressemble tout à fait à celle du malade que nous avons perdu il y a dix-sept jours, si ce n'est que le malade n'a pas été opéré. Il s'agit également d'un homme de cinquante-neuf ans, qui avait été blessé par une charrette (notre malade, lui, a fait un faux pas dans la rue); il avait une hernie inguinale droite depuis sa naissance. Quatre jours après l'accident, la hernie était réduite; une heure après le taxis, il succombait. A l'autopsie on constata une fausse réduction; la tumeur était en contact immédiat avec le testicule, l'étranglement avait eu lieu à travers l'anneau inguinal non obturé.

Mais j'en reviens à la question que je posais tout à l'heure : Pourquoi ces hernies inguinales congénitales sont-elles plus graves que les autres? Un homme fait un effort, la hernie fait irruption dans une ouverture étroite, constitue une grosse tumeur, et, par le fait d'une violente constriction, les phénomènes d'un étranglement très serré se produisent, phénomènes cyaniques, nerveux, etc. De là, et vu l'irréductibilité de la tumeur, la nécessité d'intervenir par une opération la plus prompte possible. Dans un cas, l'opération eut lieu au bout de trois heures; dans un autre, au bout de vingt-quatre heures. Les sujets néanmoins sont morts par la persistance des phénomènes de l'étranglement; ils ont succombé à la constriction, à la stricture intestinale.

On connaît généralement peu la fréquence de ces étranglements; de là des hésitations, des tâtonnements, des incertitudes de diagnostic, et comme conséquence des tentatives désespérées de réduction dont le malade souffre. Pendant ce temps les accidents s'aggravent, et lorsque l'on se décide enfin à opérer, il est trop tard. Si donc l'on compte la gravité que présente l'énergie initiale de la stricture, si l'on compte les fausses manœuvres, les erreurs de diagnostic, on s'explique alors pourquoi la hernie qui nous occupe ici est plus grave que les hernies ordinaires.

En résumé, lorsque l'on sait tout cela, on finit par reconnaître que la hernie inguinale congénitale n'est pas aussi rare chez l'homme qu'on le suppose; qu'il faut toujours s'enquérir avec soin si la hernie est congénitale, si elle date des premières années de la vie; qu'il faut toujours rechercher aussi la situation exacte du testicule; enfin que cette hernie présente comme siège spécial le commencement et la fin du canal péritonéo-vaginal.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XII[e] SESSION, 1883).

Congrès de Rouen (1).

II

Névrite cubitale provoquée. — Le mémoire très important de M. le docteur Leudet, directeur de l'École de médecine de Rouen, est une étude clinique de la névrite cubitale provoquée par les contusions et les compressions répétées résultant de l'exercice de quelques professions. Il se termine par les conclusions suivantes :

1° Les contusions répétées, comme celles qui résultent de l'exercice de quelques professions, peuvent développer une névrite cubitale. Ces professions sont celles de menuisier, de cordonnier, d'imprimeur sur indiennes, de teinturier, c'est-à-dire des professions qui nécessitent l'emploi d'un instrument qui contond l'éminence hypothénar.

2° La névrite débute par des douleurs plus ou moins vives dans l'éminence hypothénar, avec foyers de douleur plus ou moins nombreux, au-dessus et au-dessous du point habituellement contusionné. La douleur augmente par la pression, et elle est susceptible, chez quelques malades, de provoquer une trépidation des muscles animés par le cubital. Il s'y joint un engourdissement et le plus souvent une diminution de la sensibilité cutanée.

3° La motilité est en général compromise à une époque plus tardive.

4° L'atrophie musculaire est le plus souvent peu prononcée.

5° Le développement des symptômes est lent. La maladie présente des rémissions, des recrudescences, des récidives séparées par des intervalles de quelques mois et même de quelques années.

6° Les symptômes de névrite cubitale ne sont pas suivis, en général, d'accidents se rapportant à une lésion des centres nerveux.

7° La névrite cubitale, suite de contusion professionnelle, est susceptible de guérison.

Pathogénie du décollement arthritique de la rétine. — M. le docteur Boucheron introduit, dans la pathogénie si discutée du décollement de la rétine, les notions récemment acquises sur la physiologie normale et pathologique des liquides intra-oculaires. M. Boucheron rappelle que les liquides oculaires sont non pas du plasma sanguin émané des vaisseaux, mais des liquides de sécrétion tout particuliers. Ainsi l'humeur aqueuse détruit la plupart des cellules, les globules blancs (Ranvier), les cellules propres de la cornée et les fibres cristalliniennes; l'humeur vitrée détruit aussi les fibres cristalliniennes mises en contact avec elle (Boucheron). Ces liquides oculaires ont pour organe de sécrétion l'épithélium des procès ciliaires. L'épithélium choroïdien est aussi sécréteur, car il sécrète le pourpre visuel de Boll.

Or la plupart des épithéliums sécréteurs, quand ils sont étalés en surface (comme l'épithélium des synoviales qui sécrète la mucine de la synovie), sont à l'état pathologique le siège d'exsudats variés; la matière fibrinogène exsude à travers l'épithélium et se coagule à sa surface pour former les pseudo-membranes ou les flocons fibrineux des exsudats séro-fibrineux, etc. C'est ainsi que, dans l'œil, on voit se former des exsudats à la surface de l'iris et des procès ciliaires.

De semblables exsudats se forment aussi parfois à la surface de l'épithélium choroïdien sécréteur de pourpre visuel à l'état normal. Quand l'exsudat est séreux et assez abondant, *la rétine se décolle*. Tel est le mécanisme ordinaire du décollement rétinien.

La cause générale de cet exsudat choroïdien, c'est l'uricémie et le rhumatisme. Comme il suffit d'être seulement un peu uricémique pour fabriquer les quelques gouttes d'exsudat choroïdien qui décollent la rétine, M. Boucheron décèle l'uricémie en recherchant l'acide urique dans la salive par le procédé de la murexide.

Dans les dix derniers cas de décollement de la rétine que l'auteur a observés, il y avait de l'acide urique dans la salive, ce qui prouve qu'il y en avait en excès dans le sang.

En conséquence, c'est à l'excrétion de l'acide urique par la salivation pilocarpinique, c'est au régime et aux médications antiuricémiques et antirhumatismales qu'il faut avoir recours, soit *d'une manière préventive*, quand on est atteint de myopie ou d'autres affections prédisposant au décollement, soit quand on a déjà perdu un œil par un décollement et qu'il s'agit de préserver l'autre œil, soit enfin pour la cure du décollement déjà produit.

Traitement électrique de la douleur ovarienne chez les hystériques. — La communication de M. le docteur Apostoli peut se résumer ainsi :

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 septembre 1883.

1° Procédé opératoire. — *Appliquer à l'utérus un courant faradique ou induit de haute tension, engendré par une bobine à fil long et fin.* — L'appareil doit être à chariot, c'est-à-dire à hélice mobile, qui permette de graduer facilement l'intensité électrique de zéro à maximum. Des deux bobines qu'il doit posséder, l'une à fil gros et l'autre à fil fin, la première doit être rejetée comme fournissant des courants de *quantité* propres surtout à exciter la contractilité musculaire qu'il est inutile de réveiller dans ce cas particulier; ils sont d'ailleurs mal supportés par les hystériques et ne produisent jamais aussi rapidement la sédation que l'on obtient par les courants de tension élevée.

La faradisation peut être *utéro-sus-pubienne*, un pôle étant dans l'utérus et le circuit étant fermé sur le ventre au-dessus du pubis; mais il est préférable de lui substituer la *faradisation utérine double*, les deux pôles étant concentrés dans l'utérus, à l'aide de *mon excitateur utérin double*. Chez la femme vierge ou bien pendant la grossesse, lorsqu'il y a obligation de s'interdire l'introduction du doigt conducteur dans le vagin (vierge) ou bien de la sonde dans l'utérus (grossesse), il suffit d'introduire et de laisser la même sonde ou une de plus gros calibre dans le vagin, l'extrémité restant appliquée contre l'utérus, et faire ainsi une *faradisation vaginale double*.

2° Dose. — La dose doit être réglée sur l'intensité de la douleur à combattre et sur la sensibilité du sujet. *Elle doit, en général, être petite et progressivement croissante, avec beaucoup de lenteur. Jamais elle ne doit être trop douloureuse, et il faut toujours qu'elle soit facilement supportée.* Du dixième au cinquième de l'engainement total de la bobine de l'appareil à chariot de Tripier, représente le plus souvent une intensité suffisante.

3° Durée. — La durée doit être proportionnelle à la ténacité du mal. On doit persévérer jusqu'à ce que la douleur soit supprimée ou amoindrie dès la première séance. *De cinq à trente minutes, et au besoin plus, seront quelquefois nécessaires pour atteindre ce but; la moyenne est dix minutes.*

4° Nombre. — Le nombre des séances est chose variable; toute ovarialgie soulagée ou disparue, dès la première faradisation, est sujette à récidiver le soir ou le lendemain. *De trois à huit ou dix séances* donnent en général un résultat complet et durable, quoique exposé à retours éloignés offensifs, inhérents à la persistance de la diathèse. Des séances quotidiennes et successives sont presque toujours nécessaires.

5° Conclusion clinique. — L'influence exercée sur la douleur ovarienne (qui, topographiquement parlant, est toujours sus-ovarienne), par un excitant appliqué loin de son siège et localisé dans l'utérus, fournit une nouvelle contribution à l'appui de la théorie du rôle pathogénétique que l'utérus joue dans l'hystérie soit directement, soit par voie réflexe.

Décollement de la rétine, glaucome et myopie. — L'expérimentation clinique a amené M. le docteur Dransart (de Somain) à faire l'iridectomie dans le décollement de la rétine. Il emploie simultanément les injections de pilocarpine, la pommade mercurielle et parfois comme adjuvants les vésicatoires et les pilules purgatives.

Une série de cas heureux ont été soignés et guéris par cette méthode à la clinique de Somain. A ces faits, communiqués à la Société médicale du Nord et publiés dans les *Annales d'oculistique* (juin 1883), M. Dransart ajoute l'observation d'un enfant de douze ans, atteint d'un double décollement de la rétine qu'il vient de guérir complètement par la méthode précédente.

Dans ce nouveau travail, l'auteur cherche à expliquer l'effet curatif de l'iridectomie en prouvant, par des faits cliniques, les rapports qui unissent le glaucome, la myopie et le décollement de la rétine. Il montre ainsi la coexistence du décollement de la rétine et de l'excès de tension. Parfois cet excès de tension est palpable, parfois il ne se décèle que lors de l'opération.

En tout cas, l'iridectomie faisant disparaître et l'excès de tension et le décollement, il s'ensuit que les processus morbides, qui produisent ces affections, ont un lien pathogénique commun. Il y a, des deux côtés, un trouble circulatoire tributaire de la même opération, l'iridectomie, qui est l'opération maîtresse, quand il s'agit de rétablir l'équilibre dans la circulation intra-oculaire.

Poussant plus loin ses investigations, M. Dransart montre qu'il y a aussi analogie pathogénique entre le glaucome et la myopie, et qu'il existe entre ces affections des liens cliniques.

Pour l'auteur, la myopie, en fait, est constituée par une distension des membranes oculaires due à un phénomène primordial et causal : l'augmentation du contenu intra-oculaire, phénomène qui est également le même dans le glaucome, et rattache ainsi forcément les deux affections l'une à l'autre. Étant donnés les éléments voulus pour produire l'augmentation du contenu, d'un côté il y a glaucome parce que les membranes ne cèdent pas; et de l'autre il y a myopie, parce que les membranes se laissent distendre. Les éléments de l'excès de tension n'existent pas moins des deux côtés et si le glaucome n'arrive pas plus souvent dans la myopie, c'est qu'il se fait, au niveau du staphylome postérieur, une filtration plus active de liquides oculaires, ce staphylome constituant une véritable soupape de sûreté. L'auteur cite un cas de glaucome consécutif à une myopie de dix dioptries sans staphylome.

Comme conséquence de sa théorie, M. Dransart propose, pour combattre la myopie progressive, de recourir, le cas échéant, à l'iridectomie, à la sclérotomie, à la pilocarpine, en un mot à tous les moyens qui ont pour effet de favoriser la circulation intra-oculaire.

Il recommande de procéder, le plus tôt possible, à l'iridectomie ou à la sclérotomie, car plus l'intervention sera hâtive et plus les chances de succès seront grandes; d'autre part, on doit prévoir que, dans certains cas de décollement, il arrivera, comme dans certaines formes de glaucome, qu'aucune médication ne pourra enrayer la marche de la maladie.

Choréomanie épidémique en Orient. — M. Clon Stéphanos appelle l'attention sur l'existence actuelle d'une épidémie de choréomanie en Orient, analogue à celles que l'on a observées au moyen âge dans diverses contrées de l'Europe.

Cette épidémie sévirait sur les populations de la vallée de Kior-Kaza (Thrace), populations de bûcherons, ignorants et en proie à une superstition grossière. Elle éclaterait chaque année au commencement des grandes chaleurs, à l'occasion des fêtes de la Saint-Constantin qui ont lieu au mois de mai, durant une quinzaine de jours et s'accompagnent de danses et d'orgies. Les *Anastenaria* (de ἀναστενάζω, gémir), hommes et femmes, sont, de fous, ceux qui présentent de la façon la plus marquée les accidents choréiques. Ils constituent, sous la direction d'un chef, une sorte d'ordre sacré; ils accomplissent la plupart des devoirs sacerdotaux et se présentent comme les intermédiaires entre saint Constantin et les hommes.

M. Stéphanos fait le parallèle des épidémies choréomaniques au moyen âge et à l'époque actuelle chez les Orientaux en question : même époque du début des accidents, mêmes superstitions, même ignorance, même influence épidémique, mêmes phénomènes que dans l'épidémie d'Aix-la-Chapelle de 1374 : convulsions épileptiformes, perte de connaissance, écume à la bouche, puis danses frénétiques, mouvements violents, courses furieuses, tendance au suicide par submersion. Quant aux caractères différentiels, l'auteur fait remarquer que, chez les choréomanes du moyen âge, l'accès paraît être unique, tandis qu'ils sont le plus souvent multiples chez les Anastenaria.

Ce parallèle de la choréomanie épidémique au moyen âge et à l'époque actuelle n'avait pas encore été fait. Le seul travail publié jusqu'à ce jour, d'après M. Clon Stéphanos, était une brochure de M. Chourmousiadis, parue en 1873 à Constantinople, et dans laquelle l'auteur s'était borné à la description des fêtes des Anastenaria et de leurs croyances superstitieuses comparées aux orgies religieuses de l'ancienne Grèce.

L'alcoolature d'aconit. — Les recherches de M. le Dr Lantier sur l'emploi de l'alcoolature d'aconit sont appuyées de nombreuses

expériences rationnelles. L'aconit, bien préparé en solution alcoolique, dit l'auteur, jouit des précieuses propriétés suivantes : il est diaphorétique, sédatif, antiputride et antithermique.

Valeur du taxis abdominal dans l'étranglement interne. — S'appuyant sur deux faits, l'un tout récent et l'autre communiqué il y a trois ans au Congrès de Reims, M. le Dr Henrot, professeur à l'École de médecine de Reims, pense que l'on peut tirer un grand parti du taxis abdominal, dans l'étranglement interne, aux points de vue séméiologique et thérapeutique. Si, lorsque la résistance du plan musculaire de l'abdomen a cédé sous l'influence des narcotiques ou de la chloroformisation, on pratique le palper, et que l'on constate la présence d'une tumeur intra-abdominale de forme irrégulièrement arrondie qui n'existait pas avant le début des accidents, on peut immédiatement affirmer que les phénomènes de péritonisme ne sont pas le résultat d'une péritonite par perforation. Le début instantané des accidents, l'intensité de la douleur, les vomissements, la suppression des selles et des gaz par l'anus, l'altération de la face, le refroidissement des extrémités et la tension abdominale peuvent appartenir à l'étranglement interne ou au volvulus.

Si par un taxis abdominal fait de la même façon que le taxis herniaire on obtient une réduction avec bruit spécial, on peut affirmer qu'il s'agit d'un étranglement interne et l'on voit tous les troubles pathologiques disparaître par le seul fait de la réduction. Si, au contraire, à la suite de deux séances de cinq à dix minutes au plus, la réduction n'a pas été obtenue, il faut renoncer à tout espoir d'une guérison spontanée.

Quand, chez un malade atteint d'une occlusion intestinale que l'on peut attribuer à un étranglement, les lavements purgatifs ou gazeux, l'électrisation recto-abdominale et le taxis abdominal chloroformique sont restés sans effet, la guérison spontanée n'aura pas lieu, et il faut, sans perdre de temps et sans fatiguer l'anse intestinale par des malaxations violentes ou trop prolongées, intervenir chirurgicalement, seul moyen de lever l'obstacle.

Au point de vue séméiologique, le taxis abdominal fournit donc de précieuses indications, de même qu'au point de vue thérapeutique les deux succès remportés par M. Henrot dans deux cas d'une gravité extrême, — dans l'un d'eux même la gastrotomie avait été déjà discutée, — autorisent l'auteur à dire que le taxis abdominal chloroformique doit prendre une place prépondérante dans le traitement de l'étranglement interne.

Anatomie pathologique et chirurgie des temps préhistoriques. — L'année dernière, au Congrès de la Rochelle, en décrivant les curieuses blessures des os produites par des armes en silex, M. le Dr Prunières (de Marvejols) avait annoncé la découverte, dans les cavernes de la Lozère, de nombreux ossements humains des mêmes temps préhistoriques qui présentaient aussi des lésions parfois très graves, mais toujours guéries très régulièrement. Aujourd'hui, il montre à la section de médecine et décrit une première série de ces os. On aperçoit là, présentant une consolidation d'une régularité remarquable, des fractures en bec de flûte de l'extrémité inférieure du tibia, des fractures du péroné, du fémur, du cubitus, des côtes, etc.

Plusieurs vertèbres ont surtout été remarquées : ce sont celles d'adultes parvenus à un âge plus ou moins avancé, quoique atteints de spina bifida sur diverses régions du rachis. Une des pièces les plus intéressantes et qui a le plus vivement attiré l'attention des membres du Congrès est une fracture de l'atlas, dont les fragments se sont soudés à l'axis avec un tel déplacement que le canal médullaire déformé n'a plus guère que le quart de son diamètre normal. Une pareille lésion, guérie longtemps avant la mort de l'individu, est d'autant plus importante qu'elle a été trouvée sur un sujet dont le crâne présentait de son côté une perforation à bords cicatrisés.

Sur un moyen simple de faciliter l'anesthésie dans les opérations faites au devant des mâchoires. — Ce moyen si simple, que j'oserais à peine, dit M. Duplouy, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Rochefort, en faire l'objet d'une communication au Congrès, si quelque chose d'utile en chirurgie pouvait jamais être considéré comme insignifiant, consiste en une lame de plomb préalablement taillée en forme d'ellipse, en calculant ses dimensions de telle façon que ses bords atteignent jusqu'au fond des culs-de-sac gingivo-buccaux. Ainsi disposée, cette sorte d'opercule est moulée sur les arcades dentaires, et l'administration du chloroforme peut être faite par la voie nasale sans qu'on ait à craindre de voir le sang s'engouffrer dans les voies aériennes.

M. Duplouy a recours à ce moyen depuis cinq ans dans toutes les opérations de bec-de-lièvre simple ou compliqué et dans les ablations d'épithélioma avec autoplastie. Il avait été conduit, pour la première fois, à cet expédient opératoire dans un cas d'adénolipôme parotidien qu'il put ainsi extraire par la bouche après anesthésie.

La plaque de plomb offre, en outre, chez les enfants, un bon plan de support pour les incisions délicates qu'exigent certains becs-de-lièvre.

Anévrysme orbitaire double. — M. le docteur Gauran, chirurgien en chef de l'hôpital ophtalmique de Rouen, communique une observation d'anévrysme orbitaire double, guéri spontanément, observation des plus importantes pour l'histoire des exophtalmies pulsatiles. Survenus à la suite d'une chute sur la tête, chez un homme de cinquante-trois ans, à la fois alcoolique, cardiaque et syphilitique, les accidents sont caractérisés principalement par l'exorbitisme de l'œil droit, puis de l'œil gauche, et par un bruit de souffle râpeux franchement intermittent, coïncidant avec la diastole artérielle et se propageant dans toute l'étendue de la boîte crânienne. Ce bruit ne disparaissait à droite ou à gauche que par la compression de la carotide correspondante. Ces phénomènes morbides commencèrent à diminuer deux mois après l'accident et ne cessèrent que très lentement, surtout à droite, où ils persistèrent pendant vingt mois. Deux ans plus tard cet individu succombait à une maladie intercurrente. L'autopsie des parties en rapport avec l'orbite, n'ayant donné que des résultats négatifs, permet à l'auteur de formuler les conclusions suivantes :

L'absence de toutes lésions osseuses de la base du crâne et de l'orbite, ainsi que de la carotide interne, des sinus, des veines ophtalmiques d'une part ;

D'autre part, le développement rapide de l'exorbitisme et son apparition successive sur les deux yeux ; l'irréductibilité des globes oculaires, les phénomènes de compression rétrobulbaire dévoilés par l'œdème rétinien, enfin la guérison spontanée, portent à croire qu'il ne s'agissait réellement que d'une extravasation sanguine de la base du crâne avec pénétration et enkystement du sang dans la cavité orbitaire.

Les deux phénomènes *exorbitisme* et *souffle* ne sauraient donc être attribués à une lésion toujours identique, mais à des lésions différentes suivant les cas, de telle sorte qu'il est permis d'avancer que : toute cause déterminant à la fois une augmentation du contenu de l'orbite et en même temps la compression de la carotide interne peut produire les symptômes d'un anévrysme orbitaire, expression tout à fait impropre dans un certain nombre de cas.

Tétanie d'origine gastrique. — Sous ce titre, M. le Dr Lucien Gaillard communique l'observation d'un malade du service de M. Hayem. Il s'agit d'un ouvrier ébéniste, âgé de trente et un ans, chez lequel on diagnostique une dilatation stomacale de cause inconnue, et qui vomit fréquemment un liquide clair ou brunâtre. Neuf jours après son entrée à l'hôpital, on le trouve dans une attitude bizarre, pour ainsi dire tétanique : décubitus dorsal, cou étendu et un peu raide, mains fermées, doigts fléchis sur le pouce, poignets fléchis également, avant-bras dans la flexion sur les bras, pieds dans une extension modérée, mais jambes fléchies sur les cuisses et cuisses sur le bassin. Quand on tente de provoquer l'extension, on détermine de vives douleurs ; les masses musculaires sont sensibles à la pression ; la constriction des membres ne produit aucun changement de position. Légère hyperesthésie cutanée. Anxiété ; face

violacée, nez froid, lèvres cyanosées; mâchoires et pharynx indemnes; intelligence conservée. La crise a débuté brusquement, sans phénomènes prémonitoires; elle dure près de trois jours; avec elle cessent les vomissements, et la polyurie s'établit comme un phénomène en quelque sorte critique. Celle-ci, traitée par la médication opiacée, diminue tandis que l'état général s'améliore. Trois mois après la première crise, des vomissements abondants se produisent, suivis le lendemain de nouveaux phénomènes de contracture qui durent trois heures. Le surlendemain, nouveaux vomissements abondants d'un liquide brunâtre, suivis également, vingt-quatre heures plus tard, d'une crise caractérisée, cette fois, non plus par des contractures comme précédemment, mais bien par une sorte d'état cholériforme avec faciès abdominal, cyanose de la face, refroidissement des extrémités, légère raideur des doigts et du cou. La terminaison est favorable. Au bout de quelques jours la polyurie se rétablit et l'état général s'améliore progressivement.

Enfin, en appliquant à la dilatation gastrique le traitement rationnel, on obtient en quelques mois une guérison relative, et, pendant les deux ans et demi que le malade est resté encore dans le service de M. Hayem, les crises n'ont plus reparu.

M. L. Gaillard considère le mot de tétanie comme parfaitement applicable au présent cas, puisqu'il s'agit en somme de contractures des extrémités sans participation du tronc ni de la face, avec douleurs, hyperesthésie, absence de fièvre et conservation de l'intelligence.

Les chlorures de l'urine. — M. le Dr Burot, dans une seconde communication, donne lecture d'un travail intéressant sur les variations des chlorures de l'urine dans les maladies.

La recherche de tous les éléments de l'urine doit être pratique, c'est-à-dire simple, facile et rapide. Le procédé de laboratoire de Mohr pour la recherche des chlorures est déjà trop compliqué pour la clinique.

M. Chalmé, agrégé de pharmacie à Rochefort, a simplifié ce procédé utilisé par M. Burot.

L'appareil instrumental se compose : 1° d'un petit flacon muni à sa partie inférieure d'une ampoule qui contient 1 centimètre cube d'urine; 2° d'une pipette divisée en dixièmes de centimètre cube; 3° d'un flacon contenant une solution de nitrate d'argent que, pour éviter l'aspiration, l'on fait monter dans la pipette à l'aide d'une pomme de caoutchouc.

On traite d'abord ce centimètre cube d'urine par une solution moyennement concentrée de chromate de potasse en quantité quelconque. Puis on ajoute, à l'aide de la pipette, la solution argentique (28gr,40 par litre). Dès que l'on a obtenu un précipité café au lait de chromate d'argent, on est certain d'avoir la totalité du chlorure de sodium contenu dans l'urine; chaque division de la pipette correspond à 1 gramme de chlorure.

Voici quelques résultats obtenus à l'aide de ce procédé : La moyenne normale des chlorures de l'urine est de 11 grammes par litre, se décomposant en 10 grammes de chlorure de sodium et 1 gramme de chlorure de potassium.

L'augmentation considérable de leur quantité dans les maladies correspond à une sorte de diabète insipide et ne peut servir à caractériser aucune forme morbide. Dans la tuberculose, la quotité est de 17 à 18 grammes par litre.

La diminution importe davantage et se constate dans les maladies aiguës, surtout dans les phlegmasies. Dans la pneumonie franche, la courbe est nettement caractéristique et en sens inverse de celle de la température; au moment de la défervescence, vers le septième jour, on note l'intersection des deux courbes, aux environs de la normale. Cette diminution est moins régulière dans la broncho-pneumonie; il en est de même de la pneumo-typhoïde, mais ici, au moment où la mort arrive, les chlorures ont complètement disparu.

Fibrome de l'orbite devenu sarcomateux sous l'influence d'un sarcome utérin. — Au mois d'avril dernier, M. le docteur Cauchois (de Rouen) pratiquait, chez une femme de quarante-sept ans, l'ablation du globe oculaire pour un fibrome orbitaire d'origine périostique, datant de six ans. L'examen histologique de la tumeur permit de constater la présence de nombreux éléments sarcomateux, mêlés à une grande quantité de faisceaux de tissu fibreux, renfermés dans une capsule d'enveloppe également fibreuse. Au bout de douze jours, la malade était complètement guérie. Cependant, un mois après avoir quitté l'hôpital, elle revenait à la consultation pour une métrorragie et l'on constatait un néoplasme du col utérin, du corps et des culs-de-sac vaginaux, évoluant avec une grande rapidité. L'examen microscopique d'un fragment détaché de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un sarcome mou, de date récente. Dans ces conditions, M. Cauchois se demande si le fibrome orbitaire, beaucoup plus ancien, ne serait pas devenu sarcomateux comme un *locus minoris resistentiæ*. De plus, il appelle l'attention sur l'impulsion donnée à la néoplasie utérine par le trauma opératoire, bien qu'il fût de très minime importance et suivi d'une guérison rapide.

Ce nouveau fait justifie pleinement l'abstention opératoire recommandée en présence de néoplasies multiples reconnues chez le même sujet.

VARIÉTÉS

La dernière maladie de M. le comte de Chambord (1),

Par M. le professeur Vulpian.

V

Tels sont les résultats que nous avons pu constater. Non seulement nous ne sommes pas certains d'avoir trouvé toutes les lésions qui pouvaient exister; mais encore, pour celles que nous avons vues, nous n'avons pas pu les examiner avec l'attention nécessaire. Que l'on se représente les conditions dans lesquelles nous faisions cet examen nécroscopique si incomplet, en présence des serviteurs du château, sous les yeux des représentants de Mme la comtesse de Chambord, pressés d'ailleurs par la nécessité de terminer promptement l'embaumement afin que l'exposition du corps pût être faite le plus tôt possible, et l'on comprendra pourquoi notre examen a été forcément incomplet.

C'est à la suite des observations que nous venions de faire que nous avons rédigé la note qui a été livré à la publicité. Il y était dit que l'on avait constaté, pendant l'opération de l'embaumement du corps de M. le comte de Chambord : « des ulcérations de la partie inférieure de l'œsophage et de l'estomac, une légère atrophie des reins, des lésions athéromateuses de l'aorte et une dégénération graisseuse du myocarde. »

Cette note avait été signée de tous les médecins présents : MM. Vulpian, Kundrat, Drasche, Mayr et Stenzel, et avait été contre-signée par M. le comte de Blacas et M. le baron de Raincourt.

Il est incontestable qu'une erreur de diagnostic avait été commise pendant la vie du malade, puisque nous n'avons pas trouvé le cancer que nous nous attendions à rencontrer dans la région épigastrique; mais je dois rappeler que, tout en déclarant, le 16 juillet, à M. de Blacas, qu'il y avait un cancer dans cette région, nous conservions encore un certain doute sur son siège précis; nous disions qu'il était impossible, pour le moment, de décider si la tumeur s'était développée dans les parois de l'estomac, ou en dehors de cet organe.

Avant les consultations que nous avions eues ensemble, M. Drasche, M. Mayr et moi, au milieu du mois de juillet, mes confrères avaient déjà formulé, au commencement de ce même mois, un diagnostic qu'ils avaient écrit, signé et remis à M. de Blacas; ce diagnostic établissait que la maladie siégeait dans l'estomac et qu'elle consistait en un processus d'ulcération ou de dégénération (2),

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 septembre 1883.

(2) In dieser (Diagnose) wurde das Leiden als vom Magen ausgehend, als *Geschwars* als oder *Entartungsprocesz* desselben..

sans indication plus précise ; il faisait mention également de l'atrophie des reins et de l'athérome de l'aorte.

Toujours est-il que, vers la fin de la vie, l'idée de cancer de l'estomac était devenue assez prédominante pour que les personnes qui avaient assisté aux derniers moments du prince aient pensé qu'il était mort de cette maladie.

J'ai déjà dit comment j'avais été conduit à admettre, comme très probable, l'existence d'un cancer de l'estomac, après avoir fait deux fois un examen attentif du malade. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler les raisons qui me faisaient incliner vers ce diagnostic. Le prince était âgé de soixante-trois ans ; son oncle était mort de cancer de l'estomac. Depuis deux ans au moins il avait éprouvé des troubles de l'estomac, qui s'étaient produits à plusieurs reprises pendant des semaines entières et qui, pendant un séjour à Marienbad, avaient été assez accusés pour préoccuper fortement le docteur Ott, chargé de diriger le traitement du prince. Le prince m'avait dit que son appétit avait réellement diminué depuis assez longtemps et surtout depuis son départ de Goritz (20 mai). Lorsque je le vis, les accidents de la première période de la maladie étaient bien calmés ; mais il y avait encore absence presque totale d'appétit avec aversion prononcée pour la viande; on constatait une intolérance persistante de l'estomac, qui rejetait plusieurs fois son contenu dans les vingt-quatre heures. Le malade était très amaigri ; son poids et ses forces diminuaient progressivement et assez vite. Son facies était un peu cachectique et l'on constatait un léger degré d'œdème des membres inférieurs. A la région épigastrique, je trouvais une tumeur résistante sous les doigts, douloureuse chaque fois qu'on la pressait un peu. Le malade avalait facilement, me disait-on ; les vomissements n'avaient lieu qu'un certain temps, assez variable, — après l'ingestion des aliments ou des boissons. Je trouvais la membrane muqueuse de la langue rouge et recouverte de très petits grains de muguet.

En présence de cet ensemble de symptômes, le diagnostic *cancer de l'estomac* s'imposait, pour ainsi dire ; et, si je n'avais pas été absolument affirmatif à cet égard, c'est que, comme mes confrères d'Autriche, j'étais étonné de la physionomie des accidents de la première période de la maladie, et que, d'autre part, les vomissements n'avaient jusque-là contenu aucune matière hématique.

Dans la conversation que j'ai eue, après l'embaumement, avec MM. Drasche, Kundrat et Mayr, nous nous sommes trouvés d'accord pour dire que, même avec la connaissance des résultats fournis par l'examen du canal digestif, il nous était impossible de retrouver dans l'histoire clinique de la maladie des données qui auraient pu nous détourner du diagnostic cancer de l'estomac, et nous faire penser à des lésions de l'œsophage. Nous ajoutions que si pareil cas se présentait de nouveau, avec les mêmes caractères, il est à croire que l'on commettrait la même erreur.

Comment, en effet, aurait-on pu soupçonner les graves altérations dont l'œsophage était atteint chez M. le comte de Chambord ? Il n'y avait aucun des signes par lesquels se traduisent en général les lésions de cet organe. On n'a constaté, à aucun moment, de la dysphagie véritable. Jamais les douleurs ne se sont fait sentir le long de l'œsophage. Elles ont toujours eu la région épigastrique pour siège. Elles étaient là cantonnées dans une partie de cette région, toujours la même, et je parle non seulement des douleurs spontanées, mais encore des douleurs provoquées, soit par l'ingestion des liquides et des aliments, soit par la palpation. Ces douleurs ne se propageaient pas habituellement de bas en haut dans la région dorsale ; enfin, lorsqu'elles étaient excitées par l'ingestion des aliments, elles n'avaient pas lieu presque aussitôt après la déglutition pharyngienne, mais, disaient le prince et les assistants, au bout d'une dizaine de minutes. Il était donc impossible de penser à des lésions de l'œsophage.

On serait sans doute arrivé à des présomptions si l'on avait pratiqué le cathétérisme de l'œsophage ; mais, bien qu'on ait pensé à faire usage de la sonde œsophagienne pour introduire des aliments dans l'estomac, on a été détourné de l'emploi de ce moyen par la crainte d'augmenter encore l'intolérance de l'estomac et justement aussi par l'absence de toute difficulté de la déglutition. Il est d'ailleurs vraisemblable que, si l'on avait été conduit à supposer la présence de lésions de l'œsophage, on aurait pensé, à cause de la tumeur de la région épigastrique et à cause de l'état général, qu'elles devaient être de nature carcinomateuse.

En réalité, les lésions de l'œsophage n'ont pas été soupçonnées pendant la vie, et elles n'étaient dues à aucun développement néoplasique. Les ulcérations de la membrane muqueuse de ce conduit consistaient en de simples pertes de substance, et plusieurs d'elles présentaient les résultats d'un commencement de travail de cicatrisation.

Il est bien difficile de dire quelque chose de précis sur le mécanisme de la production de ces ulcérations dans les conditions où je puis en parler, c'est-à-dire sans avoir pu regarder ces lésions avec une attention minutieuse à l'œil nu et sans avoir pu étudier les bords des pertes de substance et leur fond à l'aide du microscope. L'examen que nous en avons fait à l'œil nu et auquel il a fallu nous borner n'a pas duré plus de trois à quatre minutes au total pour nous tous.

Peut-on attribuer à une violente phlegmasie catarrhale la production de ces ulcérations ? Il me semble que ces pertes de substance étaient bien plus étendues en surface que celles qui sont observées dans certains cas de catarrhe. Je ne parle pas de leur profondeur, bien que l'on trouve là matière à objections : une inflammation catarrhale très aiguë, se compliquant, à un certain moment, de phlegmasie parenchymateuse, pourrait, à la rigueur déterminer une nécrose ulcérative du tissu de la membrane muqueuse atteinte dans toute son épaisseur. Toutefois, si la théorie ne repousse pas absolument cette hypothèse, il faut avouer que, dans l'espèce, il est difficile de se résoudre à admettre que ces grandes et profondes ulcérations, siégeant d'une façon exclusive dans la portion inférieure de l'œsophage, peuvent avoir eu pour cause une inflammation catarrhale.

Est-on plus en droit d'admettre que ces ulcérations ont eu pour point de départ une inflammation sous-muqueuse, phlegmoneuse, de l'œsophage, associée ou non à une phlegmasie catarrhale de ce conduit ? Les mêmes difficultés se présentent ici, augmentées de celle que soulève l'hypothèse d'une inflammation sous-muqueuse, spontanée de l'œsophage.

Il est vrai que l'on pourrait supposer que cette inflammation sous-muqueuse hypothétique a eu pour cause des violences mécaniques exercées sur la partie inférieure de l'œsophage par des corps étrangers tels que des fragment d'os, par exemple. Cette interprétation est-elle satisfaisante ? Je ne connais aucun fait qui autorise à la tenir pour valable. Sans la repousser cependant d'une façon absolue, on peut faire remarquer qu'il est aussi assez difficile — mais non impossible — de s'expliquer de la sorte comment les ulcérations ne se trouvaient que dans le cinquième inférieur du conduit œsophagien, et d'autre part, qu'on n'arrive pas aisément non plus à se rendre compte ainsi de l'étendue considérable des ulcérations. Il faut dire encore que, sauf l'acuité des accidents des premiers temps de la maladie, l'ensemble symptomatique de la période initiale n'a pas présenté des caractères nettement en rapport avec l'hypothèse dont il s'agit. Il n'est venu à la pensée d'aucun des médecins qui soignaient le prince avec tant de sollicitude que les douleurs, les vomissements, etc., qu'ils observaient, pouvaient être dus à des blessures de l'œsophage. Enfin, si l'on considérait cette hypothèse comme admissible, à la rigueur, on éprouverait quelque embarras à trouver la raison de la rechute qui a commencé dans la nuit du 8 au 9 août.

Il est encore au moins une explication que l'on pourrait proposer. Il est certain que l'aorte était athéromateuse. Bien que les grosses artères (carotides, axillaires, crurales), examinées par leur surface externe, nous aient paru peu altérées, il est probable, vu l'âge du prince, que tout le système artériel était atteint d'un certain degré d'athéromasie. Dans de telles conditions, il n'est pas rare, on le sait, de trouver des parties de ce système plus altérées que d'autres, et la distribution des lésions athéromateuses n'a pas lieu d'une façon réglée. Tantôt les artères de la cavité abdominale,

tantôt celle des membres, tantôt celles de l'encéphale, offrent le plus haut degré d'altération ; telles ou telles artères et leurs branches, ou certaines de leurs branches seulement, peuvent même être atteintes d'une façon tout à fait prédominante. Les caractères offerts par les ulcérations de l'œsophage, leur profondeur, leurs bords généralement taillés à pic, leur forme arrondie, me semblent des traits qui rapprochent ces pertes de substance des ulcères ronds de l'estomac. Ne pourrait-on pas les considérer, ainsi qu'on le fait pour ceux-ci, dans certains cas, comme ayant été produites par des obstructions artérielles ? Il suffirait de supposer que les artères œsophagiennes, celles du moins qui fournissaient le sang oxygéné à la partie inférieure de l'œsophage étaient fortement athéromateuses et que leur calibre, déjà rétréci par l'endartérite, s'est trouvé, à un certain moment, oblitéré par des coagulations sanguines.

Cette supposition est, comme les autres, passible d'objections, et, en tout cas, elle ne s'appuie sur aucune constatation directe.

Je n'insiste pas sur les lésions de l'estomac : elles doivent avoir été produites par le même mécanisme, quel qu'il soit, avec celles de l'œsophage ; car elles avaient à peu près les mêmes caractères, sauf qu'elles étaient moins nombreuses, moins étendues et moins profondes.

On concevra sans peine, je le répète, que nous ne puissions pas donner une interprétation rigoureuse des lésions que nous avons observées dans l'œsophage, l'examen que nous en avons fait ayant été, je le répète, forcément très rapide, très superficiel et très incomplet. En outre, il s'agit là de lésions extrêmement rares, pour l'explication desquelles nous n'avons pas la ressource de recourir à des faits analogues, antérieurement recueillis. Pour moi, qui ai fait un bien grand nombre d'autopsies, et eu sous les yeux des pièces anatomiques de toutes sortes, je n'ai jamais vu de lésions de ce genre dans la partie inférieure de l'œsophage. S'il y a des faits analogues dans la science, je doute qu'ils ressemblent beaucoup à celui dont il est ici question.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 14 septembre, M. Langue, médecin aide-major de première classe au 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique, a été désigné pour la légion étrangère.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Moreau, le fils du célèbre accoucheur, qui vient de succomber à l'âge de soixante-huit ans, à Chantilly (Oise).

— L'un des praticiens les plus estimés d'Anvers, M. le docteur Kerckoven, vient de succomber à l'âge de quarante-quatre ans, emporté en quarante-huit heures par des accidents diphtéritiques qu'il avait contractés en soignant l'un de ses malades.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris, — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15108.

34

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2,218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0 263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0 029
Chlorure de sodium...	0.060	1.200	1.080	0 100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8,885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

70

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

103

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

17

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Strasbourg, 10, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

7

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

2

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : Lebeault, Mayet et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

94

Sirop du docteur Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

33

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

163

Epilepsie, traitement efficace

par l'ELIXIR à base de PICROTOXINE et les GRANULES de PICROTOXINE du docteur PENILLEAU.

Doses : Elixir, de 2 à 4 cuillerées à soupe par jour ; Granules, de 4 à 8 jour.

Pharmacie Lepinte, 72, r. St-Dominique, Paris.

115

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MEDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

241

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

136

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions dfificiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

90

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

172

Huile de foie de morue de Godin

au benzoate de fer.

M. le dr Bazin apprécie ainsi cette préparation :
« Cette huile est mieux supportée par les ma-
« lades que l'huile de foie de morue et le sirop
« de fer administrés séparément ou combinés
« ensemble ; son action est plus efficace que celle
« de ces deux agents donnés séparément. »

Paris, 96, faub. St-Martin, et toutes pharmacies.

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

123

Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Etablissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu : 5 médailles d'or et 3 grands diplômes d'honneur.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

N° 114. — JEUDI 4 OCTOBRE 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 4 OCTOBRE 1883. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Faculté de Médecine de Paris. Histoire de la morve et du farcin. — Recherches sur le cancer encéphaloïde, sa nature, sa marche, son mode de propagation. — Académie de Médecine. — Association française pour l'avancement des sciences (XIIe session). Congrès de Rouen. — Variétés. La dernière maladie de M. le comte de Chambord. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Bouley, au commencement de la séance, a donné lecture d'une lettre d'un vétérinaire de Bollène, M. Maucuer, à son collègue M. Herbert, de Saint-Martin-de-Lerm, sur les résultats merveilleux, paraît-il, qui ont été obtenus récemment par la vaccination du rouget de l'espèce porcine pendant une épizootie exceptionnellement meurtrière. La communication de cette lettre, qu'on trouvera au compte rendu, a été, de la part de M. Bouley, l'occasion d'un hommage rendu du haut de la tribune de l'Académie à la mémoire du jeune savant qui s'était déjà signalé avec éclat par les magnifiques résultats de ses premières expériences de ce mode de vaccination, lorsque sa mort glorieuse à Alexandrie est venue mettre le sceau à son illustration. M. Thuillier, — on a déjà compris que c'est de lui qu'il s'agit, — n'appartenait par aucun de ses grades au corps médical ; mais, a dit M. Bouley, par la nature de ses travaux, ceux surtout dont il est mort victime, comme par les services importants qu'en si peu d'années il avait rendus aux sciences médicales, son nom appartient désormais à cette Académie. Il n'y a eu qu'un seul sentiment dans toute l'assemblée pour s'associer à ces nobles paroles.

Après ces préliminaires, l'Académie a entendu deux lectures, l'une de M. G. Daremberg sur la contagion de la tuberculose, l'autre de M. René Blache sur une particularité anomale dans l'histoire de la vaccine, son efficacité préservatrice sans manifestations extérieures.

M. Daremberg, dans son argumentation aussi bien lue qu'élégamment écrite sur la contagiosité du tubercule, se plaçant principalement sur le terrain de l'observation clinique, comme l'avait fait, dans sa dernière communication sur ce sujet, M. Bouchardat, s'est beaucoup rapproché des idées de cet éminent académicien, en matière d'étiologie de la tuberculose, tout en s'en écartant cependant sur un point essentiel. On sait que M. Bouchardat, admettant d'ailleurs l'origine parasitaire ou bacillaire du tubercule, conteste qu'il vienne toujours du dehors ; ce ne serait, au contraire, qu'exceptionnellement que la tuberculose reconnaîtrait cette origine : il se produirait, dans le plus grand nombre des cas, dans les organes mêmes du malade, sous l'influence de l'ensemble des conditions qui amènent ou constituent la misère physiologique. M. Daremberg, contrairement à cette manière de voir, admet que la tuberculose est toujours produite par le développement d'un autre organisme, d'un germe extérieur. Mais, à côté de ce principe, il place celui de la réceptivité, dont les conditions sont à la fois si importantes et si multiples dans la détermination de l'évolution de la tuberculose, qu'il atténue considérablement la part du premier. Cette concession faite, l'accord entre les deux honorables argumentateurs sur le terrain de la clinique, devient aisée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

Histoire de la morve et du farcin (1).

(Leçons recueillies par M. le docteur Octave Guillier.)

V

§ IV. *Anatomie pathologique.* — Il y a identité de lésions chez l'homme et chez le cheval.

L'historique des nodosités chez le cheval peut être comparé à celui du tubercule humain. Virchow assimile leur évolution à celle de la syphilis, du lupus, de la lèpre, mais par erreur.

Dans la peau on trouve le corps muqueux épaissi, purulent, comme dans la variole ; enfin on constate sa destruction et la formation de l'ulcère sans granulomes. Les abcès sont purulents et ne présentent rien de particulier. Les muscles sont également altérés et prennent l'aspect de blocs réfringents, sans cependant aller aussi loin dans leur altération que dans la fièvre typhoïde.

Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques profondément atteints chez le cheval le sont beaucoup moins chez l'homme et ressemblent aux lymphangites ordinaires. Les veines sont également plus rarement enflammées chez l'homme que chez le cheval.

Les voies aériennes sont recouvertes de muco-pus visqueux ; la muqueuse est épaissie et injectée, ulcérée même en certains endroits.

Au fond de la gorge on trouve des pustules en très grande abondance, petites, serrées, comme dans l'angine granu-

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 septembre 1883.

leuse. Les glandes en grappe sont détruites. Toutes ces lésions se voient de la façon la plus nette, sur la trachée et l'épiglotte.

Les poumons présentent également des lésions remarquables. On a d'abord voulu y voir une lésion spéciale au cheval et différant de la pneumonie humaine, et l'on s'est trompé. Il n'existe aucune différence : c'est de la pneumonie lobulaire, mais non pas de la tuberculose.

Le tube digestif a une part restreinte : on trouve toutefois, après la diarrhée, du catarrhe gastro-intestinal. Le foie est gras (hépatite morveuse); quelquefois il y a de la gangrène et les vaisseaux biliaires s'enflamment parfois. La rate elle-même participe au processus morbide. On a constaté des parotidites.

Les reins présentent de la néphrite intertubulaire.

Le testicule, surtout chez l'homme, est atteint; il y a une sorte de sarcocèle morveux; les glands de la verge ont été vus mortifiés.

Les os, les articulations sont le siège de manifestations pathologiques spéciales.

Enfin le sang lui-même n'a plus sa composition normale. Il est de consistance visqueuse, les globules rouges s'empilent mal sous le champ du microscope. Il y a de la leucocythose et Chauveau, en 1871-1872, y a trouvé des particules solides comme dans le vaccin. Hallier a voulu y voir un champignon qu'il appela *malleomyces*, mais le fait est plus que douteux. J'ai déjà dit que le professeur Bouchard a isolé des particules qui donnent la morve par inoculation.

Je me suis étendu assez longuement sur les détails de l'affection morvo-farcineuse pour que vous puissiez en faire facilement le diagnostic.

§ V. *Diagnostic, pronostic, traitement de la morve.* — Tout d'abord vous avez la profession du malade qui peut vous mettre sur la voie. Vous ne confondrez pas cette maladie avec les angioleucites rhumatismales, la fièvre typhoïde, l'érysipèle grave de la tête, la pustule maligne, la syphilis du nez, la scrofule, etc.

Toutes ces maladies vous sont trop bien connues pour vous en imposer et faire dévier votre diagnostic. Et, si vous n'oubliez pas que l'ensemble des symptômes et non pas les ulcérations seulement, constituent la maladie, votre diagnostic ne sera pas dérouté et vous ne commettrez pas d'erreur.

Quant au pronostic, je n'y insisterai pas, je vous ai déjà assez dit combien cette maladie est grave et souvent mortelle.

Vous savez que de toutes les formes c'est le farcin chronique qui est le moins dangereux, tout en étant encore très sérieux.

Lorsque le farcin aigu s'accompagne de pustules et d'abcès en grand nombre, la mort est presque toujours certaine.

Quant à la morve chronique, elle est grave, et à l'état aigu elle l'est encore davantage, si c'est possible.

Traitement. — Maintenant que nous connaissons les différentes manifestations de l'affection morvo-farcineuse, que pouvons-nous faire pour nous défendre contre cette terrible affection ? Hélas ! trop peu de chose au point de vue curatif. Nous dirons cependant que le traitement peut se diviser en traitement local et traitement général.

Localement, il faut agrandir la plaie qui a donné entrée au virus et cautériser vigoureusement les parties, soit avec le fer rouge, la pâte de Vienne, le beurre d'antimoine, l'acide phénique, la liqueur de Labarraque, et cela sans perdre une minute, car chaque instant perdu est une chance de guérison enlevée au malade. Renault a été jusqu'à dire que, une heure après l'inoculation, il est trop tard. Mieux vaut essayer, toutefois, que ne rien faire.

Lorsque les abcès sont ouverts, il faut employer les pansements antiseptiques que nous avons à notre disposition.

Quant au traitement général, il a été jusqu'ici empirique. Les saignées, les purgatifs ont été préconisés, mais sans donner de grands résultats.

La seule indication précise que nous puissions remplir est de soutenir les malades à l'aide des toniques et des fortifiants les plus énergiques : quinquina, alcool, ferrugineux, etc. L'iode et le mercure ont été également employés.

Vous voyez combien cette affection est dangereuse, puisque dans la plus grande partie des cas elle tue sans qu'il soit possible d'y remédier.

Nous ne pouvons que la prévoir et prendre à son égard les mesures prophylactiques les plus sérieuses. C'est aux mesures de police sanitaire et à la médecine publique qu'il faut s'adresser afin d'empêcher la propagation d'un tel fléau.

En terminant, je veux vous donner un extrait du mémoire de MM. Bouchard, Capitan et Charrin, communiqué à l'Académie de médecine dans la séance du 27 décembre 1882 (1), et auquel j'ai deux fois fait allusion. Ces auteurs ont observé le microbe de la morve non seulement dans les plaies exposées à l'air, mais encore dans les parties recouvertes, tels que le foie, la rate, les ganglions. La culture de ces microbes a été obtenue, et les animaux qui ont été inoculés avec ces liquides de culture succombaient avec la morve au bout d'un temps variant entre neuf et vingt-cinq jours, selon l'espèce animale choisie comme sujet d'expérience.

Si la nature parasitaire de la morve est clairement démontrée comme celle du charbon, pourquoi tous les travailleurs de grand mérite qui se lancent sur les traces de Pasteur ne trouveraient-ils pas un virus atténué qui serait à la morve ce que le vaccin est à la variole? Telles sont les questions qui s'agitent en ce moment, et espérons que l'avenir donnera à la science les vrais moyens dont elle a besoin pour prévenir efficacement des maladies aussi terribles que celle dont vous connaissez maintenant l'histoire.

RECHERCHES SUR LE CANCER ENCÉPHALOÏDE

SA NATURE, SA MARCHE, SON MODE DE PROPAGATION

Par M. le professeur Sappey.

(Note lue à l'Académie des sciences dans la séance du 1er octobre 1883.)

Les nouvelles recherches auxquelles je me suis livré ont pour but de démontrer que le cancer encéphaloïde reconnaît pour cause une altération profonde des globules blancs.

Cette altération n'occupe d'abord qu'un point très limité, en sorte que la maladie, à son début, est essentiellement locale. Mais en traversant ce foyer primitif de la dégénérescence cancéreuse, le sang y verse incessamment des globules nouveaux qui s'altèrent, qui dégénèrent aussi et qui se comportent ensuite différemment.

Les uns sortent des capillaires sanguins, se déposent sur le point malade et deviennent le centre de formation d'une tumeur

---

(1) Note sur la culture du microbe de la morve et sur la transmission de la maladie à l'aide des liquides de culture.

dont la tendance est de s'accroître indéfiniment. D'autres se portent vers les ganglions lymphatiques, qui subissent bientôt une dégénérescence secondaire, d'autres encore restent dans le sang veineux et propagent le cancer dans toutes les parties de l'économie.

Soit que l'on considère le cancer encéphaloïde à son début, soit qu'on le considère dans le cours de son évolution ou dans la dernière période de son développement, ce sont donc toujours les globules blancs dégénérés qui apparaissent sur la scène. Ils tiennent sous leur dépendance tous les phénomènes qui caractérisent les affections cancéreuses, ils en dirigent la marche; ils en sont le siège; et ce sont eux aussi qui en constituent tout le danger. Pour le démontrer, je prendrai la maladie à son point de départ et je la suivrai rapidement dans ses phases successives.

Tous les médecins ont depuis longtemps remarqué que les organes les plus riches en vaisseaux lymphatiques sont ceux pour lesquels le cancer semble avoir une sorte de prédilection.

Sous l'influence d'une cause encore inconnue dans sa nature, les éléments figurés contenus dans les conduits de la lymphe se modifient sur un point circonscrit de ces organes, s'altèrent et dégénèrent. Au contact de ces globules dégénérés, ceux qu'apporte le sang dégénèrent à leur tour. L'altération des premiers nous est révélée par les ganglions dans lesquels ils se rendent. Mais celle des seconds a échappé jusqu'ici à l'attention des pathologistes. Cependant quatre faits recueillis dans l'espace de quelques années m'ont permis de constater avec une très grande netteté cette dégénérescence cancéreuse des globules blancs du sang.

Le premier de ces faits a pour objet une énorme tumeur encéphaloïde trouvée dans l'abdomen d'une jument. La tumeur était enkystée; et dans les parois du kyste cheminaient de nombreuses veines dont quelques-unes avaient le volume du doigt. Je pris le sang de l'une de ces veines pour le soumettre à l'examen microscopique. Il renfermait un grand nombre de globules blancs, les uns encore intacts, d'autres altérés à des degrés divers, et d'autres entièrement dégénérés, de telle sorte que sur une seule gouttelette de ce liquide, étalée entre deux lames de verre, on pouvait voir toute la série des modifications qu'ils subissent, en passant de l'état sain à l'état de cellule cancéreuse.

Les globules normaux avaient conservé leur volume, qui variait de 9 à 11 millièmes de millimètre. Sur plusieurs d'entre eux cependant, on remarquait déjà dans leur noyau et leur protoplasma de très fines granulations graisseuses, attestant les premières atteintes de leur prochaine dégénérescence.

Les globules, altérés à des degrés divers, différaient des précédents: 1° par leurs dimensions plus grandes, s'élevant à 15, 20 et 25 millièmes de millimètre; 2° par la segmentation de leur noyau, qui était divisé en 6, 8 ou 10 globulins; 3° enfin par le nombre et le volume de leurs granulations graisseuses, qui s'étaient complètement substituées au protoplasma; les globulins eux-mêmes en étaient abondamment infiltrés.

Les leucocytes arrivés au plus haut degré de leur dégénérescence étaient plus volumineux encore; ils contenaient des granulations graisseuses plus grosses et de nombreux globulins. Ceux-ci ne manifestaient aucune tendance à émigrer, et dans le plasma sanguin on n'en rencontrait nulle trace; d'où cette conséquence importante que dans le cancer les globules blancs cessent de se reproduire par voie de prolifération, ils sont frappés de stérilité.

De l'examen des leucocytes contenus dans le sang veineux, je passais à celui des éléments qui contribuaient à former la tumeur. Parmi ces éléments, je n'ai à m'occuper ici que des cellules cancéreuses. Je remarquais qu'elles étaient de deux ordres, ou plutôt qu'elles provenaient de deux sources très différentes. Les unes ont pour origine l'épithélium des cancers glandulaires; les autres partent des capillaires sanguins. Les premières, très multipliées, sont plus petites et de forme irrégulière; leur noyau n'est pas segmenté; elles contiennent moins de granulations graisseuses. Les secondes se rapprochent beaucoup par l'ensemble de leurs attributs des cellules cancéreuses du sang. Mais j'ai constaté avec surprise que leurs caractères sont moins accusés. Après leur émigration, elles subissent de nouvelles modifications qui leur donnent une sorte de physionomie nouvelle sous laquelle on ne les reconnaît plus aussi facilement. Les véritables cellules cancéreuses, c'est-à-dire celles qui sont constituées par les globules blancs du sang, parcourent évidemment plusieurs périodes pendant la durée de leur évolution. Il existe pour chacune de ces cellules une période d'invasion, une période d'accroissement, une période de déclin et très probablement aussi une période de dissolution. Les deux premières se passent dans le plasma sanguin; la troisième dans les parties dures de la tumeur, et la dernière soit dans les parties ramollies du cancer, soit dans l'appareil circulatoire. Sous l'influence du ramollissement, les cellules les plus anciennes se détruisent, et celles qui séjournent longtemps dans l'appareil de la circulation semblent également se réduire, s'annihiler de plus en plus et pouvoir disparaître aussi, de telle sorte que, dans quelques cas très exceptionnels, le cancer ne serait pas absolument incurable.

De ce mode d'évolution des cellules cancéreuses il suit que ce n'est pas dans la tumeur elle-même qu'il faut chercher la cellule-type, mais dans le sang qui vient de la traverser. C'est dans les veines émanées du cancer qu'elle se montre sous sa forme la plus caractéristique. Si l'on n'a pas réussi à la découvrir plutôt, c'est parce qu'on a voulu la trouver sur les points où elle ne possède déjà plus dans leur intégrité ses attributs primitifs et où elle se mêle d'ailleurs à d'autres cellules d'origine différente.

La seconde tumeur encéphaloïde que j'ai eue à ma disposition, s'était développée dans le sein gauche d'une femme de quarante ans. Elle offrait le volume d'une petite tête d'enfant. Deux veinules du calibre d'une plume de corbeau émergeaient de sa périphérie. J'examinais aussi le sang qu'elles contenaient, et je pus retrouver dans le plasma sanguin la même cellule cancéreuse que j'avais observée dans les veines de la tumeur précédente. Elles en différaient cependant sous un rapport: leur noyau n'était pas segmenté; les granulations graisseuses qu'elles contenaient étaient aussi moins grosses et un peu moins abondantes.

Ma troisième et ma quatrième observations sont relatives, l'une et l'autre, à un cancer de la langue qui s'était prolongé sur toute la moitié latérale gauche du cou, en descendant jusqu'à la clavicule. A ces deux nouveaux faits s'attachait un intérêt particulier. En effet, jusqu'alors je n'avais pu examiner que le sang provenant des veines de la tumeur. Ici j'avais à ma disposition toutes les veines du corps. Si le sang veineux sortant de la tumeur emportait des globules blancs dégénérés, je devais les retrouver sur tout l'itinéraire qu'il parcourt. J'ai en effet reconnu leur présence dans les cavités gauches et droites du cœur, dans les artères et les veines pulmonaires, dans les artères et les veines des membres, dans la veine porte et jusque dans les moindres dépendances de l'appareil circulatoire. Ces deux derniers faits venaient donc non seulement confirmer les premiers, mais ils étaient plus complets, et ils en faisaient ressortir l'importance en leur ajoutant une valeur plus grande.

Je viens de dire comment la tumeur prend naissance, comment elle se développe. Avec les opinions régnantes, il était fort difficile de se rendre compte de l'accroissement indéfini des tumeurs encéphaloïdes. Étant donnés les faits qui précèdent, on comprend sans peine leur formation et leur mode d'évolution. Affluant d'une manière continue vers le point malade, le sang y apporte sans cesse de nouveaux globules; au contact des globules dégénérés, ceux-ci dégénèrent à leur tour, puis s'ajoutent aux cellules cancéreuses déjà collectées. De ces dépôts successifs de globules cancéreux résulte un centre d'agglomération, d'abord invisible et impalpable, mais qui bientôt devient perceptible à la vue et au toucher, qui s'accroît ainsi peu à peu et qui pourra atteindre, dans quelques cas, un volume énorme, parce qu'il emprunte les éléments de son accroissement à une source inépuisable.

Du côté des ganglions se produisent des phénomènes analogues. Les premiers leucocytes dégénérés qui transmettent le principe de

la maladie à ces renflements proviennent des vaisseaux lymphatiques de la tumeur. Dès que ce principe leur a été communiqué, ils augmentent de volume et leur accroissement, comme celui de la tumeur, est indéfini, mais plus limité et plus lent. Cette source cependant ne tarde pas à se tarir, les vaisseaux lymphatiques de l'organe malade participant eux-mêmes à la dégénérescence et ne produisant plus alors de globules blancs. Il faut donc chercher ailleurs les causes de leurs dimensions croissantes. On peut en indiquer deux : d'une part, les vaisseaux lymphatiques qui naissent des régions saines apportent de nouveaux globules qui dégénèrent, de l'autre, le sang que reçoivent les ganglions en apporte aussi et ceux-ci dégénèrent également.

Au ramollissement de la tumeur encéphaloïde, à l'engorgement des ganglions qui en dépendent, succède la dernière période du cancer, celle qui est caractérisée par l'infection générale de l'organisme.

Pour expliquer cette généralisation de la maladie, on a imaginé le *virus cancéreux*. Sous ce nom on a désigné jusqu'à présent un principe purement fictif, insaisissable et indéfinissable. Les notions qui précèdent nous montrent que ce virus est représenté par les globules blancs dégénérés qu'emporte le sang émané du foyer cancéreux. Ainsi défini, le virus cancéreux n'est plus un être abstrait inventé pour relier l'affection locale à l'affection générale; c'est un être réel, c'est un élément figuré abondamment répandu dans l'économie et très apte à jouer le rôle qu'on a voulu attribuer aux virus.

Ces éléments figurés et dégénérés partent du foyer morbide. Le sang les emporte vers le cœur, et le cœur les projette jusqu'aux dernières limites de l'appareil circulatoire. Chacun d'eux est un véritable germe, un cancer en miniature, un cancer ambulant. Plus la tumeur se développe, plus la quantité de sang qu'elle reçoit devient abondante, et plus aussi ces germes ou cancers ambulants se multiplient. Il arrive donc un moment où ils circulent dans l'économie par centaines de mille et de millions peut-être.

Ainsi se produit la généralisation du cancer; ainsi s'opère peu à peu et fatalement l'empoisonnement de la masse totale du sang; ainsi se développe la diathèse cancéreuse restée jusqu'à présent si obscure dans son mode d'évolution; ainsi s'explique la cachexie qui en marque le dernier terme et qui annonce un dépérissement rapide, une désorganisation profonde, une mort prochaine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1883. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE

M. le docteur d'Ébrard (de Nîmes) adresse un mémoire sur l'iode. (Comm. MM. Constantin (Paul) et Bouchardat fils.)

M. Legouest, sur la prière de M. le président, donne de très bonnes nouvelles de l'état de M. Rochard.

M. Bouley, au nom de M. Peuch (de Toulouse), fait connaître de nouvelles expériences de clavelisation qui ont donné de bons résultats.

Vaccination préventive du rouget. — M. Bouley donne lecture de la lettre suivante adressée par M. Maucuer, médecin vétérinaire à Bollène, à M. Herbet, médecin vétérinaire à Saint-Martin-de-Lerm :

« Je vous félicite d'avoir entrepris des expériences publiques de vaccinations porcines; je vous remercie de vouloir bien me tenir au courant de la marche de ces expériences et je suis heureux de pouvoir vous prédire le plus beau succès.

« Aujourd'hui la vaccination préventive du rouget a fait ses preuves à Bollène; son efficacité vient d'être mise en évidence par une épizootie exceptionnellement meurtrière qui a fait le vide dans toutes nos porcheries et n'a laissé dans nos campagnes que les porcs vaccinés. Tous nos porcs vaccinés, sans exception, ont résisté à toutes les causes possibles de contagion; ils ont vécu avec des malades; ils ont couché sur des litières imprégnées de déjections des moribonds; ils ont mangé dans l'auge des victimes du rouget; ils ont été tenus enfermés plus de vingt-quatre heures avec des morts, et ils continuent à vivre dans des porcheries non désinfectées.

« Le succès est admirable. Vous aurez sous peu la satisfaction donnée par le spectacle de ces merveilles. Lorsque vous annoncerez à votre comice agricole le résultat de vos expériences, lorsque vous mettrez les porcs de vos campagnes sous la sauvegarde de la nouvelle vaccination, ne séparez jamais le nom glorieux de Thuillier du nom glorieux de Pasteur. Ma surprise a été grande de ne lire sur votre journal que ce dernier nom. Le jeune martyr qui vient d'être arraché par le choléra à la brillante collaboration de M. Pasteur à la gloire de la France, n'a pas seulement des droits à notre admiration, il a des titres à notre reconnaissance. C'est à ce jeune savant de vingt-six ans que M. Pasteur avait confié l'étude du rouget. C'est l'œil clairvoyant de Thuillier qui a découvert le microbe de cette affection, vainement cherché par tant de grands savants français et étrangers; c'est Thuillier qui, avec son illustre maître, a fait à Bollène les premiers essais de vaccination; c'est son génie d'observation qui a fixé vos connaissances sur les relations qui existent entre la mortalité des porcs et la mortalité de nos autres animaux domestiques.

« Les noms de Pasteur et de Thuillier doivent se graver dans le souvenir des éleveurs reconnaissants. »

LECTURES

La contagion de la tuberculose. — M. G. Daremberg lit un travail ayant pour titre : *Quelle place doit occuper la tuberculose parmi les affections contagieuses ?*

Dans sa dernière communication à l'Académie, M. Bouchardat a montré que les dernières recherches faites sur l'agent infectieux de la tuberculose, ne devaient pas modifier sensiblement les notions de la médecine traditionnelle sur l'étiologie clinique, la prophylaxie et la thérapeutique de cette maladie. C'est le même but que M. Daremberg a cherché à atteindre dans ce travail, mais par une autre voie. M. Daremberg admet que la tuberculose est une affection parasitaire transmissible par inoculation, par alimentation, par inhalation. Mais il admet aussi qu'elle est toujours produite par le développement dans notre organisme d'un germe extérieur. Mais, d'autre part, il s'efforce de démontrer que les occasions de contagion par le germe infectieux très résistant aux agents extérieurs sont si fréquentes, qu'on ne se tuberculise pas parce qu'on est en présence de plus ou moins de baccilles, mais bien parce qu'on est plus ou moins disposé à les recevoir, à leur fournir un milieu de culture, et qu'en somme, le fait de la contagion absolue et nécessaire n'apporte aucun changement notable à nos doctrines cliniques relatives à la naissance et l'évolution de la tuberculose. De sorte que, malgré ces prémisses en apparence si audacieuses, dit-il, ces conclusions sont bien peu révolutionnaires.

Voici ces conclusions :

La tuberculose est une affection parasitaire transmissible par inoculation, alimentation, inhalation.

Entre conjoints, ces trois modes d'absorption peuvent être réalisés.

La tuberculose est toujours causée par l'absorption d'un germe extérieur.

La contagiosité n'est pas proportionnelle à la quantité de germes contagieux, mais dépend de la qualité des terrains organiques plus ou moins disposés à les recevoir, de sorte que la contagion est un fait banal dominé par les réactions individuelles préparées antérieurement à l'infection par des vices de nutrition héréditaires ou acquis.

Les tuberculoses locales sont des tuberculoses atténuées.

La scrofule semble être une diathèse, tandis que la tuberculose est une infection greffée sur des diathèses.

On n'hérite pas généralement du germe infectieux de la tuber-

culose, mais des vices de nutrition qui ont provoqué cette infection chez les ascendants.

La thérapeutique, tout en étant autorisée à rechercher des spécifiques, devra tendre à détruire par l'hygiène générale les causes qui préparent un terrain favorable à la tuberculose, et, dans le cours de la maladie, à combattre en outre les phénomènes réactionnels causés dans l'économie par la présence et la prolifération de l'agent infectieux.

Vaccine. — M. R. BLACHE donne lecture d'une note intitulée : *Vaccine efficace sans manifestations extérieures.* L'auteur a observé, cet hiver, trois faits intéressants ; il s'agit de trois enfants vaccinés par lui ; il n'y a pas eu la plus légère apparition de boutons de vaccine et il a pu cependant acquérir ultérieurement la certitude que, dans les trois cas dont il s'agit, deux des enfants avaient acquis les caractères de l'immunité vaccinale, ce qui a été démontré six semaines après par les tentatives d'une nouvelle vaccination qui n'a donné que les caractères de la fausse vaccine. (Comm. de vaccine.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIe SESSION, 1883).

Congrès de Rouen (1).

II

Extirpation d'un enchondrome volumineux. — L'intérêt de la seconde communication de M. le docteur Duplouy, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Rochefort, consiste surtout dans la conservation du membre avec intégrité de l'articulation, des vaisseaux et des nerfs, malgré l'implantation de la tumeur sur la diaphyse de l'humérus au niveau de l'insertion deltoïdienne et son volume véritablement excessif.

Il s'agit d'un enchondrome datant d'une dizaine d'années chez une femme de trente-deux ans. Deux fois plus gros qu'une tête d'adulte et absolument plaqué sur les parties molles, il recouvrait, comme une immense épaulette, le moignon de l'épaule et les deux tiers supérieurs du bras, se prolongeant au-dessus de la clavicule et vers l'aisselle ; son poids était de 7,500 grammes. Le bras avait conservé au-dessous de la tumeur son volume normal, la clavicule et l'acromion étaient parfaitement sains et l'articulation scapulo-humérale jouait dans tous les sens, d'où l'espérance de pouvoir conserver le membre.

L'opération indiquée par les douleurs vives qu'éprouvait la malade et qui semblaient indiquer un travail de ramollissement central, fut pratiquée le 21 juillet dernier. La tumeur fut attaquée par voie de morcellement afin d'arriver plus promptement sur son point d'implantation. On parvint, non sans peine, à cause des travées osseuses qui pénétraient à travers la masse, aux assises de la tumeur qu'on fit sauter à l'aide de la scie et de la gouge, c'est-à-dire à la face externe de l'humérus au niveau de l'insertion deltoïdienne. Le tissu osseux fut ruginé avec le plus grand soin, après quoi le prolongement postérieur de la tumeur put être détaché avec soin. L'énorme brèche résultant de l'opération fut recouverte avec un lambeau cutané très aminci, disséqué sur la tumeur et ramené d'arrière en avant. La réunion ne put être assurée que par trente-six points de suture. La perte de sang fut insignifiante. L'étui osseux n'était pas envahi dans toute son épaisseur. Au moment du départ de M. Duplouy pour le Congrès, c'est-à-dire vingt-cinq jours après l'opération, l'état de la malade était excellent. L'examen histologique de la tumeur ayant démontré qu'il s'agissait d'un enchondrome parfaitement pur, M. Duplouy espère que l'ablation ne sera pas suivie de récidive.

Épidémie importée de fièvre typhoïde. — M. le docteur Pineau (d'Oléron) a pu remonter à l'origine certaine de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dans l'île d'Oléron à la fin de l'année dernière. L'enquête à laquelle il s'est livré avec beaucoup de sagacité, a montré que la maladie avait été importée de Paris par un employé de la gare des chemins de fer de l'Est, arrivé à Château-d'Oléron au septième jour d'une fièvre typhoïde des mieux caractérisées. Presque tous les cas qui se déclarèrent ensuite, se montrèrent dans un court délai, à compter de l'arrivée du malade en question, et dans un rayon peu éloigné de la maison que celui-ci était venu habiter. Neuf personnes furent atteintes, d'âges assez différents : trois de cinq à huit ans ; quatre de douze à quinze ans ; un de trente-cinq ans et un de cinquante-deux ans. Un seul de ces malades a succombé, c'est l'enfant de cinq ans.

Parmi ces neuf malades, cinq s'alimentaient, comme eaux potables, des eaux de puits très voisins de la maison contaminée la première ou du puits même de cette maison.

La conclusion pratique des recherches de l'auteur, — et il y insiste tout particulièrement, — est que l'administration devrait absolument s'opposer au déplacement des typhoïdiques, afin de les empêcher d'aller semer de tous côtés les germes de ce que M. Pineau appelle « la plus meurtrière épidémie pestilentielle européenne de notre époque ». Sans doute, dit-il, un certain nombre de malades échapperaient probablement encore à ces mesures ; néanmoins la plupart d'entre eux, soldats, marins, employés d'administration, élèves des lycées, des écoles, etc., pourraient être contraints à y obéir et restreindraient, par suite, la propagation de la fièvre typhoïde. Si la fièvre typhoïde était formellement reconnue comme susceptible de se transmettre par l'homme, des mesures de préservation seraient vite prises de tous côtés et facilement exécutées. Elles consisteraient surtout :

1° A restreindre autant que possible la *libre pratique* des typhoïdiques malades ou convalescents de trop fraîche date ;

2° A faire rigoureusement désinfecter, le long du parcours et à l'arrivée dans leur nouvelle résidence, les matières fécales et les vêtements de ceux dont on n'aurait pas pu empêcher le déplacement.

C'est sur les questions d'hygiène que M. le docteur Pineau insiste principalement dans le mémoire dont il donne lecture au Congrès.

Fistules vésico-intestinales, colotomie lombaire. — M. le docteur Duménil, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Rouen, communique l'observation d'une jeune femme de vingt-cinq ans entrée dans son service, en février 1883, pour une fistule vésico-intestinale consécutive à des phlegmasies péri-utérines post-puerpérales. Le passage des matières fécales par la vessie s'était établi au mois d'août précédent après des souffrances vésicales très vives. Les matières passaient en grande quantité, elles étaient solides et l'urine était, en outre, chargée de pus. Les règles s'étaient supprimées à partir de cette époque. La malade, fortement amaigrie, avait de fréquents accès de fièvre. La communication portait sur la fin du gros intestin. Dans ces conditions, la colotomie lombaire gauche était indiquée, elle fut immédiatement pratiquée. Les suites en furent très simples et le deuxième jour les matières passèrent par l'anus artificiel. La malade se rétablit promptement ; les souffrances et la fréquence des mictions disparurent, l'appétit et les forces revinrent assez rapidement. Cependant, comme de temps à autre il reparaissait encore quelques matières dans l'urine, — en petite quantité, il est vrai, — M. Duménil tenta de pratiquer l'oblitération du bout inférieur par la suture de l'éperon avec la partie inférieure du pourtour de l'anus artificiel. L'opération eut lieu deux mois après celle de la colotomie lombaire. Elle fut presque immédiatement suivie d'un érysipèle qui dura dix jours, mais au moment où il s'éteignait, une péritonite survenait et emportait la malade en trois jours. L'autopsie n'a pu être faite.

Cette importante observation est suivie d'une étude historique sur la colotomie lombaire appliquée aux fistules vésico-intestinales et des résultats qu'elle a fournis. D'après les recherches de l'auteur, elle n'aurait encore été pratiquée que treize fois en y comprenant celle qui vient d'être rapportée, laquelle est la première faite en France. Elle a été pratiquée pour la première fois en 1866 par Holmes. Sur les treize cas, six ont donné un résultat favorable. Le

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 octobre 1883.

malade de Holmes s'est très bien porté pendant quinze mois, et le succès n'a été compromis que par une nouvelle communication entre le cœcum et la vessie. Un malade de Bryant vécut six ans et mourut à soixante-dix ans d'une rupture du cœur; un second malade du même chirurgien vivait depuis six ans aussi avec son anus artificiel lorsque l'observation en a été publiée. L'opéré de Hukes vécut également plusieurs années. Celui de Heath était très bien portant dix-huit mois après l'opération, date de la relation du fait. Enfin, le résultat immédiat de l'opération de M. Duménil l'autorise à penser que la malade en aurait bénéficié largement si la tentative d'oblitération du bout inférieur n'était venue détruire ces espérances. Enfin dans la plupart des sept autres cas, l'opération avait été pratiquée trop tard, lorsque l'épuisement des malades ôtait toute chance de réussite. L'opération a été faite par la méthode d'Amussat dans tous les cas, sauf celui de Ballance où la colotomie a été pratiquée à droite, sans qu'on trouve dans l'observation la raison de cette préférence.

S'il n'est pas permis de considérer comme absolument incurables sans opération les fistules vésico-intestinales, tout au moins doit-on regarder les guérisons spontanées comme exceptionnelles. M. Duménil n'en a trouvé que cinq cas se rapportant à des fistules étroites ou entourées d'exsudats inflammatoires. Cette gravité justifie donc l'intervention de la chirurgie alors même que l'opération n'aurait pour résultat que de prolonger la vie des malades et transformer une maladie grave en une infirmité très tolérable comme l'est l'anus artificiel sur le côlon gauche. Bien qu'il ne connaisse aucun exemple de guérison complète, M. Duménil pense qu'on peut espérer cette terminaison en présence des cicatrisations spontanées que devra toujours favoriser une dérivation même incomplète des matières intestinales et en tenant compte des ressources que possède la chirurgie contre les anus contre nature.

L'auteur a soin d'ajouter, en terminant, qu'il n'a en vue, dans son mémoire, que les fistules résultant d'altérations d'ordre commun et notablement celles d'ordre diathésique.

VARIÉTÉS

La dernière maladie de M. le comte de Chambord (1).

Par M. le professeur VULPIAN.

VI

Peu de temps après mon retour de mon premier voyage de Frohsdorf, on lisait dans plusieurs journaux que la maladie du comte de Chambord pouvait être attribuée à un empoisonnement. Je crus devoir démentir ce bruit auquel mon nom se trouvait mêlé. L'histoire de cette maladie, telle que je la connaissais, ne me laissait aucun doute sur l'inexactitude de cette supposition.

Les lésions constatées lors de l'examen des viscères, pendant l'opération de l'embaumement, étaient de telle sorte, que j'y trouve la confirmation la plus nette de ma dénégation. Les substances toxiques, à un certain point de vue, sont de deux sortes : celles qui donnent lieu à des lésions et celles qui n'en produisent point. Il est clair que les substances toxiques de la seconde catégorie, telles que la digitaline, la vératrine, l'aconitine, la nicotine, la morphine, etc., sont hors de cause, puisqu'il s'agit d'un cas dans lequel on a trouvé des lésions considérables.

Quant à ce qui concerne les agents toxiques qui peuvent déterminer les altérations, comme l'arsenic, le phosphore, les sels solubles de mercure, d'antimoine, d'argent, les acides caustiques, l'ammoniaque, etc., on sait que les lésions qu'ils provoquent sont réparties, lorsque la mort est rapide, non seulement dans toute l'étendue des voies digestives supérieures, c'est-à-dire depuis la bouche et l'arrière-bouche, jusqu'à l'estomac, mais encore dans le reste du canal digestif : l'estomac, l'intestin grêle et même le gros intestin. Pour certains de ces poisons, c'est même dans les intestins que les altérations sont le plus marquées. Jamais, que la mort soit rapide ou tardive, on n'observe d'ulcérations ayant les caractères que présentaient celles que nous avons rencontrées dans l'œsophage du comte de Chambord, et jamais elles ne sont cantonnées exclusivement dans la partie inférieure de ce conduit, comme dans ce cas. En outre, si la mort n'a lieu qu'un certain nombre de jours ou de semaines après l'ingestion du poison, on trouve des altérations des viscères, en particulier du foie et des reins, et parfois des modifications des muscles ; ces altérations faisaient ici entièrement défaut.

On peut dire de plus que les symptômes déterminés par cette sorte de substances toxiques sont bien différents de ceux qui ont été observés chez le comte de Chambord. Pour les substances qui agissent principalement sur les voies digestives, elles donnent lieu non seulement à des vomissements, mais aussi à des coliques plus ou moins violentes, persistantes, accompagnées de diarrhée parfois sanguinolente. Les médecins qui ont assisté aux premières manifestations de la maladie du prince, n'ont jamais pensé un moment à une intoxication, et, quand ils ont lu dans les journaux ce qui avait été dit à cet égard, ils ont, sans la moindre hésitation, écarté cette idée.

Il est donc incontestable que la maladie de M. le comte de Chambord n'a pas eu pour point de départ l'ingestion d'un poison. Jamais il ne mangeait seul et ses commensaux habituels ont fait usage des mêmes mets que lui. Aucun d'eux n'a été souffrant, soit avant, soit après le début de la maladie.

Le prince attribuait une certaine importance à ce fait que sa maladie avait commencé le lendemain du jour où il avait mangé, — ainsi que ses invités, — des fraises un peu avariées. Peut-on admettre que ces fraises, à cause d'une idiosyncrasie spéciale, ont déterminé chez lui une vive irritation des membranes muqueuses, surtout dans la partie inférieure de l'œsophage et dans l'estomac ; irritation de nature semblable à celle des poussées éruptives que provoque parfois sur la peau l'ingestion de ces fruits ? Et l'irritation une fois produite a-t-elle pu atteindre, dans un des points intéressés, dans la partie inférieure de l'œsophage et dans l'estomac, un degré d'intensité tel, que des ulcérations aient pu en être la conséquence ?

En tout cas, il y a eu, à un certain moment, chez M. le comte de Chambord, une apparition presque soudaine des troubles les plus graves des voies digestives. Il est patent aussi que, pendant trois ou quatre semaines avant le début de ces troubles, il y avait déjà un commencement de diminution d'appétit, d'affaiblissement et de perte de poids.

Les premiers accidents, malgré leur acuité, n'ont pas déterminé une fièvre bien marquée. Il y a eu cependant des phénomènes phlegmasiques, soit primitivement, s'il s'agit d'une inflammation dès le début ; soit secondairement, s'il y a eu formation d'escarres par obstruction artérielle et élimination ultérieure.

Ces phénomènes phlegmasiques locaux ont provoqué assez rapidement une irritation inflammatoire des ganglions mésentériques ; et il y a eu même, peut-être presque en même temps, un peu d'irritation péritonéale. C'est alors que se manifestèrent les souffrances si vives qu'éprouvait le malade dans la région épigastrique, souffrances qui s'exaspéraient à un degré extrême, un certain temps après chaque déglutition de liquides ou d'aliments. C'est dans cette même période que la moindre pression exercée sur la partie droite de cette région, et même des onctions faites avec une grande douceur, occasionnaient une angoisse insupportable.

Il est probable que, pendant quelques jours, les ganglions mésentériques ont été beaucoup plus tuméfiés que lorsque nous les avons vus après la mort. C'est peut-être à leur gonflement seul qu'était due la saillie que l'on a observée du côté droit de la région épigastrique et qui a disparu après quatre ou cinq jours. Il se peut d'ailleurs que cette saillie ait été due surtout à de la pneumatose de l'estomac et d'une partie de l'intestin.

L'état aigu qui a caractérisé la première période de la maladie

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 octobre 1883.

s'est un peu amendé, dix à douze jours après le début des fortes souffrances ; mais la région épigastrique est restée douloureuse ; la tumeur n'a pas disparu et l'intolérance pour les aliments et les boissons a persisté, bien qu'un peu moins complète. L'amaigrissement et la faiblesse augmentaient progressivement. Il n'y avait pour ainsi dire pas de sommeil.

C'est dans cet état que j'ai vu M. le comte de Chambord les 15, 16, 17 et 18 juillet. Je ne crois pas me tromper en pensant que le traitement prescrit à ce moment a produit de bons effets. La réglementation des repas et des boissons, l'usage exclusif du lait comme aliment ont eu pour résultat de permettre aux parties malades de se reposer un peu et ont calmé la sensibilité maladive de l'estomac. Les onctions avec la pommade iodurée et belladonée n'ont pas été inutiles, et enfin le bichromate de potasse, dont j'ai constaté l'heureuse influence dans certaines maladies de l'estomac, me paraît avoir contribué à l'amélioration observée dans les dix derniers jours du mois de juillet et les premiers jours du mois d'août.

Cette amélioration a été incontestable ; les bulletins publiés par les journaux en font foi, et les lettres que j'ai reçues de Frohsdorf sont très explicites dans ce sens. Les vomissements étaient devenus de plus en plus rares ; le sommeil avait reparu ; le malade dormait quatre, cinq et même jusqu'à six heures dans une nuit ; la tumeur était devenue presque indolente ; les forces revenaient un peu, très lentement. L'appétit toutefois demeurait nul ou peu près.

Comment une rechute s'est-elle produite dans la nuit du 8 au 9 et les jours suivants ? Je n'en étais guère étonné, parce que je considérais comme vraisemblable l'existence d'un cancer. Mais sachant maintenant qu'il n'y avait pas de cancer ni dans l'estomac ni dans les parties voisines, je ne trouve plus que la rechute soit aussi facilement explicable. Peut-être faut-il en accuser une trop grande hâte dans l'augmentation de la quantité des aliments ? En tout cas, on n'a pas, comme je l'aurais désiré, continué pendant assez longtemps le régime lacté exclusif ou presque exclusif. Que ce soit là, ou non, la cause de la rechute, une exacerbation nouvelle du catarrhe gastrique s'est manifestée ; les souffrances de la région épigastrique ont reparu, moins vives cependant que la première fois ; la tumeur était de nouveau un peu douloureuse ; mais, chose plus grave, l'intolérance de l'estomac s'est manifestée derechef, aussi prononcée qu'au début de la maladie, et tout essai d'alimentation est devenu impossible. A l'examen de l'estomac nous n'avons trouvé, qui pût être mis au compte de cette reprise aiguë de catarrhe, que des exulcérations au niveau de la petite courbure de l'estomac, au voisinage d'une ulcération un peu plus profonde et manifestement plus ancienne.

L'organisme si affaibli du malade ne pouvait résister longtemps à cette interruption complète de toute alimentation. La mort avait lieu quinze ou seize jours après les premiers symptômes de la rechute.

Si la rechute n'avait pas eu lieu le 9 août, la guérison était-elle possible ? C'est là une question à laquelle on ne saurait répondre nettement, dans l'ignorance où nous sommes des causes des lésions ulcéreuses de l'œsophage et de l'estomac. Il convient d'abord de rappeler que ces lésions étaient peut-être dues à un processus morbide à marche progressive (altérations artérielles), et que, s'il en était ainsi, la rechute devait avoir fatalement lieu à un moment ou à un autre. S'il ne s'agissait que d'atteinte de catarrhe aigu de l'œsophage et de l'estomac, une guérison relative pouvait avoir lieu ; mais dans les conditions où se trouvaient désormais ces parties des voies digestives et dans l'état que présentaient les artères, le cœur et les reins, il ne pouvait y avoir qu'une survie courte et misérable. Les fonctions digestives se seraient opérées d'une façon pénible et probablement incomplète ; les forces ne se seraient relevées que bien difficilement et bien lentement, et, même alors qu'il n'y aurait pas eu de rechute, la vie n'aurait pas pu durer longtemps, menacée qu'elle aurait été sans cesse par les accidents que peuvent déterminer l'athéromasie artérielle ou la dégénérescence graisseuse du cœur.

En résumé, la maladie de M. le comte de Chambord a été caractérisée : au point de vue anatomique, par des ulcérations de la membrane muqueuse de l'estomac et surtout de la membrane muqueuse de l'œsophage ; au point de vue clinique, par un ensemble de symptômes qui devait inévitablement faire admettre, tout au moins comme très vraisemblable, l'existence d'un cancer de l'estomac.

Il s'agit donc là, en définitive, d'un fait extrêmement rare, et, si je ne me trompe, très intéressant. C'est pour cela que j'ai cru pouvoir en publier la relation.

Par décret en date du 1er octobre, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : MM. Gillet, Lecomte et Richaud.

Au grade de médecin principal : MM. Perlié, Borius, et Piesvaux.

Au grade de pharmacien-inspecteur : M. Delavaud, en remplacement de M. Fontaine, admis à la retraite.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15126.

N° 115. — SAMEDI 6 OCTOBRE 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 6 OCTOBRE 1883. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOPITAL DE LA CHARITÉ. Typhus hépatique. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. Rapport au Président de la République, relatif aux écoles préparatoires et à l'école d'application du service de santé militaire. — Décret y annexé. — Nouvelles. — Bibliographie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LANDOUZY.

Typhus hépatique.

Le malade dont je veux vous parler aujourd'hui présente, par certains côtés, quelque analogie avec celui dont je vous ai entretenu dans notre première conférence (1), lequel était couché dans la salle Saint-Jean-de-Dieu.

C'est un homme de ving-quatre ans, Espagnol, d'une constitution en apparence assez forte, et qui n'a jamais été malade. Il est entré à l'hôpital, salle Saint-Charles, n° 18, il y a quatre jours, avec une fièvre assez vive, de la dyspnée et des râles dans le côté droit de la poitrine, de telle sorte que l'on se demandait s'il n'allait pas avoir quelque pneumonie. En somme, l'état général était assez mauvais.

Le lendemain, à la visite du matin, je constatai également une fièvre très vive, une dyspnée intense, une teinte sale, ictérique, de la peau et des conjonctives; les urines contenaient de l'albumine ainsi qu'une certaine quantité de bile. Dans la poitrine, en bas et en arrière : matité, silence respiratoire ; en avant : quelques râles secs *qui crépitaient*, et non des râles véritablement crépitants comme on l'entend ; le foie était un peu augmenté de volume, il était douloureux à la pression. Le pouls était à 80 et la température centrale, le matin, de 38°,8. En un mot, il présentait les signes d'une adultération de la plèvre et du poumon, soit une pleuro-broncho-pneumonie droite, ainsi que de la congestion du foie.

Cet état s'est depuis lors modifié en ce sens que l'ictère s'est accusé, l'albumine a augmenté et que l'état général s'est aggravé : l'anxiété est plus grande, l'hyperesthésie générale persiste, cet homme geint véritablement comme souffrant de partout. Quant à la température, et j'y insiste tout particulièrement, voici la courbe qu'elle a présentée depuis l'arrivée du malade à l'hôpital : A son entrée, près de 40°; le lendemain matin, 38°,8; le soir, 39°,4; le surlendemain matin, 36°,8; le soir, 37°; hier matin, 36°,4; le soir, 37°, et ce matin encore, 36°,8. Les urines ont présenté aussi, dans la quantité d'urée qu'elles contiennent, des oscillations telles que celle-ci varie de 4 à 8 grammes dans les vingt-quatre heures.

Notre malade est à Paris depuis douze mois; il est entré, peu après son arrivée dans la capitale, dans les égouts, non plus comme celui dont je vous ai entretenu dans la leçon précédente, qui était plombier égoutier, mais bien comme égoutier véritable, chargé du curage. Il a ainsi travaillé chaque jour sans discontinuer. Il a bien commis aussi quelques excès alcooliques, mais ils sont trop récents encore pour qu'ils aient quelque influence importante sur l'organisme. En Espagne, il a toujours été bien portant; il n'a jamais eu d'accès de fièvre intermittente, jamais rien non plus du côté du foie ou de l'estomac. En somme, ses antécédents héréditaires sont bons, et il n'était malade que depuis trois jours lorsqu'il est venu à l'hôpital; il était seulement un peu moins robuste depuis une quinzaine de jours. Le jour du début des premiers accidents, il s'est senti courbaturé, froissé de partout dans ses masses musculaires, éprouvant des nausées, des envies de vomir, ayant de la constipation laquelle n'a cédé que deux jours plus tard à un purgatif. Ainsi, au début, la courbature, la céphalalgie, un malaise général, etc., auraient pu faire croire à un commencement de fièvre typhoïde. Mais ce diagnostic eût été erroné.

Il est évident que cet homme a été pris par une cause générale qui l'a imprégné de toutes parts, si bien qu'à l'arrivée à l'hôpital le foie, les poumons et les reins étaient envahis, ainsi que l'appareil cérébro-spinal, par suite d'une sorte d'intoxication générale. Aujourd'hui la maladie s'est pour ainsi dire sommée sur le foie qui domine l'ensemble. Si la température est rapidement tombée à 36°,8 et 36°,4, le sulfate de quinine que nous avons prescrit n'en est pas seul la cause, mais le travail hépatique prédominant y est bien aussi pour quelque chose. Les trois quarts, peut-être même les quatre cinquièmes du foie sont compromis, ses cellules sont altérées, de telle sorte que l'organe ne fonctionne plus. Or le foie est la factorerie principale de la chaleur animale et de l'urée; les oxydations se trouvant diminuées, la température s'abaisse et l'urée descend au-dessous de la normale. C'est ainsi que nous l'avons vue descendre à 5 et même à 4 grammes par vingt-quatre heures.

Nous pouvons donc faire pour ainsi dire l'autopsie de notre malade dès son vivant, — et il est malheureusement à craindre que nous ayons à la faire en réalité, la mort nous paraissant assez probable, — nous prononcer sur l'adultération de l'organe hépatique et dire que nous sommes ici en présence d'un *typhus hépatique*, affection distincte de l'ictère grave. Notre malade présente en effet, d'une part,

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 809.

l'anéantissement général des typhiques, et d'autre part l'hépatisme est indiqué par l'état du foie.

Du reste, quel autre diagnostic pourrait-on faire? Je ne le vois pas. Celui d'ictère aggravé comme dans le cas de cirrhose hypertrophique? Non. Il existe ici une imprégnation infectieuse générale, et les cellules du foie sont déformées, atrophiées, elles ont perdu leur état normal anatomique et fonctionnel. Peut-être sont-elles pénétrées, comme on l'a vu quelquefois, soit par des granulations simples, soit par des granulations protéiques.

En pareille occurrence, quel pronostic devons-nous émettre? Depuis deux jours la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures n'est plus que de 4 à 500 grammes, bien que le malade n'ait ni sueurs profuses, ni diarrhée; de plus il n'y a pas de déperdition de bile, les selles restant décolorées; enfin l'urine ne contient que 4 grammes d'urée par jour. Dans ces conditions, notre malade est logé à une autre enseigne que celui dont je vous ai parlé dans notre dernière conférence, lequel urine maintenant abondamment (2 litres à 2 litres et demi par jour) et semble ainsi marcher vers la convalescence. Chez ce dernier j'espère la guérison, bien que dimanche il ait eu une nouvelle poussée d'ictère. Cependant il faut encore prévoir la possibilité d'autres nouvelles poussées capables de compromettre sa vie.

Mais je reviens au malade sujet de cette leçon. Ce qui fait la gravité de son état, c'est qu'il ne rejette plus les produits de l'oxydation qui se fait dans l'organisme et qu'il s'intoxique ainsi lui-même de plus en plus par ricochet et compromet son organe rénal à l'imitation de l'organe hépatique.

J'insiste, en terminant, sur cette coïncidence qui nous a amenés dans le même moment deux individus de profession assez semblable, atteints d'affections présentant sur certains points une grande analogie. Tous deux sont jeunes, tous deux travaillent depuis peu de temps dans les égouts, l'un comme plombier attaché à l'administration des horloges pneumatiques, l'autre comme égoutier proprement dit. Tous deux arrivent de leur pays depuis un an ou un peu moins d'un an et n'ont pas eu le temps de contracter cette immunité des égoutiers dont parlent les statistiques : maintenant, quelles sont les émanations infectieuses dont ils ont été imprégnés, de quelle nature sont-elles, c'est ce que, dans l'état actuel de la science, nous ne saurions dire.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 1er octobre 1883.

Monsieur le Président,

L'article 38 de la loi du 16 mars 1882 dispose que les médecins et les pharmaciens aides-majors de deuxième classe se recrutent parmi les élèves du service de santé militaire.

Avant la guerre de 1870, ces élèves étaient réunis à Strasbourg, dans un établissement unique auprès de la faculté de médecine et de l'école de pharmacie de cette ville, qui étaient chargées de leur dispenser une instruction solide et de leur conférer le diplôme universitaire de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe. L'école n'était qu'un internat. Les élèves y vivaient en commun, y prenaient leur repas, étaient soumis à une discipline militaire, conduits et surveillés aux cours de la faculté; des répétiteurs les dirigeaient dans leurs travaux et les interrogeaient sur les matières de l'enseignement, de telle sorte qu'après quatre ans et quelques mois, ces jeunes gens, munis du diplôme professionnel, passaient à l'école du Val-de-Grâce, à Paris, qui a pour mission de diriger les études complémentaires et les applications afférentes à l'exercice spécial de l'art dans l'armée.

Ce système, inauguré en 1856, a donné des résultats incontestablement bons; par lui, le recrutement du corps de santé a pu être facilement et régulièrement assuré pendant une période de quinze années. Cependant, l'école du service de santé de Strasbourg était loin d'être parfaite, et de sérieux reproches ont été adressés à cette institution.

Le premier, le plus grave de tous, était l'insuffisance des éléments d'instruction clinique et anatomique que présentait la faculté de médecine pour 350 élèves militaires réunis aux étudiants civils en nombre égal au moins. Un deuxième grief était relatif aux sacrifices considérables que coûtait au Trésor l'entretien de l'école du service de santé.

D'ailleurs, on reconnaissait que dans les conditions de son fonctionnement la direction de l'ensemble et la surveillance des détails étaient très difficiles avec cette masse de 350 jeunes gens puisant dans les études médicales le goût de l'indépendance, bien plus que l'esprit militaire si indispensable pourtant aux médecins de l'armée.

Aussi, après la perte de Strasbourg, ces considérations amenèrent-elles l'administration de la guerre à ne pas transférer l'école dans une autre ville de province, comme le fut à Fontainebleau l'école d'artillerie de Metz, et à prendre d'autres dispositions pour assurer, au moins d'une manière provisoire, le recrutement du corps de santé militaire.

Ces dispositions ont été déterminées par les décisions des 5 octobre 1872, 12 juin 1879 et 15 juin 1880. Elles consistent principalement dans la répartition, suivant leur convenance et à leur choix, des élèves militaires commissionnés, entre onze villes principales, y compris Paris, qui possèdent à la fois une faculté de médecine ou une école de plein exercice, et un hôpital civil militarisé. Placés sous les ordres et la surveillance des médecins chefs de ces établissements, ces élèves achèvent leurs études près des facultés ou des écoles supérieures de pharmacie, dans les mêmes conditions que les autres étudiants civils, et y subissent les examens aux époques et dans la forme déterminées par la législation en vigueur.

Lorsqu'ils sont en possession du diplôme de docteur ou de pharmacien de première classe, ils subissent un examen d'aptitude qui détermine leur passage à l'école d'application du Val-de-Grâce, d'où ils sortent avec le grade d'aide-major de deuxième classe, après avoir satisfait aux examens d'un stage de huit mois au moins.

Ce système a permis de créer les ressources nécessaires pour combler les vides qui se sont faits annuellement dans le cadre du corps de santé, mais une expérience de dix années a démontré qu'il ne pourrait fournir un contingent régulier et suffisant pour répondre à tous les besoins du service, depuis surtout que la loi du 16 mars sur l'administration de l'armée a élevé le personnel de santé de 1,305 à 1,485 médecins et pharmaciens.

En effet, si d'un côté on remédie en partie aux défauts de l'école de Strasbourg, en obtenant, par la répartition des élèves en plusieurs centres médicaux, la multiplication des ressources en moyens d'instruction qu'une faculté unique, excepté celle de Paris, ne saurait donner, de l'autre, dans les conditions où se trouvent actuellement les élèves, leur travail n'est pas suffisamment favorisé et contrôlé comme il l'était à Strasbourg, par des interrogations et des conférences; la plupart mettent plus de lenteur à subir les examens probatoires, et leur vie commune avec les étudiants civils développe en eux la tendance à renoncer de bonne heure à la carrière militaire. De là de nombreuses démissions qui se traduisent en une diminution de l'effectif de chaque promotion annuelle, et, par suite, de celui du cadre pour lequel les prévisions d'un recrutement normal ne peuvent plus être établies.

Il me paraît donc urgent d'apporter au système en vigueur une modification essentielle, l'internement des élèves. Mais afin de ne pas créer au Trésor une charge trop onéreuse, et pour remédier à l'inconvénient principal que l'on a reconnu dans l'établissement d'une école unique, la concentration d'un nombre trop considérable d'élèves dans un seul centre d'instruction, il me semble plus avantageux d'instituer deux écoles, dans des villes de province situées dans des régions différentes de l'intérieur, et qui, possédant à la fois une faculté de médecine et un hôpital militaire, se sont engagées à fournir les locaux du casernement des élèves.

Ces écoles, établies ainsi à la portée de la généralité des élèves et de leurs familles, seraient en quelque sorte annexées aux hôpitaux militaires, et leur personnel serait employé en même temps pour le service hospitalier, pour la direction de l'instruction et pour la surveillance disciplinaire des élèves. Elles auraient pour but de développer en eux le même esprit de corps ; seulement, pour atténuer en partie les effets du régime d'un internat trop prolongé, les élèves, à partir de la quatorzième inscription jusqu'à leur réception au doctorat en médecine, ne seraient plus assujettis à un casernement aussi étroit ; ils jouiraient d'une liberté relative, en tant qu'elle est compatible avec les nécessités de la discipline.

Il y a lieu de remarquer, en outre, que des modifications importantes sont apportées à l'organisation intérieure des écoles, pour lesquelles le régime militaire est adopté ; il peut, en effet, lorsqu'il est bien compris, se concilier avec l'esprit scientifique, il est conforme à la dignité des jeunes gens et seul propre à inspirer aux élèves les sentiments militaires dont ils doivent être animés. C'est pour cette raison que tous les élèves sont tenus de s'engager et qu'une certaine instruction militaire figure dans le programme des connaissances à acquérir ; c'est pour cela, enfin, qu'il a paru indispensable de disposer que les élèves soient soumis à toutes les règles de la discipline militaire.

L'école d'application reste ce qu'elle était en principe. Elle reçoit cependant quelques légères modifications. La première consiste à assimiler les stagiaires provenant des écoles préparatoires aux officiers élèves des autres écoles d'application, en leur donnant le grade d'aide-major de deuxième classe au moment de leur admission.

Une seconde modification consiste à rattacher l'enseignement de l'administration et de la législation militaire à la chaire d'hygiène et de médecine légale.

Enfin la durée du professorat est limitée à dix ans. Il importait, en effet, de déterminer, dans le corps de santé militaire, un courant de travail et de ne pas laisser une chaire occupée trop longtemps par le même professeur qui s'y spécialise, et, dans une certaine mesure, s'éloigne un peu du corps de santé lui-même. Le principe de la non-permanence des fonctions du professeur avait été posé dans la première organisation de l'école du Val-de-Grâce en 1852, mais on en avait fait une question d'avancement ; les professeurs ne pouvaient dépasser le grade de médecin principal de deuxième classe. L'idée était défectueuse et l'application impossible.

Telles sont, monsieur le Président, les dispositions qui, après avoir pris l'avis du comité consultatif de santé, m'ont paru de nature à assurer l'une des conditions fondamentales de l'existence du corps de santé militaire, en déterminant les bases d'un recrutement régulier.

Si vous voulez bien y donner votre approbation, j'ai l'honneur de vous prier de revêtir de votre signature le décret ci-joint.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le Ministre de la guerre,
THIBAUDIN.

Le Président de la République française,

Décrète :

Article premier. — Les établissements d'instruction du service de santé militaire comprennent :

1° Les écoles préparatoires du service de santé militaire ;

2° L'école d'application du service de santé militaire.

TITRE PREMIER.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DU SERVICE DE SANTÉ.

Art. 2. — Il est créé deux écoles préparatoires du service de santé : elles ont leur siège à Nancy et à Bordeaux.

Instituées près la faculté de médecine et l'école supérieure de pharmacie de Nancy et près la faculté mixte de Bordeaux, elles ont pour objet de diriger les élèves du service de santé dans leurs études pour l'obtention des diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe, et de les préparer à leurs fonctions ultérieures dans l'armée.

Les élèves en possession de ces diplômes sont nommés aides-majors de deuxième classe au moment de leur entrée à l'école d'application.

Art. 3. — La durée des études dans les écoles est de cinq ans pour les élèves médecins et de quatre ans pour les élèves pharmaciens.

Aucun élève ne peut être autorisé à passer une année de plus à l'école, à moins qu'il n'ait été forcé, pour cause de maladie, de suspendre ses études pendant plus de deux mois consécutifs.

Sauf le cas où il en aurait été exclu pour indiscipline ou inconduite, l'élève qui a cessé de faire partie de l'école peut y être admis de nouveau par voie de concours, s'il remplit encore les conditions voulues pour s'y représenter.

Le temps passé par les élèves dans les écoles préparatoires leur est compté pour cinq ans de service.

Chapitre Ier. — *Mode et conditions d'admission des élèves.*

Art. 4. — Nul n'est admis aux écoles du service de santé que par voie de concours.

Le concours est public et a lieu tous les ans.

Le ministre de la guerre en détermine les règles chaque année ; il en arrête le programme et en fixe l'époque.

L'arrêté du ministre est rendu public avant le 1er avril.

Art. 5. — Le jury d'examen se compose pour les candidats médecins d'un médecin professenr et d'un médecin professeur agrégé à l'école d'application du service de santé ; pour les candidats pharmaciens, le médecin professeur agrégé est remplacé par le professeur ou l'agrégé de chimie de l'école d'application.

Le médecin professeur dirige les opérations du jury et en rend compte au ministre.

Les examinateurs sont nommés tous les ans par le ministre.

Art. 6. — Nul ne peut concourir pour l'admission aux écoles du service de santé, s'il n'a préalablement justifié :

1° Qu'il est né ou naturalisé Français ; 2° qu'il a été vacciné ou qu'il a eu la petite vérole ; 3° qu'il a eu plus de dix-sept ans et moins de vingt ans au 1er janvier de l'année courante, s'il est candidat en médecine, et plus de dix-sept ans et moins de vingt et un ans à la même date s'il est candidat en pharmacie (aucune dispense d'âge ne peut être accordé) ; 4° qu'il a été reconnu apte à servir activement dans l'armée (cette aptitude sera certifiée par un médecin militaire du grade de major de deuxième classe au moins ; elle pourra être vérifiée par le jury d'examen) ; 5° qu'il est pourvu des diplômes universitaires exigés, suivant qu'il est candidat en médecine ou en pharmacie, pour les études médicales ou pharmaceutiques. Les candidats en pharmacie doivent, en outre, avoir accompli un stage officinal de deux années au 1er novembre de l'année dans laquelle ils concourent, mais ils sont dispensés de l'examen de validation de ce stage.

Transitoirement, le ministre de la guerre pourra admettre à concourir des étudiants possédant déjà un certain nombre d'inscriptions et ayant satisfait aux examens correspondant à la période de leur scolarité. Les conditions d'âge que ces candidats devront remplir et les examens qu'ils devront subir seront déterminés chaque année par le programme du concours.

Art. 7. — Avant l'ouverture des examens et à l'époque fixée par les programmes, les candidats auront à requérir leur inscrip-

tion sur une liste ouverte à cet effet dans les bureaux des directeurs du service de santé des corps d'armée, dont les chefs-lieux sont compris dans l'itinéraire du jury d'examen.

Art. 8. — Au terme des opérations, le jury d'examen dresse la liste par ordre de mérite des candidats admissibles. Le ministre de la guerre nomme élèves du service de santé militaire, en suivant l'ordre de cette liste, ceux de ces candidats qui remplissent les conditions voulues. Il fait connaître aux candidats reçus leur admission ainsi que l'école à laquelle ils devront être rendus le 1er novembre suivant.

Dans la répartition des élèves entre les écoles, il sera tenu compte à chacun, en suivant l'ordre de classement et jusqu'à concurrence des places disponibles dans chaque école, du désir qu'il aura exprimé à ce sujet en requérant son inscription comme candidat.

Tous les élèves pharmaciens sont réunis à Nancy.

Art. 9. — Le prix de la pension est de 1.000 francs par an. Celui du trousseau est déterminé chaque année par le ministre de la guerre; les livres et les instruments nécessaires aux études des élèves leur sont fournis par l'État et sont comptés dans le prix du trousseau.

Des bourses et des demi-bourses peuvent être accordées aux élèves qui ont préalablement fait constater, dans les formes prescrites, l'insuffisance des ressources de leur famille pour leur entretien à l'école.

Les bourses et demi-bourses sont accordées par le ministre de la guerre, sur la proposition d'une commission présidée par le médecin inspecteur général et composée du médecin professeur membre de ce jury et des sous-directeurs des écoles.

Art. 10. — Il peut être alloué, sur la proposition de la même commission, à chaque boursier ou demi-boursier, un trousseau ou un demi-trousseau à son entrée à l'école.

Art. 11. — Les frais d'inscriptions, de conférences, d'exercices pratiques, d'examens, de diplôme, sont payés par le ministre de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur.

Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen sont à la charge du candidat.

Art. 12. — Les élèves démissionnaires ou licenciés pour retard dans leurs études, indiscipline ou inconduite, sont tenus au remboursement du montant des frais de scolarité, de pension et de trousseau avancés par l'administration de la guerre.

Art. 13. — Au moment de leur entrée à l'école, s'ils sont âgés de plus de dix-huit ans ou dès qu'ils ont atteint cet âge, tous les élèves admis sont tenus de contracter un engagement de cinq ans.

Pendant la durée de leur séjour dans les écoles préparatoires, les élèves sont considérés comme ayant obtenu des sursis d'appel.

Art. 14. — Les élèves démissionnaires ou licenciés sont mis à la disposition de l'autorité militaire pour accomplir leur temps de service.

Chapitre II. — *Section Ire. — Personnel de direction.*

Art. 15. — La direction de chaque école comprend : un directeur, ayant le grade de médecin principal de première classe, un sous-directeur médecin principal de deuxième classe, un médecin-major de deuxième classe.

Il est adjoint à ce personnel, pour la surveillance des élèves, des adjudants sous-officiers en nombre suffisant.

Le directeur et le sous-directeur sont nommés par décret.

Le médecin-major ainsi que les adjudants sous-officiers sont nommés par le ministre de la guerre.

Art. 16. — L'autorité du directeur s'étend sur tout le personnel et sur toutes les parties du service de l'école.

Il a tous les droits, les prérogatives et les pouvoirs disciplinaires d'un chef de corps.

Il correspond directement avec le ministre.

Art. 17. — Le sous-directeur exerce, sous l'autorité du directeur, une surveillance journalière en ce qui concerne la marche des études, la police et la discipline.

En cas d'absence ou de maladie du directeur, le sous-directeur le remplace dans toutes ses fonctions.

Art. 18. — Les médecins-majors attachés aux directions des écoles sont nommés d'après les propositions faites à l'inspection; ils devront avoir au moins un an de grade; leurs attributions sont déterminées par le règlement intérieur.

Art. 19. — Les pouvoirs disciplinaires des officiers du corps de santé attachés aux écoles sont les mêmes que ceux qui sont attribués aux officiers dont ils ont la correspondance de grade.

Art. 20. — Les adjudants sous-officiers sont également nommés d'après les propositions spéciales faites à l'inspection; ils devront avoir au moins trois années de grade; ils ont sur les élèves et sur les hommes de troupe de l'école les droits disciplinaires de leur grade.

Section II. — Personnel d'instruction.

Art. 21. — Le personnel d'instruction comprend : un répétiteur de chimie, de physique et de matière médicale; un répétiteur d'anatomie et de pathologie externe; un répétiteur de physiologie et de pathologie interne; un répétiteur de médecine opératoire et d'accouchements; un répétiteur d'hygiène, de thérapeutique et de médecine légale; l'école de Nancy comprend de plus un répétiteur pour les études pharmaceutiques.

Les répétiteurs sont nommés pour quatre ans par le ministre de la guerre à la suite d'un concours dont le mode est déterminé par une décision ministérielle. Ne peuvent y prendre part que les aides-majors de première classe et les majors de deuxième classe.

La nomination de répétiteur exempte le titulaire des formalités de l'examen exigé pour le passage au choix au grade supérieur.

Sans préjudice de leurs fonctions dans les écoles, les sous-directeurs et les répétiteurs remplissent des emplois de leur grade dans les hôpitaux militaires des villes où siègent les écoles.

Section III. — Personnel administratif.

Art. 22. — Le personnel administratif comprend un officier d'administration de première ou de deuxième classe du service des hôpitaux, trésorier, plus des employés d'administration et des agents subalternes dont le nombre ainsi que celui des sergents, caporaux et soldats infirmiers est déterminé par le ministre de la guerre, sur l'avis du conseil d'administration.

Le ministre nomme, sur la présentation du directeur, les employés d'administration et les agents qu'il y a lieu d'admettre à subir les retenues et à jouir des bénéfices de la législation sur les pensions.

Le directeur nomme les agents subalternes.

Le traitement de ces agents est fixé par le ministre de la guerre, sur la proposition du conseil d'administration.

L'officier d'administration exerce sur le personnel des infirmiers de l'école la même autorité disciplinaire que dans les hôpitaux.

Section IV. — Dispositions communes aux divers personnels des écoles.

Art. 23. — Il est affecté des logements dans les écoles au personnel de la direction et au personnel administratif.

Les directeurs reçoivent une allocation spéciale fixée par décret. Les officiers du corps de santé militaire, les officiers d'administration, les sous-officiers, caporaux et soldats attachés aux écoles préparatoires du service de santé reçoivent la solde de leur grade augmentée du supplément attribué aux officiers des diverses armes et aux militaires employés dans les écoles militaires.

Les employés non militaires sont rétribués sur les fonds du budget des écoles préparatoires du service de santé.

Art. 24. — Les traitements des employés non militaires nommés par le ministre sont passibles des diverses retenues prescrites par la loi; leurs pensions de retraite sont réglées conformément aux lois.

Art. 25. — Les employés d'administration et les agents subal

ternes des écoles ne peuvent être révoqués que par l'autorité qui les a nommés.

CHAPITRE III. — *Instruction.*

ART. 26. — Les candidats admis par ordre de mérite et d'après la liste dressée par le jury mentionné à l'article 5 sont nommés, par le ministre de la guerre, élèves du service de santé militaire. Sur le vu de leurs lettres de nomination transmises aux doyens des facultés ou au directeur de l'école supérieure de pharmacie par les directeurs des écoles du service de santé, ils sont inscrits aux secrétariats des facultés de médecine ou de l'école supérieure de pharmacie.

Ils y suivent les cours, cliniques, conférences et exercices pratiques afférents à leur année d'études et dans les mêmes conditions que les étudiants civils.

ART. 27. — Les directeurs se concertent au besoin avec les recteurs, avec les doyens des facultés et le directeur de l'école supérieure de pharmacie, au sujet des heures des cours, des conférences et des exercices pratiques, pour les coordonner avec les études intérieures des élèves.

ART. 28. — Les élèves subissent leurs examens probatoires dans l'ordre, dans les délais et selon le mode prescrits par les règlements universitaires.

ART. 29. — Dans l'intérieur de l'école, les élèves suivent des conférences et sont soumis à des interrogations hebdomadaires dirigées par les répétiteurs et portant sur toutes les matières enseignées.

Les résultats de ces interrogations donnent lieu à des classements semestriels qui, combinés à la fin de l'année avec les résultats des examens subis à la faculté ou à l'école supérieure de pharmacie, déterminent le rang de passage des élèves d'une année à l'autre.

Les élèves reçoivent encore dans l'intérieur des écoles quelques notions d'administration, d'instruction militaire et d'escrime, et pendant la dernière année de leur scolarité ils suivent un cours d'équitation dans un des manèges militaires ou civils de la garnison.

L'instruction militaire et l'équitation font l'objet de notes dont il est tenu compte pour les classements.

ART. 30. — La liste définitive des classements par ordre de mérite pour le passage d'une année à l'autre, est établie dès la reprise des études; elle est dressée par un jury composé comme suit : le directeur, président, le sous-directeur, les répétiteurs des cours et conférences afférents à chaque année d'études.

Les notes obtenues par les élèves à la suite des examens subis à la faculté ou à l'école de pharmacie sont communiquées à ce jury.

CHAPITRE IV. — *Régime. — Police. — Discipline.*

ART. 31. — Les écoles sont soumises au régime militaire.

Tous les élèves sont casernés pendant les trois premières années; et à partir de la quatorzième inscription jusqu'à leur réception au doctorat, ils restent soumis à un système de casernement moins complet.

Ils portent un uniforme spécial dont la composition sera réglée par une décision ministérielle.

ART. 32. — Deux fois par an, un conseil composé des fonctionnaires suivants : le directeur de l'école, président, le sous-directeur, le médecin-major attaché à la direction, deux répétiteurs, établit pour chaque élève un bulletin résumant les notes relatives au travail et aux progrès de l'élève, les notes relatives à la conduite et à la tenue, les punitions encourues.

Un relevé de ces notes est adressé au ministre et aux parents.

ART. 33. — Les punitions à infliger aux élèves sont : la consigne à l'école, la salle de police, la prison, le blâme ministériel, le licenciement.

ART. 34. — Un conseil de discipline est spécialement institué pour prononcer sur le compte des élèves qui, par des fautes graves ou par inconduite habituelle, se mettraient dans le cas d'être exclus de l'école.

Le conseil de discipline est composé de cinq membres, savoir : le sous-directeur, président; un médecin-major de première classe d'un des régiments de la garnison; deux répétiteurs choisis de préférence parmi ceux qui ont le grade de major de deuxième classe, renouvelés tous les ans; un médecin-major de deuxième classe et un aide-major de la garnison, renouvelés tous les ans.

Les fonctions de rapporteur du conseil sont remplies par le médecin-major attaché à la direction de l'école. Cet officier n'a pas voix délibérative.

Le médecin-major de première classe et l'aide-major de la garnison sont nommés par le général commandant le corps d'armée, sur la proposition du directeur du service de santé du corps d'armée.

Les répétiteurs membres du conseil sont nommés par le directeur de l'école.

Les membres amovibles sont nommés tous les ans à la reprise des études.

ART. 35. — Le conseil s'assemble sur la convocation directe du directeur de l'école.

Le conseil ne peut délibérer que lorsque tous les membres sont présents.

Nul membre ne peut se dispenser d'assister au conseil sans un empêchement légitime, dont il doit, dans le plus bref délai, donner avis au directeur de l'école.

Les membres absents sont remplacés par des fonctionnaires du même ordre, désignés d'avance en qualité de suppléants.

Les membres titulaires siègent en tenue de service.

ART. 36. — Lorsqu'un élève est traduit devant le conseil de discipline, le conseil, après s'être réuni et constitué, entend la lecture du rapport établi sur les faits qui motivent sa comparution devant le conseil, et prend connaissance de sa feuille de punition, ainsi que de ses notes depuis son entrée à l'école.

Le conseil peut d'ailleurs demander tous les renseignements écrits ou verbaux qu'il jugerait utile dans l'intérêt de la discipline ou de l'élève inculpé.

L'élève est admis à présenter sa justification.

ART. 37. — Lorsque le conseil juge qu'il est suffisamment éclairé, le rapporteur, les divers témoins et l'élève inculpé se retirent, le conseil délibère et procède ensuite au vote par le mode de scrutin secret.

ART. 38. — L'exclusion de l'élève ne peut être prononcée par le conseil qu'à la majorité des deux tiers des voix. Le ministre de la guerre statue.

L'élève exclu de l'école ne peut y être admis de nouveau.

ART. 39. — En cas de troubles, de refus d'obéissance collectif ou de tout autre acte compromettant l'ordre de l'école et présentant un caractère d'insubordination générale, le ministre de la guerre, sur le rapport du directeur de l'école, arrête les mesures nécessaires pour ramener l'ordre et la tranquillité et peut prononcer l'exclusion des élèves signalés.

CHAPITRE V. — *Administration et comptabilité.*

ART. 40. — L'administration de l'école est confiée à un conseil d'administration dont la composition est réglée conformément aux dispositions du décret du 30 mai 1875.

ART. 41. — Cette composition est la suivante :

Le directeur de l'école, président; le sous-directeur, un répétiteur du grade de médecin-major, le médecin-major de deuxième classe attaché à la direction, l'officier d'administration comptable, membres.

Le fonctionnement de ce conseil est déterminé par les prescriptions du règlement du 15 décembre 1875 sur l'administration et la comptabilité des écoles militaires.

ART. 42. — La surveillance administrative de l'école s'exerce d'après les mêmes règles que celles déterminées pour l'administration des autres écoles militaires.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. 43. — Le ministre de la guerre détermine, par des règlements particuliers ayant pour bases les dispositions du présent décret, tout ce qui est relatif au service intérieur, à la discipline, à l'administration et à la comptabilité.

Art. 44. — Les écoles préparatoires du service de santé sont inspectées annuellement :

1° Au point de vue du service général, par le médecin inspecteur général ; 2° au point de vue de l'instruction militaire, par un général de division ; 3° au point de vue administratif, par un intendant général.

TITRE II

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Art. 45. — Les élèves des écoles préparatoires du service de santé, reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, passent, avec le grade d'aide-major de deuxième classe, à l'école d'application militaire de Paris, près l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, sous la condition expresse de satisfaire aux épreuves d'un examen d'aptitude qui détermine leur classement d'admission à cette école.

Ils y font un stage d'un an.

Art. 46. — Les aides-majors stagiaires reçoivent la solde de leur grade augmentée de l'indemnité pour résidence dans Paris ; il leur est alloué une première mise d'équipement fixée à 500 francs.

Au moment de leur entrée à l'école, les aides-majors stagiaires s'engagent par écrit à verser au Trésor tous les frais de scolarité, de pension et de trousseau avancés par l'administration de la guerre dans le cas où ils quitteraient l'armée par démission avant d'y avoir servi pendant une période de cinq années comptant du jour de leur sortie de l'école.

Art. 47. — L'enseignement qu'ils reçoivent à l'école d'application est essentiellement pratique. Il a surtout pour but de leur donner l'instruction complémentaire en rapport avec les fonctions qu'ils auront à exercer dans l'armée, et de leur faire connaître les lois, décrets et règlements constitutifs de l'armée et du service de santé militaire.

Art. 48. — La chaire d'hygiène et de médecine légale comprend en outre l'enseignement de l'administration et de la législation de l'armée dans ses rapports avec le service de santé.

Art. 49. — Les professeurs agrégés sont employés par le directeur suivant les besoins de l'enseignement et d'après l'avis du conseil de perfectionnement de l'école.

Art. 50. — Nul ne peut être nommé professeur s'il ne possède au moins le grade de médecin ou de pharmacien-major de première classe et s'il n'a été professeur agrégé.

En cas de vacance d'une chaire, le conseil de perfectionnement de l'école établit une liste de présentation de trois candidats. Le directeur transmet cette liste avec ses observations au ministre de la guerre, qui prend l'avis du comité consultatif de santé et prononce en dernier ressort.

La durée du professorat ne peut être de plus de dix ans.

Art. 51. — Nul ne peut être nommé professeur agrégé s'il ne possède au moins le grade de médecin ou de pharmacien-major de deuxième classe et s'il n'a satisfait aux épreuves d'un concours dont le programme est arrêté par le ministre de la guerre, sur la proposition du conseil de perfectionnement de l'école et l'avis du comité consultatif de santé.

La durée de l'exercice des professeurs agrégés est de cinq ans.

Art. 52. — Les diverses branches de l'enseignement font l'objet de programmes ; les programmes, après avoir reçu l'approbation du ministre sont autographiés et distribués aux professeurs qui doivent s'y conformer et aux stagiaires.

Les interrogations et les épreuves pratiques qui s'y rattachent ont lieu de deux en deux mois et sont faites par les professeurs. Elles donnent lieu pour les stagiaires à des classements qui sont transmis au ministre.

Art. 53. — Il est institué un conseil de perfectionnement composé des professeurs de l'école. Ce conseil est appelé, sur la convocation du directeur, à connaître de toutes les questions afférentes aux études.

Les professeurs agrégés peuvent y assister, mais avec voix consultative, lorsque le directeur juge à propos de les convoquer.

Art. 54. — Au terme de leur scolarité à l'école d'application, les aides-majors stagiaires subissent un examen de sortie dont le programme est arrêté par le ministre de la guerre. Les résultats de cet examen combinés avec les notes obtenues dans les examens de deux en deux mois, déterminent pour chaque aide-major stagiaire son rang définitif dans le cadre des aides-majors de deuxième classe.

Art. 55. — Chaque année l'école d'application est inspectée au point de vue spécial par le médecin inspecteur général, d'après les mêmes règles que les autres écoles.

Art. 56. — Toutes les dispositions antérieures contraires à la teneur du présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 57. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Bulletin des lois.*

Fait à Paris, le 1er octobre 1883.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le Ministre de la guerre,

Thibaudin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours de l'internat est ainsi composé : MM. Siredey, Gallard, Descroizilles, Trélat, J. Championnière, Schwarz, Maygrier.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 22 octobre, à l'amphithéâtre de l'Administration générale de l'Assistance publique, rue du Fer-à-Moulin, n° 17. Les cours auront lieu, tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie topographique.* — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis ;

2° *Physiologie.* — M. le docteur Le Bec, premier prosecteur, les mercredis et samedis ;

3° *Anatomie descriptive.* — M. X..., deuxième prosecteur, les mardis et jeudis ;

4° *Histologie.* — M. le docteur A. Siredey, chef du laboratoire, les mardis et vendredis à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours de une heure à quatre heures.

— Par décret, en date du 1er octobre, M. Ferra, médecin-major de première classe en non-activité, a été nommé au même grade en remplacement de M. Jean, retraité. — Est affecté au 114e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 1er octobre, ont été nommés stagiaires à l'École du Val-de-Grâce :

MM. les docteurs Buot, Maubrac, Thellier, Dewewre, Forque, Millot, Martin, Dommartin, Gruson, Nicolas, Petitbien, Roquancourt, Baylac, Baptiste, Chêne, Croux, Girardeau, Pilon, Séguin, Astier, Lanel, Mouret, Sieur, Courboulès, Humbert, Lajoue, Privat, Arragon, Bruncher, Vincent, Bazin, Bernard, Dupard, Pellier, Trilhe, Magnin, Soula ;

M. Daviron, pharmacien de première classe.

— Par décision ministérielle, en date du 1er octobre, ont été nommés élèves du service de santé militaire les candidats dont les noms suivent :

Médecine. — *Élèves à huit inscriptions :* MM. Arrou, Campos, Geghré, Clouard, Delporte, Viéla, Étienne, Foy, Renaud, Mougeot, Cardot, Launois, Licht, Rivière, Routier, Fuzerot, Maison, Pitiot,

Renard, Collet, Jobert, Leclerc, Marcus, Vialette, Chevassu-Périgny, Poujol, Robelin, Bérard, de Burine, Griffe, Jantet, Pierron, Bidot, Cahen, Messerer, Venner, Castagné, Collin, Dicquemare, Zipfel, Goulon, Mauclaire, Simonin, Bodeau, Bodon, Bouchet, Letellier, Martin, Ruotte, Millier, Sébillon, Ferrand, Peyret, Beno, Chabrol, Riche, Winzinger, Baillé, Barbière, Bergasse, Courtois, Cuvier, David, Frache, Lévy, Barrière, Jouet, Papon, Benoit, Creton, Sudre, Le Montéty.

Élèves à douze inscriptions : MM. Mitry, Courcenet, Langle, Boyé, Gilbert, Méchin, Espinat, Cot, Berquet, Manoha.

Élèves à seize inscriptions : MM. Morin, Wojtasiewicz, Féau, Jacquin, Dor.

PHARMACIE. — *Élèves sans inscription* : MM. Maronneau, Beaudoin, Papillaud, Gobillot, Leclerc, Courtot, Charpin, Chauveau.

Élèves à huit inscriptions : MM. Starck, Chirouse.

Élèves à douze inscriptions : MM. Lahache, Quéva.

— Le nom de Baudens, ancien chirurgien en chef des ambulances de l'armée d'Afrique, vient d'être donné, par décret présidentiel, à l'un des centres de population du département d'Oran.

— *Asiles publics d'aliénés de la Seine.* — Un concours pour la nomination à six emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne à Paris; Ville-Évrard et Vaucluse, dans Seine-et-Oise) sera ouvert le lundi 3 décembre 1883, à midi précis.

Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions.

Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel), du 1er au 17 novembre 1883 inclusivement.

Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° un acte de naissance; 2° un extrait du casier judiciaire; 3° un certificat de vaccine; 4° un certificat de bonne vie et mœurs; 5° un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en médecine.

Le concours porte sur l'anatomie et la physiologie.

La durée des fonctions d'interne est de trois ans. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen.

Les avantages attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture et un traitement fixe et annuel de 800 francs à l'asile Sainte-Anne et 1,100 francs aux asiles Ville-d'Avray et de Vaucluse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des synovites fongueuses articulaires et tendineuses, par le docteur CHANDELUX. In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Développement du cœur et du péricarde, par le docteur QUÉNU. In-8° avec 44 figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'utilité de la vivisection, par le docteur LENEVEU. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De la valeur diagnostique de la présence des bacilles de Koch dans les crachats, par le docteur SAUVAGE. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Bains de mer, action physiologique des indications et contre-indications des bains de mer, par le docteur CALVET. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Quelques réflexions sur la maladie de M. le comte de Chambord, par le docteur SEURE (de Saint-Germain-en-Laye). In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15131.

34

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

73

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

331

Liqueur des Dames

A BASE D'ANÉMONINE

Retirée de l'Anémone Puls, vulgairement appelée « FLEUR DES DAMES ».

(*Off. de Dorvault*, xe édit., p. 252.)

Très efficace dans les cas d'AMÉNORRHÉE et de DYSMÉNORRHÉE.

FACILITE L'ACCOUCHEMENT.

MM. les docteurs qui voudraient bien faire l'essai de cette Préparation et constater ses excellents résultats, sont priés d'écrire au préparateur, M. ENJOLRAS, pharmacien, 16, cours de Brosses, à Lyon, *qui se fera un plaisir de leur en envoyer gratis un ou deux flacons à titre d'expérimentation.*

94

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5 ; lactine, 1/5 ; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

79

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement *5 gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 164 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

47

Topique Bertrand aîné

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles*, etc. Prix : de 0f 50 à 3 f. Envoi franco contre timbres. — Pharmacie BERTRAND aîné, 21, place Bellecour, à Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AINÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

33

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

7

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

10

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phtisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, *rue Bonaparte.*

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

120

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique, pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très utile « pour empêcher le retour des fièvres intermit-« tentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. » Paris, Pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

57

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

51

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

109

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. Prix : 3 francs.

96

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

4

Cachets digestifs H. Mourrut

PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT *Annuaire*, 1880, p. 138 ; Académie de médecine 12 août 1879.)

Phie CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39 ; 10, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

6

Iode libre. CAPSULES BOUÉ.

La dissolution oléique de ce métalloïde est la seule de ses préparations qui soit supportée par les voies digestives.

M. BOUÉ en fait des capsules qui contiennent chacune 1 centigr. d'iode libre (correspond à 5 gouttes de teinture), 4 à 8 par jour, aux repas, 3 fr. le flacon. Paris, 34, rue Grenier-St-Lazare.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

5

L'Acide Phénique du dr Déclat

Sirop et capsules d'**acide phénique** ; sirop et capsules au **phénate d'ammoniaque** ; *id.* au **sulfo-phénique** ; *id.* **iodo-phénique** ; huile de **morue phéniquée** ; **glyco-phénique** à 10 0/0 pour usage externe, pansement, brûlures, herpès, eczéma, maladies utérines, hémorrhoïdes, etc. *Chassaing et Cie, 6, av. Victoria, Paris.*

36

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

Rigollot

48

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

55

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

78

Ergotinine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

L'auteur prépare avec cet *alcaloïde* une solution dosée à 1 milligr. le cent. cube (dose de 3 à 10 gouttes) et un sirop à 1 milligr. la grande cuillerée (dose de 1 à 8 cuillerées à café par jour).

S'emploie dans les mêmes cas que l'ergot.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital Necker. I. Tumeur parotidienne. — II. Kyste de l'ovaire. — Association française pour l'avancement des sciences (xiie session). Congrès de Rouen. — Ministère de la Guerre. Programme d'un concours pour onze emplois de répétiteur aux écoles préparatoires du service de santé militaire. — Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élèves du service de santé militaire. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Tumeur parotidienne. — II. Kyste de l'ovaire.

Le malade que nous allons opérer est un homme de soixante-quatre ans, un campagnard normand, sans aucun antécédent morbide personnel ou héréditaire. Il est entré dans nos salles pour une tumeur de la région parotidienne gauche.

Cette tumeur a débuté il y a quinze mois par une sorte de petite nodosité située au-dessous du lobule de l'oreille. Pendant les six premiers mois son développement s'est fait très lentement, puis elle a pris une marche relativement assez rapide, et aujourd'hui elle s'étend transversalement de l'os hyoïde au lobule de l'oreille qu'elle déborde en arrière, enfin elle recouvre la branche de l'os maxillaire inférieur dans presque toute la région massétérine. Son volume est celui d'une orange incomplète. Sa consistance est ferme mais non homogène, sans présenter de duretés osseuses ou cartilagineuses, sans présenter non plus la moindre fluctuation. Elle n'est pas adhérente à la peau, qui est seulement tendue sur elle, mais elle adhère partiellement aux parties profondes, tout en conservant cependant une mobilité relative; en un mot, elle n'est pas implantée fortement comme lorsqu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse de la parotide. Enfin elle n'envoie aucun prolongement du côté du pharynx et n'a jamais été douloureuse. Depuis quelques jours seulement le malade éprouve quelques élancements à son niveau, mais cela tient aux examens multipliés dont elle a été l'objet depuis l'arrivée de cet homme à l'hôpital; ces explorations ont entraîné aussi une augmentation notable de volume.

Ceci dit, passons au diagnostic. Tout d'abord ce n'est pas un enchondrome, l'âge de notre malade, la date du début (quinze mois), l'absence de sensation de noyaux cartilagineux à la palpation repoussant ce diagnostic. La tumeur ne contiendrait-elle donc pas de tissu cartilagineux? Je ne dis pas cela, car les tumeurs de la parotide sont très souvent des tumeurs mixtes qui renferment de petits points cartilagineux, mais ce n'est pas là ce que l'on appelle, à proprement parler, des enchondromes, c'est-à-dire des tumeurs dans lesquelles l'élément cartilagineux prédomine.

Serait-ce quelque carcinome? Cela ne me paraît nullement probable. D'abord son évolution n'a pas eu la rapidité excessive des carcinomes, loin de là, sa marche a été très lente; et si elle a pris une allure un peu plus prononcée, ce n'est guère que depuis quelques mois et surtout depuis six jours, comme je l'ai déjà dit. De plus, elle n'a pas contracté des adhérences aussi prononcées que lorsqu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse; elle a conservé, au contraire, une certaine mobilité, ainsi que je vous l'ai fait remarquer en commençant. Elle ne présente non plus aucun point ramolli, elle n'a aucune tendance à s'ulcérer, en un mot la tumeur est assez homogène et la peau qui la recouvre est absolument intacte et mobile.

Des expériences histologiques répétées nous ont appris, depuis longtemps, que les tumeurs de la parotide sont fréquemment des tumeurs mixtes. C'est bien ce que nous devons trouver également chez notre malade, nous devons avoir affaire à la fois à un état hypertrophique et à une formation épithéliale, et sa tumeur devra présenter, à notre examen, des parties myxomateuses. Voilà tout ce qu'il m'est permis de dire, sans pouvoir aller plus loin ni préciser davantage le diagnostic. Cela suffit cependant pour nous autoriser à procéder à son ablation, parce qu'une semblable tumeur est généralement limitée, circonscrite, enkystée. Mais il ne faut pas se dissimuler que l'opération en est toujours très délicate, difficile, voire même parfois dangereuse, en raison de sa situation dans les parties profondes de la glande parotide, en raison de ses rapports avec les vaisseaux et les nerfs de la région qu'elle occupe. En effet, nous trouvons dans l'épaisseur de cette glande l'artère carotide externe et le nerf facial. Or, quand la parotide est envahie par la tumeur, il est à peu près impossible d'éviter le nerf facial, tandis que si la tumeur s'est développée en dehors de la glande, non seulement il est possible de le conserver, mais encore c'est le devoir du chirurgien qui devra le respecter avec soin par une dissection attentive de la tumeur. Malheureusement tel n'est pas ici le cas, et je crains vivement d'être forcé de faire le sacrifice du nerf facial.

II. Il me reste maintenant à vous dire quelques mots de l'ovariotomie que nous avons pratiquée hier. Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans qui nous a été envoyée du service de M. Potain à la suite d'une ponction exploratrice sans résultat. A son arrivée dans nos salles, nous avons fait à notre tour une ponction de l'abdomen, et bien que nous

nous soyons servi d'un trocart plus gros, il n'est rien sorti; un stylet, introduit par la canule, a ramené seulement un peu de matière gélatineuse. Le ventre était extrêmement volumineux, tendu; sa circonférence mesurait 1m,24. L'opération ayant été décidée, nous avons fait une incision sur la ligne blanche au-dessous de l'ombilic, les parois du kyste et de l'abdomen étaient si bien confondues ensemble que de cette incision il s'est aussitôt échappé de la matière gélatineuse. L'ouverture ayant été agrandie, un fleuve énorme de cette même matière poisseuse, colloïde, tantôt ambrée, jaunâtre, tantôt verdâtre, s'est écoulé. L'examen de la cavité kystique a montré qu'elle était divisée par des cloisons incomplètes, que ses parois adhéraient au feuillet péritonéal de la paroi abdominale antérieure, et que le kyste s'était ouvert spontanément en plusieurs points, de telle sorte que la cavité péritonéale était remplie de cette matière myxogélatineuse dont la quantité enlevée n'a pas été moindre de 15,540 grammes; les intestins étaient fortement déprimés par la tumeur. Après avoir détaché le plus d'adhérences possible et enlevé toute la partie du kyste adhérent à la paroi abdominale antérieure, je ne me suis arrêté dans cette décortication que là où il semblait disparaître totalement dans la profondeur. La portion enlevée ne pesait pas moins de 2,140 grammes. J'ai touché avec le thermo-cautère quelques points qui donnaient un peu de sang, j'ai fait la toilette complète du petit bassin et j'ai posé 14 points de suture avec un fil fort.

Aujourd'hui la malade ne va pas mal, néanmoins le pronostic reste toujours très fâcheux. Ce sont là, du reste, des tumeurs que, je n'hésite pas à le dire, l'on ne devrait pas opérer si l'on était toujours assuré de pouvoir émettre sur elles un diagnostic exact, les kystes myxomateux ayant un développement rapide avec tendance à se rompre dans la cavité péritonéale. Mais le diagnostic en est très difficile, l'on n'a généralement que des présomptions et non des certitudes.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIe SESSION, 1883).

Congrès de Rouen (1).

III

Présence des bactériens et du cercomonas intestinalis dans la sérosité péritonéale de la hernie étranglée et de l'étranglement interne. — M. le docteur Nepveu « rappelle que déjà en 1875 il a présenté à la Société de biologie (voir tome XXVII, pages 88 et suivantes) un travail démontrant la présence de bactériens dans la sérosité péritonéale de la hernie étranglée. Cette observation, il l'a faite à nouveau un grand nombre de fois depuis cette époque. Plus récemment il a démontré l'existence des bactériens dans la sérosité péritonéale de quelques cas d'étranglement interne. D'une part la structure prolongée de l'intestin amène une énorme distension de l'intestin par des gaz et des liquides; d'autre part, les ulcérations qui se produisent au niveau de l'étranglement, enfin la stase qui survient dans l'anse étranglée, favorisent la pénétration de ces microbes. Actuellement le fait qu'il présente au Congrès présente un grand intérêt.

Un homme de quarante-trois ans, atteint depuis le commencement de 1881 d'un cancer rectal, est inopérable; le 30 juin 1882, M. Verneuil lui fait une rectotomie postérieure palliative. Malheureusement cette tentative devient bientôt inutile; le mal, progressant toujours, amène une nouvelle occlusion de l'intestin, un nouvel arrêt des matières. M. Verneuil lui fait alors l'opération de l'anus contre nature par la méthode de Littré. Au moment où le chirurgien pénètre dans le péritoine, avant que l'intestin ne soit ouvert, M. Nepveu enlève, avec un tube de Pasteur, quelques gouttes du liquide péritonéal assez abondant, scelle à la lampe immédiatement, et va l'examiner tout aussitôt dans son laboratoire.

Non seulement il y observe des bactériens de divers ordres, micrococcus, microbactéries simples ou associées, mais encore il y observe le cercomonas intestinalis : corps piriforme, présentant un filament caudal épais, un filament flagelliforme antérieur très long et mince, toujours agité, sans nucléus appréciable et offrant une locomotion rapide, parfois oscillant comme un pendule autour du filament.

Il résulte de ces recherches tout d'abord :

1° Que les bactériens ont bien une origine intestinale;

2° Que les fluides péritonéaux, au bout de quelque temps d'étranglement, présentent une septicité très grande, ce qui explique les péritonites du sac herniaire, les péritonites généralisées ou partielles de la hernie étranglée et de l'étranglement interne;

3° L'opération doit toujours être faite le plus tôt possible pour éviter cette contamination du péritoine;

4° Les bons effets du lavage du péritoine herniaire et de toutes les précautions antiseptiques appliquées au péritoine s'expliquent parfaitement bien. Ce n'est pas seulement en enlevant le sang que l'opération amène à la surface des viscères, ce n'est pas en combattant les influences funestes d'une atmosphère viciée, comme le croyait Lister, qu'on agit efficacement, c'est aussi en neutralisant les effets de ces liquides septiques transsudés par l'intestin.

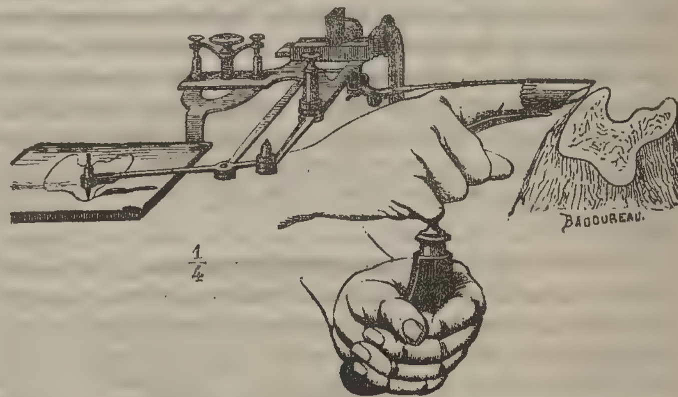
Pour M. Nepveu, c'est cette transsudation intestinale qui est le facteur le plus important des désastres de la chirurgie abdominale. »

Pantographie chirurgicale. — MM. Mallez et Napoli présentent un nouvel instrument dont voici le but et la description :

Prendre exactement le volume et la figure d'un corps que le doigt seul peut atteindre et parcourir, dans la profondeur d'une cavité; substituer un dessin précis à des termes de comparaison variables suivant chacun, et toujours inexacts; donner à l'observation une plus grande exactitude et à la langue médicale une vigueur dont elle manque parfois.

Tel est le but auquel tendra l'emploi de l'instrument inventé par MM. Mallez et Napoli et présenté par M. Mallez.

Il se compose, comme le représente la figure ci-dessous, d'un



doigtier métallique appliqué à l'index droit, et laissant libre sa portion palmaire; le doigtier est relié par un ressort droit et mince à un parallélogramme de Watt qui porte, à un de ses angles, une seconde tige de longueur égale à l'indicateur et qui se termine par un crayon. Ce crayon court sur une planchette placée à la face dorsale de la main, laquelle est munie d'un carton sur lequel s'inscrivent les mouvements du doigt explorateur. Ce n'est pas et je ne crois pas, dit M. Mallez, que cet instrument soit

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 octobre 1883.

de longtemps d'un usage journalier, mais il servira grandement à l'observation scientifique, et il permettra de sortir du vague des expressions comparatives, et de les remplacer par des graphiques exacts.

Des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté. — M. le docteur Magnan, médecin de l'asile public des aliénés de Sainte-Anne, lit sur cette question un mémoire qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Les hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté sont indépendantes d'une altération locale des organes périphériques ;

2° Elles ne diffèrent des autres hallucinations ni par leur mode d'apparition, ni par leur évolution, ni par leurs caractères généraux ;

3° Elles sont une nouvelle preuve du dédoublement et de l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux et elles désignent, comme siège organique, les centres sensoriels de l'écorce ;

4° Les expériences dans les différents états d'hypnotisme de l'hystérie corroborent de tous points les résultats de la clinique.

Fracture de la malléole externe chez un hépatique; érysipèle; mort. — M. le docteur Picqué, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, donne lecture d'une observation de fracture de la malléole externe du pied droit, chez un homme de cinquante-deux ans, compliquée de quelques excoriations de la joue, puis, quelques jours plus tard, d'un érysipèle de la face. A son entrée à l'hôpital de la Charité, la fracture datait de huit jours environ, l'état général était tellement grave que quarante-huit heures plus tard le malade succombait. L'autopsie a démontré, en outre des signes d'une fracture oblique en haut et en dehors, de la déchirure du ligament tibio-péronéal inférieur, d'une synovite suppurée et d'une collection purulente dans l'articulation tibio-tarsienne, l'existence d'un foie petit, granuleux et pesant 1,800 grammes.

Cette observation, dit l'auteur, est intéressante à plusieurs titres : 1° L'érysipèle qui, parmi les affections septicémiques, est la première susceptible d'engendrer la stéatose hépatique, peut lui-même s'aggraver sous l'influence de lésions viscérales. 2° L'érysipèle présente une fréquence plus grande chez les hépatiques. 3° Cette observation offre un nouveau cas de ce genre, le malade de M. Picqué ayant contracté son érysipèle en dehors de tout foyer, au moins apparent, de contagion, et ayant été atteint d'une cirrhose prononcée qu'on ne pouvait confondre avec une stéatose secondaire d'origine septicémique. 4° Cet homme avait une fracture simple sans plaie extérieure et néanmoins, huit jours après, il survenait une arthrite et une synovite suppurées. Il est très probable qu'il n'y a eu là qu'une auto-inoculation d'après le mécanisme invoqué par M. le professeur Verneuil, et que l'érysipèle, maladie infectieuse, a fait suppurer à distance le foyer de la fracture ; mais on ne peut s'empêcher de songer qu'on avait affaire à un hépatique dont la lésion viscérale a peut-être été pour quelque chose dans cette suppuration. Est-ce une simple coïncidence ? ajoute l'auteur en terminant ; il serait intéressant d'en rechercher ultérieurement la fréquence.

Mode de formation des kystes dermoïdes. — Après avoir rapporté une observation de kyste dermoïde huileux de la queue du sourcil, M. Nicaise étudie, non pas l'origine branchiale de ces kystes, origine parfaitement démontrée par les travaux de Broca, de M. Verneuil, etc., mais bien le mode de formation de leurs parois qui est encore actuellement assez mal connu.

Il conclut en disant que, dans un certain nombre de ces kystes dermoïdes, il y a, non pas inclusion d'un sac de peau, mais bien inclusion d'un simple lambeau cutané dont la sécrétion refoule les tissus qui constituent la membrane d'enveloppe fibreuse tandis que le lambeau cutané forme une partie des parois.

Influence de la névralgie costale sur la cardialgie. — Dans ce travail de M. le docteur Bouchut, il s'agit de trois jeunes femmes atteintes de névralgies intercostales qui, tout à coup, furent prises de suffocation accompagnée de précipitation arythmique dans les battements du cœur, sans cependant que l'organe cessât de battre. Absence d'hystérie dans l'espèce ; nulle athéromasie ; cœur absolument indemne de toute affection organique. La névralgie intercostale intermittente provoquait irrégulièrement les crises cardiaques en question et, de temps à autre, il semblait que celles-ci alternaient avec celles-là. Il est manifeste qu'on avait affaire à une névralgie intercostale primitive et non point à des troubles douloureux d'origine cardiaque, car on trouvait les deux points névralgiques en rapport avec le trajet du nerf, l'un situé en avant, l'autre en arrière.

M. Bouchut se rallie à l'idée d'une transmission réflexe du nerf malade à la moelle, de celle-ci au bulbe, du bulbe au nerf vague. Le traitement adopté par lui consista en des injections hypodermiques, *loco dolenti*, de morphine à la dose d'un quart de centigramme. Cette dose suffit pour faire disparaître l'ensemble des accidents signalés et s'opposer à la morphiomanie. Dans aucun des cas observés, la cardialgie ainsi provoquée ne remonta dans le bras, comme cela a lieu pour l'angine de poitrine vraie. L'action des corsets ne serait pas étrangère à la genèse des crises.

Bruits du cœur. — M. le docteur Sandberg (de Christiania) envoie sur cette question un mémoire dont les conclusions sont : 1° que les bruits anomaux de l'organe cardiaque ne sont pas seulement le résultat de lésions des valvules auriculo-ventriculaires ou des valvules sigmoïdes, mais encore des orifices ; 2° que, de plus, certains bruits dépendent encore de la rapidité du cours du sang et de la quantité de ce liquide.

Atrésie du maxillaire supérieur produite par les végétations adénoïdes du pharynx. — La communication de M. le docteur Th. David (de Paris) peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° Les végétations adénoïdes qui se développent fréquemment dans la cavité naso-pharyngienne de l'enfant, se révèlent à l'extérieur par un aspect particulier de la face.

2° Cette modification de la physionomie est caractérisée par l'ouverture permanente de la cavité buccale, l'allongement de la face, l'affaissement des joues, par suite, la saillie des pommettes, la projection en avant de la région incisive supérieure, etc.

3° Anatomiquement, cette modification consiste essentiellement dans une déformation du maxillaire supérieur. Cet os est aplati transversalement dans sa partie buccale. La parabole alvéolo-dentaire ne conserve plus sa forme ni ses dimensions. Les parties latérales sont rentrées au point de diminuer quelquefois de moitié son diamètre transversal (atrésie). Par contre, la profondeur de la voûte palatine est exagérée. Ainsi constituée, étroite et profonde, la voûte ne peut plus recevoir dans certains cas même la pulpe du petit doigt.

4° Les dents, au contraire, conservant tout leur volume, ne trouvent plus une place suffisante. Elles ne peuvent que se ranger irrégulièrement en dedans ou en dehors de l'arcade. Mais le plus souvent elles se projettent en masse en avant, déterminant ainsi une saillie considérable de toute la rangée antérieure. Les incisives et les canines, ne se trouvant plus en rapport avec leurs congénères inférieures, s'allongent, sortent de la bouche et arrivent à couvrir la lèvre inférieure.

5° Cette conformation particulière de la voûte palatine et de l'arcade dentaire a reçu déjà diverses interprétations. On s'accorde généralement à lui donner une signification ethnologique : quelques auteurs y voient un signe de distinction, d'autres, au contraire, un signe d'infériorité de race.

6° M. Th. David pense qu'il y a une corrélation directe entre cette modification et la présence des végétations dans le pharynx. Ces dernières gênent, empêchent même la respiration nasale. La voûte palatine, encore en voie de développement (première et deuxième enfances) et de plus ramollie, comme on le constate généralement dans les cas de végétations adénoïdes de cette région, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, doit subir sur sa face buc-

cale une pression constante qui la déprime et lui donne cette forme particulière de gouttière rétrécie.

Albumines normales et albumines modifiées. — La communication de M. le docteur Maurel, médecin de la marine, a pour but de montrer la différence d'action des liqueurs cupro-potassiques sur les albumines et les indications importantes que l'on en peut tirer au point de vue des urines albumineuses. En effet, d'après la coloration violette ou verte que revêtent les liquides albumineux sous leur influence, on peut classer celles-ci en deux catégories :

La première, caractérisée par la coloration violette, comprend l'albumine de l'œuf, de la sérosité des vésicatoires, de l'ascite, de l'hydrocèle, du pus, des urines de la néphrite chronique, etc., en en un mot les urines albumineuses des maladies apyrétiques.

La seconde, dans laquelle la réaction donne lieu à une coloration verte, comprend les urines albumineuses des fébricitants (pneumonie, diphtérie, variole, fièvre typhoïde, etc.).

Dans la première catégorie, M. Maurel classe ce qu'il appelle les albumines normales; dans la seconde, les albumines modifiées.

De plus, ces dernières présentent encore, d'après les recherches de l'auteur, ce caractère, commun aux peptones, d'empêcher la réduction des sels de cuivre par la glucose.

Bifidité du gros orteil de variété anormale. — La bifidité du pouce ou du gros orteil, dit M. le docteur Cerné (de Rouen), dans une première communication, est une des diverses variétés de polydactylie beaucoup plus rare au pied qu'à la main. C'est ainsi que Broca, dans le travail qu'il présenta à la Société anatomique de Paris, en 1849, n'en cite que quatre cas dont un lui appartient en propre; Guersant en rapporte une observation, ainsi que Heynold dans les Archives de Virchow (année 1858); enfin M. le docteur Hélot (de Rouen) a eu l'occasion d'en constater également un cas il y a quelques années sur les deux pieds du même individu.

Dans l'observation personnelle à Broca les deux divisions étaient à peu près égales, bien séparées et la dissection lui démontra qu'il s'agissait non de deux gros orteils, mais d'un orteil dédoublé, dont les deux moitiés se partageaient exactement les muscles, les vaisseaux et les nerfs d'un orteil normal. Dans tous les autres cas, il y avait syndactylie des deux portions réunies par une membrane. Mais une règle qui paraissait pouvoir être érigée en loi, c'est que la bifurcation partait toujours de l'extrémité de l'organe, son degré le plus minime pouvant être une simple dépression assez superficielle avec tous les degrés de transition possible jusqu'à la bifurcation complète du doigt ou de l'orteil, qu'il y eût ou non syndactylie, les deux extrémités ne se réunissant pas intimement et portant chacune un ongle plus ou moins bien formé. Cependant, le cas observé par M. Cerné et dont il donne communication au Congrès, fait exception à cette règle.

Il s'agit, en effet, d'un enfant de trois ans, porteur d'un orteil bifide dont la partie la plus interne est de la grosseur d'un orteil normal, tandis que la partie externe est beaucoup plus petite, plus molle et comme charnue. Un sillon dorsal les sépare comme dans le cas où la syndactylie accompagne la polydactylie. Ce sillon, peu accusé à la racine de l'orteil, se creuse de plus en plus; la membrane interdigitale s'amincit peu à peu; mais, à un demi-centimètre environ en arrière de l'extrémité de l'orteil normal, la bifidité s'interrompt brusquement et une sorte de pont relie les deux portions. Ce sillon n'existe pas à la plante du pied et il n'y a pas la moindre trace d'ongle sur l'orteil surnuméraire.

M. Cerné a fait l'ablation de cet orteil surnuméraire et, l'ayant ensuite disséqué, a constaté l'existence d'un squelette mi-osseux, mi-cartilagineux, sans articulation apparente, formant deux phalanges et environné seulement de tissu cellulo-graisseux, sans le moindre vestige de muscle ou de tendon et sans aucun vaisseau un peu important.

L'auteur pense que la seule explication plausible de ce fait est que les éléments destinés à former le squelette de l'orteil se sont trouvés disposés, sur une partie de sa longueur seulement, en deux masses distinctes, et que cette division a entraîné à ce niveau une dépression des parties molles figurant une bifidité incomplète.

Sur une poudre de lin inaltérable. — M. Lailler, pharmacien en chef de l'asile départemental de Quatre-Mares-Saint-Yon, près Rouen, présente plusieurs échantillons d'une poudre de lin inaltérable, destinée à la confection des cataplasmes et communique un mémoire sur ce sujet. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1883, p. 523.)

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Programme d'un concours pour onze emplois de répétiteur aux écoles préparatoires du service de santé militaire.

Un concours sera ouvert au Val-de-Grâce, le 17 décembre 1883, pour onze emplois de répétiteur aux écoles du service de santé militaire.

Deux emplois se rapportent à l'enseignement de la chimie, de la physique et de la matière médicale ; — deux emplois à l'anatomie et à la pathologie externe ; — deux emplois à la physiologie et à la pathologie interne ; — deux emplois à la médecine opératoire et aux accouchements ; — deux emplois à l'hygiène, la thérapeutique et la médecine légale ; — un emploi aux matières de l'enseignement pharmaceutique.

Les épreuves de ce concours sont fixées ainsi qu'il suit :

I. *Chimie, physique et matière médicale.* — 1° Composition sur un sujet de matière médicale; 2° préparations chimiques; 3° interrogations sur la physique et la chimie médicales.

II. *Chirurgie et anatomie.* — 1° Composition sur un sujet de pathologie chirurgicale ; 2° préparations anatomiques ; 3° épreuve clinique; 4° épreuve de médecine opératoire.

III. *Médecine et physiologie.* — 1° Composition sur un sujet de physiologie; 2° épreuve clinique; 3° épreuve de micrographie et d'histologie ; 4° interrogations sur l'hygiène et la médecine légale.

IV. *Enseignement pharmaceutique.* — 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle; 2° épreuve pratique de pharmacie (détermination de plantes et de substances employées en médecine); 2° interrogations sur la pharmacie et la matière médicale.

Dans chacune des quatre spécialités, la composition écrite sera éliminatoire.

Le jury d'examen sera composé d'un inspecteur, président, et de deux professeurs ou agrégés de l'école d'application du service de santé, dont l'enseignement correspond le plus aux objets de chaque concours.

Le jury détermine la durée de chaque épreuve pratique; dans chacune d'elles, vingt minutes au moins et trente minutes au plus sont réservées à l'exposition verbale.

Il est accordé quatre heures pour la composition. Les interrogations ont une durée de trente à quarante minutes.

Sont admis à prendre part au concours, pour les première, deuxième et troisième catégories, les médecins aides-majors de première classe et les médecins-majors de deuxième classe; pour la quatrième catégorie, les pharmaciens des mêmes grades; ces derniers sont admis aux épreuves de la première catégorie, concurremment avec les médecins.

Les répétiteurs reçoivent, comme tous les autres officiers attachés aux écoles préparatoires du service de santé, la solde de leur grade, augmentée du supplément attribué aux officiers des diverses armes employés dans les écoles militaires.

Les médecins et pharmaciens, des deux grades désignés ci-dessus, qui désireront concourir, soumettront au ministre, avant le 1er décembre prochain, une demande régulière appuyée de l'avis motivé de leurs chefs. Cette demande, qui devra faire connaître la spécialité pour laquelle le candidat qui l'aura formée se présente au concours, devra parvenir au ministre par l'intermédiaire du général commandant le corps d'armée.

Il sera délivré aux candidats, en temps utile, des congés pour se rendre à Paris.

Paris, le 4 octobre 1883.

Le Ministre de la guerre,
THIBAUDIN.

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Les écoles préparatoires du service de santé, instituées près des facultés de Nancy et de Bordeaux, sont destinées à recevoir des élèves en médecine qui, après leur réception au doctorat, sont appelés à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, avec le grade d'aide-major de deuxième classe.

L'école préparatoire de Nancy reçoit, en outre, des élèves en pharmacie qui, après avoir obtenu le diplôme de pharmacien de première classe, sont également appelés à l'école d'application, avec le grade d'aide-major de deuxième classe.

Un concours pour l'admission aux écoles préparatoires du service de santé s'ouvrira à Paris, à Lille, à Nancy, à Lyon, à Marseille, à Montpellier, à Toulouse, à Bordeaux, à Nantes et à Rennes, le 12 novembre 1883, pour l'épreuve écrite ; pour les épreuves orales : à Paris, le 3 décembre 1883 ; à Nancy, le 8 du même mois ; à Lyon, le 12 du même mois ; à Bordeaux, le 17 du même mois.

Aux termes du décret du 1er octobre 1883 (voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, page 915), les écoles préparatoires se recrutent annuellement, par la voie du concours, par les élèves qui remplissent les conditions suivantes :

1° Être Français ou naturalisé Français ; 2° avoir eu, au 1er janvier, plus de dix-sept ans et moins de vingt ans (aucune dispense d'âge ne peut être accordée) ; 3° avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat délivré par un médecin militaire du grade de major, au moins ; cette aptitude pourra être vérifiée, au besoin, par le jury d'admission ; 4° être pourvu des diplômes universitaires exigés.

Toutes les conditions indiquées sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée, pour quelque motif que ce soit.

Formalités préliminaires.

Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste qui sera ouverte, à cet effet, à dater du 1er novembre prochain, dans les bureaux de MM. les directeurs du service de santé des corps d'armée où seront subies les épreuves écrites.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer dans les bureaux du directeur du service de santé : 1° son acte de naissance dûment légalisé ; 2° un certificat d'aptitude au service militaire ; 3° les diplômes ou certificats de scolarité exigés (ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves).

Chacun d'eux indiquera exactement la ville où il désire passer les épreuves orales, ainsi que son domicile, où lui sera adressée, s'il y a lieu, sa commission d'élève, ainsi que l'école où, du consentement de sa famille, il préférerait être placé en cas d'admission.

Les candidats admis devront être rendus, le 1er février 1884, à l'école pour laquelle ils auront été désignés.

Forme et nature des épreuves et composition du jury.

Concours en médecine. — Candidats ayant pris une inscription : 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle ; 2° interrogations sur la physique et la chimie.

Candidats ayant pris cinq inscriptions : 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle médicale ; 2° interrogations sur la physique et la chimie médicales.

Candidats ayant pris neuf inscriptions : 1° Composition sur une question de physiologie ; 2° interrogations sur l'anatomie descriptive et sur la physiologie.

Candidats ayant pris treize inscriptions : 1° Composition sur une question de pathologie générale ; 2° interrogations sur la pathologie interne et la pathologie externe ; 3° interrogations sur l'anatomie et la physiologie.

Candidats ayant pris seize inscriptions : 1° Composition sur une question de pathologie et de thérapeutique médicale ; 2° interrogations sur la pathologie externe et la médecine opératoire ; 3° interrogations sur la pathologie interne, l'hygiène et la thérapeutique.

Les épreuves ci-dessus spécifiées ont lieu devant un jury composé d'un médecin professeur, d'un médecin professeur agrégé, et du pharmacien professeur ou professeur agrégé de l'école d'application du service de santé.

La composition est la même pour chaque catégorie de candidats.

Le sujet en est envoyé par le ministre, sous pli cacheté, au directeur du service de santé de chacun des corps d'armée ci-dessus désignés, qui l'ouvre en séance.

Il est accordé trois heures pour cette épreuve.

Les compositions écrites sont adressées, le jour même, au ministre de la guerre et corrigées par le jury d'admission.

Les candidats qui auront satisfait à cette première épreuve seront seuls admis aux interrogations orales.

L'appréciation pour chaque épreuve est exprimée par un chiffre de 0 à 20.

Le classement général se fait à Paris, après que le jury a terminé ses opérations.

Régime intérieur de l'école.

Les élèves du service de santé de l'armée sont casernés et soumis aux règles de la discipline militaire ; ils portent l'uniforme.

Les élèves sont nourris, par les soins de l'administration de l'école, dans des pensions désignées et surveillées par elle.

Tous les frais sont payés par le ministre de la guerre.

Concession de places gratuites.

Des bourses, demi-bourses, trousseaux, demi-trousseaux, sont accordés par le ministre de la guerre, sur la présentation d'une commission, présidée par le médecin inspecteur général et composée du médecin professeur, membre du jury d'examen, et des sous-directeurs des écoles.

En conséquence, les demandes des intéressés devront être remises, au plus tard, avant le 1er décembre prochain, au préfet chargé de les instruire et de les transmettre. Le 1er décembre, le préfet adressera la liste au ministre, liste qui sera ainsi arrêtée et close définitivement. Toute demande qui se produira après le 1er décembre sera irrévocablement rejetée. Dans le courant de décembre, le préfet soumettra au conseil municipal intéressé chaque demande, appuyée de renseignements sur les moyens d'existence, le nombre d'enfants et les autres charges des parents, ainsi que d'un relevé du rôle des contributions ; il provoquera une délibération du conseil à ce sujet ; il y joindra ses observations et son avis. Le travail du préfet, avec chaque dossier complété, devra être envoyé au ministre de la guerre le 15 décembre. Passé cette époque, il ne pourrait plus être présenté à la commission en temps utile.

Élèves payants.

Des places payantes seront réservées aux candidats admis qui n'auront pu obtenir la concession d'une bourse ou demi-bourse.

Le prix de la pension est de 1,000 francs par an, et celui du trousseau sera établi, chaque année, par le ministre de la guerre, en même temps que le programme d'admission. Pour l'année 1883-1884, le prix du trousseau, une fois payé, sera fixé à 1,000 francs.

Indépendamment du prix de la pension et de celui du trousseau, tout élève, même boursier, sera tenu, au moment de son entrée à l'école, de déposer, entre les mains du trésorier de l'école, une somme de 100 francs dont il conservera la propriété, mais qui sera

affectée à la garantie des pertes et dégradations qui pourraient être mises à sa charge.

Nul ne peut d'ailleurs être reçu à l'école s'il ne produit un récépissé soit du receveur général de la Seine, soit d'un trésorier payeur général ou d'un receveur particulier, constatant qu'il a payé le prix du trousseau ou du demi-trousseau, suivant le cas, s'il n'en a pas obtenu le dégrèvement. Il doit, en outre, remettre au directeur de l'école où il a été placé, une promesse sous seing privé, dans la forme indiquée par l'article 1326 du Code Napoléon, par laquelle son père, sa mère ou son tuteur s'engage à verser dans la caisse du trésorier payeur général du département où est l'école, par trimestre et d'avance, le montant de la pension, si l'élève est pensionnaire, ou de la demi-pension, s'il a obtenu une demi-bourse, et se soumet à la contrainte par voie administrative, pour le cas où le versement ne serait pas fait aux époques réglementaires.

Cette promesse, qui doit être légalisée par le maire ou le sous-préfet, sera faite par l'élève lui-même, s'il jouit de ses biens.

Il est donc essentiel que, dans la prévision de leur admission à l'école, les candidats se mettent en mesure de payer la valeur du trousseau, dès qu'ils auront reçu leur lettre de nomination, et qu'ils se munissent du récépissé constatant ce versement.

Quant à la somme de 100 francs, formant le fonds de masse individuelle, elle doit être versée directement à la caisse de l'école, le jour même de l'entrée de l'élève.

Les élèves dont les père, mère ou tuteur ne résident pas à proximité de Nancy ou de Bordeaux, doivent avoir un correspondant dûment accrédité auprès du directeur de l'école.

Dispositions transitoires.

Les étudiants en cours d'études pourront concourir, à condition de remplir les conditions d'âge suivantes :

Avoir eu, au 1er janvier 1884, plus de dix-sept ans et moins de vingt ans (élèves ayant une inscription), moins de vingt-deux ans (élèves à cinq inscriptions), moins de vingt-trois ans (élèves à neuf inscriptions), et moins de vingt-quatre ans (élèves à treize et à seize inscriptions).

A l'appui de leur demande, ces candidats devront fournir les certificats constatant le degré de scolarité.

Les élèves du service de santé en cours d'études pourront les poursuivre dans les écoles préparatoires, s'ils en font la demande avant le 1er décembre prochain, et il leur sera tenu compte, pour la concession de la bourse, de la position qu'ils ont déjà acquise, sans qu'elle leur confère un droit.

Les élèves du service de santé, admis au dernier concours, seront tous placés dans les écoles préparatoires et concourront avec les candidats du prochain concours pour l'obtention de la bourse dans un de ces établissements.

Le nombre des élèves en pharmacie, admis à la suite du dernier concours, étant suffisant pour cette année, les épreuves applicables à cette catégorie de candidats seront indiquées pour le concours de 1884.

Paris, le 4 octobre 1883.

Le Ministre de la guerre,

THIBAUDIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 octobre 1883, M. Jaccoud, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale vacante à ladite Faculté, par suite du décès de M. Lasègue.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 octobre 1883, la chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. — Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— M. le docteur Letulle, médecin des hôpitaux, est nommé médecin-adjoint au lycée Henri IV. (Emploi nouveau.)

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Un concours public s'ouvrira le 21 novembre prochain, à trois heures du soir, pour la nomination à trois places vacantes d'interne en médecine à l'asile public d'aliénés de Maréville.

Les élèves qui désirent concourir doivent se faire inscrire au secrétariat de la préfecture de Meurthe-et-Moselle, dix jours au moins avant l'ouverture du concours. Pour se porter candidat, tout étudiant en médecine doit avoir au moins douze inscriptions de doctorat.

— Par décret en date du 22 septembre, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve, savoir :

MM. les docteurs Badaire, Nicolas, Le Clerc, Bellissent, Bodinier, de Friess, Genevay-Montaz, Perrachon, Colombe, Payot, Forgeront, Bayon, Besançon, Courtois, Romec, Cogniard, Bézy, Hué, Ducroux, Lefebvre, Beaudère, Mengeaud, Defond, Estorc, Schmitt, Chabry, Gandouet, Mook, Greffier, Queyroi, Cochet, Largaud, Decrosses, Jannin, Arris, Surjus, Francon, Renson, Moineau, Lacaze-Dori, Maison, Sancet, Lagelouze, Ferré, Farges, Tourrou, Peyramaure-Duverdier, Forest, Laffage, Angot, Chevassus, Duffaud, Janin, Loison, Gillet, Moizard, Laporte, Régis, Pierre, Cheyrou-Lagrèze, Lepoutre, Larebière, Chotard, Clément, Demmler, Chapelle, Boutin, Augagneur, Gouronnec, Pinchaud, Auquier, Cadet, Tourmente, Rogron, Maurel, Lauband, Benoit-Gouin, Variot, Balestrié, Jobard, Ducasse, Grenaudier, Harel, Cailleret, Brousse, Ricavy, Charier, Chotin, Veil, Béraud, Giraud, Pialoux, Bertet, Mercier, Vitrac, Labesque, Pousset, Sadrain, Debierre, Possémé, Delaitre, Schvingt, Turé, Gignac, David, Robin, Fourguette, Picquet, de La Croix, Lhirondel, Buret, Malon, Masson, Gauté, Rodet, Pitoux, Le Bachelier, Landouar, Sabaterie, Giraud, Sadrin, Mathieu, Millot, Jacquin, Chauffard, Dupré, Mathieu, Mareau, Boiteux, Bouvet, Lautré, Laurent, Genet Veil, Simonneau, Pluyaud, Déché, Robin (M.-A.-L.), Netter, Cochot, Périvier, Ferrand, Audubert, Godard, Capelle, Neurisse, Triboul, Klée, Édouard dit Champion, Depierris, Arnal, Pélegrin, Caudrelier, Delarbre, Testory, Pourrière, Thuillier, Bontemps, Leloir, Maquart, Lefèvre, Évesque, Dauvé, de Fontaine, Magnanon, Quantin, Rétif, Meunier, Brisson, Thomas, Chapuis, Daude, Biéchy, Gardillion, Héon, Grosmolard, Blanchard, Gauron, Bursaux, Playette, Patey, Roux.

— Par décision ministérielle, en date du 14 septembre, les mutations ci-après indiquées ont eu lieu dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Médecins-majors de deuxième classe. — M. Vuillemin passe du 68e d'infanterie au 2e bataillon d'artillerie de forteresse ; — M. Landriau, désigné pour le 2e bataillon d'artillerie de forteresse, est maintenu au 48e d'infanterie ; — M. Jouanno, désigné pour le 48e d'infanterie, est affecté au 71e régiment de même arme ; — M. Gouell passe du 84e d'infanterie au 1er bataillon d'artillerie de forteresse ; — M. Fonsart, désigné pour le 1er bataillon d'artillerie de forteresse, est maintenu au 110e d'infanterie ; — M. Bergoumioux passe du 19e au 23e bataillon de chasseurs à pied ; — M. Boutié passe du 78e d'infanterie au 19e bataillon de chasseurs à pied ; — M. Farssac passe du 13e d'infanterie au 16e chasseurs à cheval ; — M. Héral passe du 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique aux hôpitaux de la division d'Alger ; — M. Mareschal passe du 80e au 78e d'infanterie ; — M. Burlureaux est affecté définitivement au régiment de sapeurs-pompiers de Paris ; — M. Pommay passe des hôpitaux de la division d'Alger au 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; — M. Demeunynck, désigné pour le 8e dragons, est affecté au dépôt du 40e d'infanterie ; — M. Linarès, en mission au Maroc, est rattaché, pour ordre, aux hôpitaux de la division d'Oran ; — M. Cruzel passe du 45e d'infanterie au 8e dragons ; — M. Bourdon passe du 21e d'infanterie au 22e dragons ; — M. Zimmermann passe du 121e au 45e d'infanterie ; — M. Blanc passe de l'hôpital de Briançon aux hôpitaux de Tuni-

sie; — M. Belleau passe de l'hôpital des Colinettes de Lyon à l'hôpital de Briançon; — M. Piot passe des hôpitaux de la division de Constantine aux hôpitaux de Tunisie.

Médecins aides-majors de première classe. — M. Mary passe des hôpitaux de Tunisie à l'emploi de surveillant à l'École du Val-de-Grâce.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — M. Warnecke passe des hôpitaux de la division d'Alger au bataillon du 130e d'infanterie détaché en Algérie; — M. de Schüttlaere passe des hôpitaux de Tunisie à la légion étrangère.

Pharmaciens-majors de deuxième classe. — M. Choisel, détaché à l'hôpital thermal de Vichy, passe à l'hôpital de Bastia; — M. Roman passe de l'hôpital de Bastia aux hôpitaux de la division de Constantine; — M. Mather passe de l'hôpital de Belfort à l'hôpital de Nancy.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Spillmann, pharmacien principal de première classe, et de M. Dumas, médecin aide-major de première classe.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

La pilocarpine, étude physiologique et thérapeutique, par le docteur Lavrand. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Développement du foie et du système porte abdominal, par le docteur Wertheimer. In-8° avec figure dans le texte et une planche. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Les succédanés en thérapeutique, étude comparative de l'action physiologique des quatre principaux alcaloïdes du quinquina, quinine, cinchonine, cinchonidine, quinidine, par le docteur Jules Simon. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Recherches sur l'albuminurie physiologique, par le docteur Adelacelle de Chateaubourg. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le choléra asiatique. Histoire, étiologie, symptômes et traitement, par le docteur Wakefield. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15148.

N° 117. — JEUDI 11 OCTOBRE 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 11 OCTOBRE 1883. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser di[illegible]ent aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 1[illegible] — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 [illegible] 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — MÉDECINE LÉGALE. Cas remarquable de délire des persécutions. Tentative de meurtre sur M. le docteur Rochard, membre de l'Académie de médecine. — ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIe SESSION). Congrès de Rouen. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion, très courtoise d'ailleurs, entre MM. Giraud-Teulon et Marey sur la locomotion s'est continuée dans cette séance. Nous avouons n'avoir pas très bien compris la portée de la nouvelle argumentation de M. Giraud-Teulon. Dans sa première communication (celle du 4 septembre), l'honorable académicien adressait des critiques à son collègue M. Marey à propos de son ouvrage intitulé : *la Machine animale*, dans lequel, disait-il, il n'avait rencontré ni les développements, ni les conclusions en rapport avec le caractère et l'importance des questions traitées. M. Marey, dans l'une des séances suivantes, est venu très loyalement faire l'aveu de l'insuffisance de sa première œuvre sur ce sujet et des quelques erreurs qu'elle pouvait contenir ; et, en manière d'amende honorable, il a développé devant l'Académie le magnifique plan d'études expérimentales nouvelles qu'il a instituées à la « Station physiologique » du Parc des Princes, disposée à cet effet. L'ingénieux professeur, en montrant par cet exposé que la physiologie dispose aujourd'hui, pour l'analyse des mouvements, de moyens nouveaux et puissants de méthode rigoureuse, dont quelques-uns ont déjà fait leur preuve, ne dissimule pas que quelques-unes de ces études nouvelles sont à peine ébauchées, qu'à côté des expériences en voie d'exécution, il en est beaucoup qui ne sont encore qu'en projet. Il semblait que, devant cette déclaration, un sursis à tout jugement définitif s'imposait de lui-même. C'est pour cela que nous avons été un peu surpris de voir M. Giraud-Teulon prendre de nouveau la parole, d'autant que sa note se termine précisément par la pensée même que nous venons d'exprimer. Cela ne nous empêchera pas, si, comme il y a tout lieu de le présumer, la nouvelle argumentation de M. Giraud-Teulon, qu'il est toujours un peu difficile de suivre à l'audition, renferme quelques points utiles à mettre en saillie, d'y revenir après l'impression.

Au commencement de la séance, l'Académie a entendu une lecture de M. le docteur Collongues (de Vichy) sur l'hygrodermométrie ou nouvelle étude de l'hygrométrie médicale appliquée à la peau et à ses fonctions, — étude pleine de promesses, comme on en pourra juger par les propositions qui en résument les principaux résultats, dans le compte-rendu. Ces promesses seront-elles toutes réalisables et réalisées dans l'avenir ? Nous voudrions bien que la commission désignée pour prendre connaissance de ce travail nous en fît connaître un jour sa pensée.

MÉDECINE LÉGALE.

Cas remarquable de délire des persécutions.

Tentative de meurtre sur M. le docteur Rochard, membre de l'Académie de médecine.

Par M. le docteur LEGRAND DU SAULLE.

L'administration de la préfecture de police vient de remettre aux mains des médecins, dans un établissement public d'aliénés, un malade étrange et sinistre, très probablement coupable de l'attentat qui, le 26 septembre dernier, a tout particulièrement ému l'Académie de médecine, le service de santé de la marine et toute la famille médicale française. Là où la prévention discrète cesse, la science reprend ses droits, j'allais dire ses devoirs. Ne sommes-nous pas tenus professionnellement de nous instruire les uns les autres et de porter à la connaissance des praticiens les faits extraordinaires de clinique ou de médecine légale qui apparaissent soudainement et nous prennent parfois au dépourvu?

Jean Chabert est né en 1839 à Saint-Égrève (Isère). Il est enfant naturel, a très peu connu sa mère et se refuse à entrer dans tous les détails biographiques qui pourraient se rapporter à son enfance et à son adolescence. Il est de petite taille, mince et triste ; il porte une moustache noire, une barbe rase et d'assez grands cheveux grisonnants. Son œil est brillant, humide et farouche. Son aspect général rappelle bien plus le malfaiteur que l'aliéné.

Chabert, resté célibataire, paraît avoir vécu sans contrôle de la vie d'atelier. Il a été maçon, cordonnier, tourneur, ajusteur. Il a travaillé au Havre, est resté trois ans en Égypte et a gagné jusqu'à 11 francs par jour. Manquant de gaîté, lisant les journaux, fréquentant les réunions publiques, un peu adonné à la boisson, il était peu communicatif, morose, inquiet, perplexe.

En 1878, il se croit empoisonné et entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Brouardel. « J'avais, dit-il, le ventre ballonné; on m'avait fait prendre quelque breuvage. »

Vers cette époque, il commence à en vouloir violemment à un maître d'hôtel, qu'il accuse avec passion et auquel il

reproche avec une rare amertume d'avoir gardé sa malle depuis quatre ou cinq ans.

Bientôt il se croit victime d'un guet-apens : on l'a suivi dans la rue avec des intentions évidemment criminelles. Il insulte alors des agents et est condamné à six jours de prison.

On commence à s'acharner contre lui et on lui vole dans sa malle son engagement pour Suez.

Un phénomène grave apparaît : on lui fait entendre clair, on lui souffle dans les oreilles, et des individus invisibles commencent à l'instrumenter avec des petites machines. Il change de chambre trois ou quatre fois de suite, parce qu'on se livrait sur son compte à des *commérages* qui le faisaient renvoyer de l'atelier. Il ne tarde pas ensuite à entendre des voix distinctes qui répètent tout ce qu'il pense, ce qu'il dit ou ce qu'il fait : « Tiens, tu te laves... tu fais ceci... tu fais cela. » Comme il avait une glace dans sa chambre, il pensa qu'il se produisait peut-être un phénomène de *reverbération*. Il retourna sa glace, mais les voix ne cessèrent point leurs indiscrètes révélations.

Sur une route, un individu a voulu un jour l'assassiner avec un revolver. Du reste, on ne le laisse pas tranquille et il y a des gens qui se déguisent, mettent des manteaux de charretier, pour l'espionner mieux à leur aise et le torturer physiquement et moralement. On lui fait toutes les misères imaginables : on le sangle, on le bafoue, on l'acoustique ; on agit sur lui par la pression, la reverbération, l'électricité, le téléphone et le microphone ; on l'excite à la débauche, on lui pressure la verge, on lui soutire ses forces, on lui rend l'estomac faible, on le perd, on l'anéantit, on l'infecte, on le décapite, on le foudroie.

Une voix lui dit : « Jette-toi par la fenêtre, cela sera fini, tu n'auras plus d'ennemis. » — « Me tuer, moi, répond-il, avant d'avoir fait tomber les masques, jamais ! »

Le 1er septembre 1879, à l'infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la préfecture, il est longuement interrogé, puis dirigé sur l'asile Sainte-Anne et ensuite sur l'hospice de Bicêtre (service de M. J. Falret). Sous l'influence du traitement et surtout de la sobriété, — car il ne faut point perdre de vue que l'alcoolisme apporte ici son appoint, — Chabert s'est grandement amélioré. Au bout de plusieurs mois, il a pu être rendu à la liberté.

En reprenant sa vie d'atelier, il reprend aussi toutes ses habitudes anciennes, sans en excepter le large usage du vin. Peu à peu, les mauvais procédés de la part d'autrui se reproduisent, et Chabert, s'assimilant tacitement les taquineries, les vexations et les provocations de ses implacables ennemis, rentre plus que jamais dans la voie des interprétations délirantes, des préoccupations hypocondriaques, des troubles de la sensibilité générale et des obsessions hallucinatoires auditives. Une voix lui dit, par exemple : « Achète un couteau, » et aussitôt il obéit en esclave et achète un couteau à virole.

Persuadé que l'on en veut à sa vie, il sent le besoin d'être protégé et se place sous l'égide de M. L..., député de la Seine, qu'il a un peu connu dans les réunions. M. L... s'empresse d'écrire à M. Andrieux, préfet de police, et lui dit qu'il croit Chabert complètement fou.

Le 1er décembre 1880, après un examen médico-légal des plus minutieux, je rédige une pièce dans laquelle j'expose toutes les particularités cliniques les plus saillantes et les plus graves que présente l'état mental de ce dangereux malade, et je note ce détail : « Projet d'assassiner un sergent de ville. » Ce certificat fut alors très remarqué dans les bureaux de la préfecture.

Chabert reprend d'abord le chemin de l'asile Sainte-Anne, puis il est placé à l'asile de Ville-Évrard. Tous les médecins qui l'ont vu et examiné se sont servis des mêmes termes dans leurs certificats. Aucune divergence d'opinions ne s'est produite. Au mois d'avril 1882, il s'échappe par une fenêtre de l'établissement, rentre en tapinois à Paris et vient habiter rue Julien-Lacroix, 59.

Évidemment très amélioré encore, à ce moment, l'évadé de Ville-Évrard trouve de l'ouvrage, travaille, se conduit bien, n'appelle pas sur lui l'attention et en impose par son calme, sa tenue et la régularité de sa vie. Un temps assez long s'écoule de la sorte.

Nous sommes au 25 septembre 1883. Chabert, redevenu intempérant, hypocondriaque, persécuté, halluciné de l'ouïe, toxicophobe, exalté et désespéré, a quitté les ateliers, épuisé ses ressources, et il erre dans Paris à l'aventure, sans savoir où il va, sans se douter de ce qu'il fera tout à l'heure. Il ne mange pas, n'a point de pain, et se livre aux réflexions les plus haineuses contre les misérables qui le réduisent ainsi à la mort la plus atroce, à la mort par inanition ! Cependant, il rentre encore chez lui, se couche, et ne peut goûter un seul instant de sommeil.

Le 26 septembre dernier, il se lève à quatre ou cinq heures du soir et sort, après avoir mis, selon sa coutume, son revolver dans sa poche. N'ayant pas pris d'aliments depuis quatre jours, il est faible, abattu, presque chancelant. « J'avais, dit-il, la tête électrisée et *tourbillonnante*; je marchais sans savoir au juste où je me trouvais, et mes voix me disaient plus que jamais : *Tue-toi!* Mais pourquoi donc me serais-je tué ? C'est le coupable qui se tue, moi je suis une victime. Pourquoi laisserais-je à mes persécuteurs la joie de mon suicide ?... Et puis, j'ai entendu ceci : *Tu ne veux pas te tuer, eh bien, tue-le!* A ce moment, il pleuvait à verse, il pouvait bien être sept heures du soir, j'étais au coin d'une rue, près de la place de la Concorde ; j'ai saisi mon revolver et j'ai tiré deux coups sur un monsieur qui passait et qui s'abritait sous un parapluie. J'ai dû l'attraper dans le dos, sous son parapluie. »

Chabert, plus surpris que satisfait de l'attentat qu'il vient de commettre, regarde autour de lui, remet lentement son revolver dans sa poche, traverse la place de la Concorde et rentre chez lui sans être inquiété. Il se couche, ne se lève pas le lendemain, sort le surlendemain, *mourant littéralement de faim*, vend son revolver quatre francs, s'alimente un peu, achète un journal et apprend que le blessé du 26 septembre n'est autre que M. le docteur Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine, domicilié rue du Cirque, 4. Il écrit alors à sa victime une lettre qu'il ne signe pas, mais dans laquelle il accuse du crime le maître d'hôtel dont il déclare avoir eu tant à se plaindre et qui détient illégalement sa malle depuis quatre ou cinq ans. « J'ai dit la vérité à M. Rochard, dit-il ; c'est ce misérable homme qui est la cause de tout. Si l'on savait tout le mal qu'il m'a fait, lui, sa femme et ses complices ! »

L'assassin vulgaire se rend d'ordinaire à la Morgue, y regarde les corps exposés, écoute tout ce qui se dit autour de ces exhibitions dramatiques et fait son profit des impressions parfois très justes de la foule. L'aliéné évadé a un autre objectif : il vient rôder autour de l'infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture. Chabert ne s'est pas soustrait à cette démarche en quelque sorte instinctive, et il est venu demander à dîner et à coucher. L'un de mes surveillants-infirmiers l'a refusé et lui a dit qu'il avait préalablement à

se nantir d'un ordre d'envoi de l'un des commissaires de police de la ville de Paris. Il se l'est tenu pour dit, est allé se dénoncer à M. Cazeneuve, chargé de l'instruction du crime de l'avenue Gabriel, et ce magistrat l'a presque immédiatement amené lui-même.

A l'infirmerie spéciale, les 6 et 7 octobre, je retrouve chez Chabert tous les grands signes cliniques antérieurement constatés. Je note toutefois en plus des hallucinations presque constantes de l'odorat. « Depuis quelques mois, me dit-il, je couche la fenêtre ouverte : on m'asphyxie avec des odeurs qui montent tout de suite à la tête. On dirait que ce sont des bitumes recuits ou des saletés en fusion. Cela me pénètre partout et je sens que cela me fait puer de la bouche. » Je m'efforce en vain de lui faire exprimer une parole de regret, de repentir, et je cherche à l'apitoyer sur sa victime, dont je loue hautement le talent, les mérites et les vertus. Mais je ne rencontre que l'aliéné indifférent, sec, égoïste et convaincu de son impeccabilité : « C'est le maître d'hôtel qui, avec ses vilenies, a tout fait. Moi, il faut que l'on me dédommage. »

Chabert est bien ce type clinique si invariablement semblable à lui-même, que j'ai décrit dans mon livre sur *le Délire des persécutions* ; il est bien ce malade inflexible et irréconciliable qui, trompé par ses faux raisonnements, ses interprétations erronées et ses sens troublés, défère aux suggestions quasi logiques de son délire et aux impulsions les plus inattendues et les plus dommageables ! L'appoint alcoolique ne fait qu'accentuer davantage certains tons de la gamme vésanique.

Il y a six mois, un aliéné appartenant au même groupe pathologique a distribué cinq coups de revolver aux passants, sur le boulevard des Italiens, et a blessé grièvement plusieurs personnes. Je suis intervenu et n'ai point fait ressortir alors tout l'enseignement pratique que comportait l'observation du malade. La catastrophe actuelle me laisse à penser que j'ai peut-être eu tort.

Jusqu'à présent, du reste, il ne m'a pas été possible de faire tourner à l'instruction des médecins et des élèves l'examen clinique et médico-légal de 3.000 cas par an d'affections cérébrales ! Des trésors d'observation restent soigneusement enfouis dans le cabinet d'un seul médecin, qui est loin de reculer devant la tâche, mais qui ne peut scientifiquement transmettre à autrui ce qu'il a appris lui-même.

Que des nécessités administratives ou judiciaires rendent, dans certains cas, le huis clos indispensable et commandent le silence le plus absolu, d'accord ; mais ces faits sont absolument exceptionnels et figurent à peu près dans la proportion d'un pour cent. Une source précieuse d'instruction médicale reste donc à jamais perdue pour la masse des praticiens, des savants étrangers qui fréquentent les cliniques spéciales de Paris et des étudiants en médecine. Comme nous sommes loin en France de ce qui se passe ailleurs !

Revenons à Chabert. D'après l'information et d'après tout ce qui précède, il est très probablement l'auteur du déplorable attentat commis sur la personne de notre cher et éminent confrère M. Rochard, mais enfin nul ne l'a vu. Sans doute l'évadé de Ville-Évrard n'est pas dans l'une de ces situations intellectuelles bizarres qui comportent l'aveu d'un crime imaginaire, et tout concourt, au contraire, à démontrer la réalité de sa fâcheuse action, mais une réserve s'impose cependant : les témoins manquent.

Ironie du sort ! La balle inconsciente d'un fou est venue frapper un homme d'une intelligence très remarquable et d'une bonté infinie. Nos vœux les plus ardents s'adressent au blessé, dont le rétablissement est possible et prochain, ainsi qu'à sa famille, émue et pleine d'espérance. Dans le cours d'une existence jusque-là si heureuse, un mauvais jour a lui. Qu'il soit le dernier et que le retour complet à la santé en efface même le pénible souvenir !

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIe SESSION, 1883).

Congrès de Rouen (1).

IV.

Accidents cutanés dans l'ataxie locomotrice. — M. le docteur A. Ollivier (de Paris) appelle l'attention de ses confrères sur deux observations de troubles trophiques de la peau survenus pendant le cours de l'ataxie locomotrice. Il s'agit d'hyperhydrose palmaire et plantaire et de séborrhée du cuir chevelu chez des ataxiques. Le premier cas remonte à plusieurs années et l'auteur avait tout d'abord cru à une simple coïncidence, lorsque, au mois de mai dernier, il a eu l'occasion d'observer un fait à peu près analogue à l'hôpital Saint-Louis.

Cette seconde observation est celle d'un homme de trente-deux ans, chez lequel le début des accidents ataxiques remonte à huit ans. Quant aux phénomènes cutanés, le malade s'en est aperçu pour la première fois en 1878. Ils étaient caractérisés par une hypersécrétion de la plante des pieds et de la paume des mains, souvent couvertes de sueurs, survenue sans cause appréciable et se manifestant surtout à la suite de contrariétés et d'émotions morales un peu vives. Ces phénomènes sont devenus permanents, ils se sont étendus à la face dorsale des pieds et des mains, et quel que soit le moment où l'on observe le malade, on trouve toujours, sur ces parties, d'abondantes gouttelettes d'une sueur légèrement acide, limpide, nullement visqueuse, inodore aux mains, très odorante au contraire aux pieds. De plus, les téguments présentent une teinte violacée au niveau des régions qui sont le siège de sueurs exagérées.

En même temps que l'hyperhydrose palmaire, une séborrhée du cuir chevelu se manifestait, allant également en progressant jusqu'à ce jour.

Cette observation relatée, M. Ollivier rappelle les travaux de MM. Charcot, Vulpian, Fournier, desquels il résulte que la peau des ataxiques peut, de même que les os, les muscles, les articulations, devenir le siège de troubles trophiques ou vaso-moteurs de diverses natures. Il rappelle aussi que, à l'époque où paraissait le mémoire de M. Vulpian, on ne connaissait encore qu'un seul cas d'hyperhydrose chez un ataxique (il s'agissait également d'un sujet jeune, trente-six ans), et que la seconde observation connue est celle qui a été publiée en 1880 par E. Remack. Cette fois l'ataxie était localisée au membre supérieur droit et l'hyperhydrose était bornée au côté correspondant de la face. Enfin le troisième fait a été observé par M. le professeur Pierret (de Lyon) et rapporté dans la thèse inaugurale du docteur Carlos Putnam.

En résumé, l'hyperhydrose peut donc se rencontrer dans le cours de l'ataxie locomotrice, et si l'influence du système nerveux sur la sécrétion sudorale est hors de doute, si l'hypersécrétion de la sueur a été observée plusieurs fois soit dans certaines affections de la moelle épinière, soit dans les maladies des nerfs périphériques, du grand sympathique et de l'encéphale, cependant il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, de dire à quelle altération de l'axe médullaire on peut la rapporter dans l'ataxie locomotrice, ni

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 octobre 1883.

quel est le siège de cette altération, ni par l'intermédiaire de quels nerfs elle se produit.

Enfin la concomitance de la séborrhée du cuir chevelu paraît rationnellement s'être produite aussi sous la même influence nerveuse.

— Nous ajouterons que M. Henrot (de Reims) a cité un fait quelque peu analogue de sudation des pieds chez un ataxique qu'il a eu l'occasion d'observer il y a quelques années, sudation qui a été suivie de mal perforant.

Étude sur le zona. — M. le docteur Deshayes (de Rouen) rapporte une observation de zona de la bouche, du côté droit, ayant eu pour origine certaine une névrite des deux dernières branches du maxillaire inférieur (cinquième paire), le nerf lingual et le nerf dentaire inférieur, névrite survenue chez un individu surmené et exposé au froid humide.

Le zona était nettement et exclusivement limité aux tissus animés par les deux branches nerveuses, c'est-à-dire à la peau, à la muqueuse et aux dents, à la moitié droite de la langue et à l'amygdale du même côté.

La maladie avait débuté par des douleurs névralgiques, suivies bientôt de l'apparition de vésicules sur la peau et les muqueuses. L'éruption dura de cinq à six jours, tandis que les névralgies persistèrent encore pendant trois semaines.

La piscidia erythrina. — Cette plante, dont M. le docteur Landowski entretient la section, est une légumineuse des Antilles dont les indigènes de la Jamaïque utilisent l'écorce préalablement broyée pour narcotiser les poissons qu'ils veulent prendre facilement à la surface de l'eau. On peut également se servir de sa macération alcoolique dans le même but. Enfin, au point de vue thérapeutique, on l'emploie encore aux Antilles : 1° chez l'homme, pour déterminer la cicatrisation des ulcères ; 2° chez le chien, contre la gale.

Dès 1845, la macération alcoolique de l'écorce de piscidia erythrina fut expérimentée en Angleterre, sur l'homme, à la dose de 3 grammes, comme narcotique, et réussit très bien. A son tour M. Landowski l'a essayée avec succès, sous la forme de teinture alcoolique, sur trois malades ; ses malades en ont éprouvé de très bons effets : douleurs calmées, sommeil calme, réveil parfait, point de lourdeur de tête, ni constipation, ni malaise d'aucune sorte. En un mot, ce nouveau médicament paraît posséder les avantages de l'opium sans en avoir les inconvénients. Aussi l'auteur le recommande-t-il à l'expérimentation de ses confrères.

Un point d'étiologie de la fièvre typhoïde. — Contrairement à la loi émise par Pettenkoffer, que l'intensité des épidémies de fièvre typhoïde était proportionnelle à l'abaissement du niveau de la nappe des eaux souterraines, M. le docteur J. Teissier (de Lyon) a constaté, dans cette ville, à la suite de nombreuses études statistiques, que cette intensité augmentait avec l'élévation de la nappe souterraine et que la mortalité lui était également proportionnelle. Cette première conclusion résulte d'enquêtes portant sur les années 1881, 1882 et 1883.

De plus, l'auteur a encore remarqué, en cherchant quelle pouvait être l'influence de l'origine des eaux potables, que tous ses typhoïdiques s'alimentaient d'eau de puits. Ce fait lui a été complètement démontré par l'observation d'une famille de quatre personnes atteintes toutes quatre de la fièvre typhoïde, après avoir bu, pendant un certain temps, de l'eau d'un puits de la cité qu'elles habitaient, tandis que chez les 300 autres locataires de la même cité qui n'avaient fait usage que des eaux de la ville, c'est-à-dire prises directement dans le Rhône, pas un seul cas de fièvre typhoïde ne s'était déclaré.

M. Teissier explique ces deux faits de la manière suivante : 1° Toute crue du Rhône se fait sentir très rapidement, par suite de la nature du sol, dans les puits de la ville de Lyon, de telle sorte que dans l'espace de quatre heures l'élévation du niveau des eaux est identique. De là absence d'épuration des eaux et conservation de la virulence des germes qu'elles renferment.

2° La plupart des typhoïdiques ayant fait usage d'eau de puits, situés à très peu de distance (quelques mètres seulement) de fosses d'aisance, fixes et non étanches, ces eaux peuvent être considérées comme l'origine de la fièvre typhoïde.

L'auteur en tire cette conclusion pratique qu'il suffirait d'indiquer aux habitants les dangers qu'ils courent en prenant leur eau potable dans des puits, pour éviter ou atténuer, dans une large mesure, à Lyon tout au moins, les épidémies de fièvre typhoïde.

Contracture pseudo-paralytique infantile. — Dans le mémoire qu'il a adressé sous ce titre, M. le docteur Onimus décrit une affection pour ainsi dire spéciale, caractérisée par la contracture permanente des muscles sans aucune atrophie, contracture plus ou moins accusée sur telle ou telle masse musculaire, simulant une paralysie par suite de l'impossibilité des mouvements d'ensemble et survenant chez des enfants âgés de moins de deux ans. Il semblerait que l'on fût en présence d'une irritation de la partie supérieure de l'isthme de l'encéphale.

De la méthode hypodermique et des injections médicamenteuses sous-cutanées chez les nerveux et les aliénés. La communication de M. le docteur A. Voisin a pour but d'insister sur les avantages que l'on peut retirer de la pratique des injections sous-cutanées chez les nerveux et les aliénés, à la condition d'être surveillée avec soin pour éviter les abus auxquels la méthode hypodermique a parfois donné lieu et les accidents qui en ont été la conséquence. Ces avantages sont tout d'abord de pouvoir administrer des médicaments qui, chez les malades en question, seraient repoussés par les autres voies ; ce sont aussi une certitude dans les résultats et une action rapide. Quant aux abus, il serait facile d'y remédier de la part de l'administration, en réglementant sévèrement la vente des médicaments qui constituent les solutions hypodermiques.

Théorie physiologique de la menstruation. — Le but que poursuit surtout, dans sa communication, M. le docteur Th. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, est surtout de remettre en honneur la théorie de Négrier, que l'on a beaucoup trop de tendance à abandonner depuis quelques années, c'est-à-dire la théorie d'après laquelle, dans la menstruation, l'écoulement sanguin n'est qu'un phénomène accessoire, tandis que l'évolution est le phénomène principal. La nouvelle théorie, au contraire, considère les deux phénomènes comme parfaitement distincts ; ils seraient seulement concomitants. M. Th. Gallard répond aux objections des adversaires de l'ancienne théorie, invoquant la persistance des règles chez les femmes privées d'ovaires, que : 1° en aucun cas une femme privée congénitalement d'ovaire n'a eu ses règles ; 2° que, chez celles qui en ont été privées artificiellement, l'écoulement n'a ni la régularité ni l'abondance caractéristique de la menstruation ; 3° que l'on ne peut jamais répondre, dans le cas d'extirpation des deux ovaires, que l'on n'en a pas laissé en place quelque fragment plus ou moins considérable. L'auteur rappelle dans sa communication les travaux de MM. Péan et Kœberlé sur cette question.

Suggestion à l'état de veille. — Sous ce titre, M. Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, appelle l'attention de ses confrères sur certains phénomènes qu'il provoque, même pendant l'état de veille, chez des sujets déjà hypnotisés et auxquels il annonce ce qu'il va faire. C'est ainsi qu'il détermine à volonté chez eux le trismus, la catalepsie, l'hallucination, l'anesthésie limitée, etc. Il suffit d'affirmer que la chose est faite pour en constater la réalisation ; il lui suffit ainsi de dire, à un de ces sujets, qu'il a les pieds cloués au sol pour qu'il lui soit impossible de les en détacher, ou bien encore de convaincre un hémianesthésique que sa sensibilité est revenue pour constater que cet individu sent les piqûres qui lui sont faites sans qu'il s'en aperçoive. Il est également parvenu à obtenir ainsi, à volonté, le transfert de l'hémianesthésie, la catalepsie d'un membre et la disparition de cette catalepsie, l'augmentation et la diminution du champ visuel, etc.

Auto-inoculation traumatique. — L'une des communications les plus importantes, sans contredit, est celle de M. le professeur Verneuil sur l'auto-inoculation traumatique. Partisan des doctrines pastoriennes, il existe pour l'auteur trois modes d'inoculation :

1° L'inoculation simple, résultant du contact fortuit de deux êtres, l'un contaminant, l'autre contaminé : ainsi s'inoculent la syphilis par les rapprochements sexuels, la rage par la morsure du chien, etc. ;

2° L'inoculation mésologique ou par les milieux dans lesquels l'individu est plongé et où l'atmosphère est le véritable véhicule du virus, les rapports entre contaminants et contaminés étant beaucoup plus difficiles à saisir : ainsi l'érysipèle, la septicémie, la pyohémie, etc. ;

3° L'auto-inoculation ; dans ce dernier mode, le virus est en nous, il y est à l'état silencieux, parfaitement supporté, il y reste inaperçu, n'attendant que l'occasion propice, un trauma quelconque, pour devenir actif, pénétrer dans l'organisme et s'y manifester tout à coup ouvertement, de telle ou telle façon suivant sa nature même.

Mais M. Verneuil a soin d'ajouter que si les conséquences du trauma d'un foyer virulent peuvent être des plus funestes dans un certain nombre de cas, par contre, dans d'autres, elles peuvent être absolument nulles et les foyers virulents sont blessés sans donner lieu à autre chose qu'à la série naturelle des actes du processus traumatique en cas de blessure ordinaire et les résultats de l'auto-inoculation sont tout à fait négatifs.

Quant aux microbes infectieux, divers et nombreux, ils sont classés en trois groupes : 1° ceux qui donnent lieu à des maladies toujours générales (érysipèle, septicémie et pyohémie) ; 2° ceux qui déterminent une affection locale, mais toujours susceptible de se généraliser, telles que la tuberculose, la diphtérie, la blennorragie, etc. ; 3° enfin ceux qui, tout en produisant des maladies contagieuses et inoculables, cependant ne sauraient pénétrer profondément l'organisme ; tels sont notamment la furonculose, le chancre mou, etc.

En terminant, M. Verneuil établit diverses catégories de cas où le traumatisme fait manifestement prospérer l'affection parasitaire, c'est-à-dire : 1° les cas où le foyer virulent augmente d'étendue par envahissement des parties voisines ; 2° ceux où le foyer virulent forme, à distance, des foyers secondaires ; 3° et ceux où le foyer virulent fournit les matières d'une infection générale.

Néphrectomie. — M. le docteur Ollier (de Lyon) fait une communication sur la néphrectomie, opération si rarement encore pratiquée en France qu'il n'existe, dit-il, jusqu'à présent que cinq observations, dont trois lui sont personnelles. Ce sont ces trois faits dont il entretient le Congrès ; les deux autres appartiennent l'un à M. le docteur Le Fort, l'autre à M. le docteur Le Dentu.

M. Ollier a donc fait trois fois cette opération. Le premier cas est celui d'une femme chez laquelle on avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire ; il s'agissait, en réalité, d'un kyste du rein, contenant plus de quinze litres de liquide, et qui n'avait jamais donné lieu à aucun phénomène morbide du côté des appareils rénal et vésical, ce qui explique facilement l'erreur de diagnostic. L'opération fut des plus faciles ; la ligature perdue n'était pas encore imaginée, la malade succomba le troisième jour à une péritonite.

La seconde néphrectomie a été pratiquée pour une tumeur sarcomateuse volumineuse chez un enfant de quatre ans ; elle a été faite beaucoup plus tardivement que M. Ollier ne l'eût voulu, par suite de la résistance des parents à toute intervention chirurgicale. L'enfant mourut subitement dans son lit, dix jours après l'opération, à la suite d'un léger effort.

Enfin la troisième opération, celle sur laquelle l'auteur s'étend le plus longuement, est celle qu'il a pratiquée le 9 juin dernier chez une jeune femme de vingt-deux ans, pour une fistule persistante, suite de l'ouverture d'un abcès consécutif à une pyélo-néphrite. Dans l'impossibilité de trouver les limites du rein malade, M. Ollier dut renoncer à enlever cet organe avec sa capsule fibreuse ; incisant alors cette capsule et la détachant par sa face profonde, il put procéder facilement à l'énucléation du rein, sans qu'il survînt aucun accident. Les suites opératoires furent excellentes, sauf une anurie complète pendant les trois premiers jours, et quelques douleurs passagères, assez violentes, dans la région hépatique et dans l'épaule droite. Elle présenta aussi, pendant deux jours, un mois après l'opération, un phénomène assez bizarre que l'auteur ne s'explique pas : une salivation tellement abondante, qu'elle s'éleva à deux litres de salive normale par vingt-quatre heures.

En terminant, M. Ollier considère la néphrectomie comme une opération applicable surtout dans les cas de pyélo-néphrite. Quant aux reins flottants, bandages et ceintures suffisent le plus généralement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

M. Degive, professeur à l'école vétérinaire de Curghem-lès-Bruxelles, adresse un mémoire relatif à l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse par injection intraveineuse. (Comm. MM. Leblanc, Goubaux et Bouley.)

M. Legouest, sur l'invitation de M. le président, donne de bonnes nouvelles de M. Rochard.

LECTURES

Hygrodermométrie. — **M. Collongues** donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Hygrodermométrie, ou Étude de l'hygrométrie médicale, appliquée à la peau et à ses fonctions.*

L'hygrodermométrie, dit M. Collongues, est un mode nouveau d'exploration médicale qui a pour but d'étudier la sécrétion cutanée au point de vue de la désassimilation et de la dénutrition. Il a basé sur elle une méthode expérimentale physique qui permet, à tout instant donné, de mesurer la vie de nutrition cutanée.

Cette étude a conduit M. Collongues à formuler les propositions suivantes qui la résument :

1° En plaçant les mains chaudes séparément ou ensemble dans un espace clos vitré, au milieu duquel est suspendu un fil de coton avec des branches de moelle de sureau, celles-ci exécutent un mouvement de rotation plus ou moins rapide selon le plus ou moins de transpiration des mains.

2° Les mains chaudes et sèches font faire aux aiguilles un mouvement lent d'oscillation ; les mains chaudes et moites, un mouvement continu avec arrêt sans recul ; les mains chaudes et humides sudorales, un mouvement continu sans arrêt ni recul.

3° Si on place un cadran horaire sous les aiguilles et que l'on compte deux minutes exactes (120″) pour chaque main, on obtient le nombre de degrés parcouru dans des temps égaux.

4° La peau humide se caractérise par un courant de sortie sudorale continue. Elle ne peut donc posséder que des pores de sortie ou d'élimination sans posséder des portes d'entrée ou d'absorption, d'où la démonstration qu'il n'y a point d'absorption épidermique possible.

5° Les bains, les douches, la vapeur n'agissent que sur les pores de sortie ou d'élimination cutanée soit pour les ouvrir plus largement, ou les entre-bâiller ou les fermer.

6° A l'état normal, les mains doivent produire, par minute, 10 degrés dermométriques correspondant à 20 milligrammes de transpiration insensible. La peau de tout le corps donne 1 gramme par minute et 1,442 grammes par jour. Au-dessus, c'est trop ; au-dessous, c'est trop peu.

7° La déperdition cutanée se fait sur toute la surface du corps, mais avec une intensité variable. Elle diffère d'une région à l'autre. Les plis articulaires, le dessous du sein chez les femmes, les surfaces sous-scrotales chez l'homme sont les plus actives.

8° Il n'y a point de différence entre le travail cutané de l'en-

fance, de l'adulte, de l'homme, de la femme. Le vieillard montre une baisse dermométrique très prononcée.

9° L'hygrodermométrie mesure la dépense cutanée des mains chaudes, laquelle varie en huit minutes avec un écart de 0 à 204°.

10° Elle mesure la manière dont cette dépense se produit en quatre temps égaux. Ce mode de formation a trois états : l'équilibre, le sus-équilibre ou la hausse, le sous-équilibre ou la baisse. Ces trois manières d'être donnent la recette ou l'avoir de la dépense.

11° La recette cutanée varie de 150/300 à 650/300, pour une dépense de 20 degrés dermométriques.

12° Si la dépense et la recette se correspondent à tout degré, les forces cutanées sont isosthéniques ou normales. Si la dépense cutanée est au-dessous de la recette, les forces cutanées sont riches ou hypersthéniques. Si la dépense cutanée est au-dessus de la recette, les forces cutanées sont pauvres ou hyposthéniques. Le degré de tension minima ou maxima se mesure au degré inférieur ou supérieur de la recette. La recette, c'est l'état dermométrique ou hygrométrique des mains.

13° La dermométrie mesure l'état général des forces d'après l'état hygrométrique des mains, quels que soient l'état local, le diagnostic, le pronostic.

14° Elle indique le choix de la médication à suivre d'après l'état général des forces ou de la faiblesse.

15° Elle dirige la médecine des sourds et muets affectés de maladies internes.

16° Elle annonce longtemps d'avance le diabète et la phtisie et fournit les indications d'une bonne médecine préventive.

17° Elle dirige la marche de la médication dans les cas de maladie simulée, d'hypocondrie ou d'une affection obscure à l'état latent.

18° Elle démontre la nécessité du rétablissement de la saignée dans les cas d'hyperémie hypersthénique à haute tension.

19° Elle constate les bons et les mauvais résultats d'une médication. Exemples pris dans la médication thermale de Vichy : Sur 64 observations prises à l'arrivée et au quatorzième jour de traitement, 48 ont augmenté de recette, 16 ont diminué. Tous ceux qui ont diminué n'ont tiré aucun résultat de la médication de Vichy, tandis que les autres ont été plus ou moins améliorés.

20° La dermométrie fixe le diagnostic de la mort réelle et de la mort apparente. Le dermomètre marque 9° après la cessation des battements du cœur et de la respiration. Il décroît d'un degré d'heure en heure, jusqu'à la dixième heure après la mort, qui n'est réelle qu'à l'immobilité complète des aiguilles.

21° Elle utilise les indications dans les cas de médecine légale où il y aurait à déterminer depuis combien de temps un assassinat aurait été commis, si on arrive peu de temps après la mort.

22° La dermométrie indique chez tout le monde une baisse dermométrique très remarquable après le coucher du soleil ou dans les premières heures de la première partie de la nuit.

23° La dermométrie démontre qu'on diminue notablement et qu'on arrête même la sécrétion cutanée des mains en touchant les coudes à nu de la personne en observation. Ce qui prouve que le travail cutané a pour origine le système nerveux qui se rend à la surface palmaire, puisque ce contact sans pression n'influence ni la chaleur vitale ni le travail du sang.

Le travail de M. Collongues est renvoyé à l'examen d'une commission.

Locomotion humaine. — M. GIRAUD-TEULON lit une note en réplique à la communication faite par M. Marey dans la séance du 25 septembre. Parmi les propositions opposées par moi aux théories nouvelles de M. Marey, dit-il, si une seule s'est vue de sa part l'objet de réserves ou d'objections, c'est tout justement celle qui offre le caractère le plus expressément doctrinal, en ce qu'elle vise le point capital des actes du saut et de la course, le mécanisme même par lequel, dans ces mouvements, le corps serait séparé du sol. Or ce mécanisme n'est point du tout un simple accident dans ces actes, ni spécial à certains animaux et à certaines allures ; c'est un des principes de mouvement les plus généraux et les plus répandus dans la mécanique animale tout entière. C'est en effet par son intervention que se voit presque partout réalisée la transformation de certains mouvements en certains autres, et qui suit, par exemple, à un moment donné, la manifestation subite de forces vives tenues jusque-là latentes ou en réserve. C'est ce que M. Giraud-Teulon s'est proposé de démontrer dans cette note.

En terminant cette démonstration, M. Giraud-Teulon fait remarquer qu'il a été un des premiers à proclamer que l'ingénieuse méthode de M. Marey, au même titre que celle fondée sur l'enregistrement autographique des mouvements, porte le germe de bien des progrès. Nous l'avons si peu en dédain, dit-il, que dans notre première communication nous l'avons spontanément appelée au secours de l'expérimentation. Mais en invoquant son concours, nous n'entendons pas devancer sa mise en œuvre : nous ne lui demandons pas de jugement quand elle n'en est encore, comme on a pu le reconnaître, qu'à la phase des expériences et la période des programmes.

Nous attendrons la production de ses premiers résultats scientifiques avant de célébrer ses conquêtes ; ce qui ne nous empêche pas pour le moment de rendre hommage pour la deuxième fois à la remarquable ingéniosité qui paraît avoir présidé à la conception de ses appareils.

M. MAREY rappelle avoir déclaré qu'il était inadmissible de refuser à notre corps la propriété de se soutenir en l'air sans support ; il a démontré la nécessité de cette théorie en s'appuyant sur des faits et sur les indications fournies par le dynamomètre. Il invite M. Giraud-Teulon à se rendre compte par lui-même des expériences qui démontrent ce fait.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est ouvert lundi 8 octobre. Le jury était définitivement constitué par MM. Sredey, Huchard, Descroizilles, Lucas-Championnière, Schwarz, Blum et Maygrier. Les candidats ont eu, pour question écrite, la question : « Région poplitée. — Gangrène sénile. »

Les questions restées dans l'urne étaient formulées comme suit : 1° Rectum chez l'homme. — Cancer du rectum ; 2° Voies biliaires. — Symptômes et complications de la lithiase biliaire.

— Le jury du concours de l'externat des hôpitaux de Paris se composera de MM. les docteurs Lacombe, Hanot, Letulle, Chauffard, Segond, Quénu et Bar.

— Le jury du concours pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux se compose de MM. les docteurs Tillaux, Marchand, Terrier, Bourdon, Panas, Marc Sée et Fernet.

Les candidats, au nombre de onze, sont : MM. les docteurs Assaky, Berne, Coudray, Guinard, Labbé, Le Prévost, Ménard, Pousson, Ricard, Verchère et Walther.

— Par décret, en date du 8 octobre 1883, M. Bavay, pharmacien professeur, a été promu au grade de pharmacien en chef dans le corps de santé de la marine.

— En exécution de l'arrêté ministériel, en date du 25 avril 1882, l'administration du Muséum aura à présenter à la nomination du Ministre de l'instruction publique, dans le courant d'octobre, dix candidats aux bourses de doctorat ès sciences naturelles. — Ces bourses sont de 1,500 francs chacune. — Les candidats devront faire parvenir le plus tôt possible leur demande et leurs titres à l'administration du Muséum d'histoire naturelle.

— Par décisions ministérielles en date des 22, 24 et 27 septembre 1883, les mutations suivantes ont eu lieu dans le corps de santé militaire :

Médecin principal de première classe : M. Dujardin-Beaumetz,

médecin-chef de l'hôpital et de la division de Constantine, est désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital du Dey et de la division d'Alger.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Guillemin, de l'hôpital de Bordeaux, détaché à l'hôpital thermal de Barège, passe à l'hôpital de Nancy.

Médecins-majors de première classe. — M. Richard passe du régiment de sapeurs-pompiers de Paris à l'emploi de professeur agrégé au Val-de-Grâce. — M. Boppe passe de l'hôpital d'Amélie-les-Bains à l'hôpital mixte de Lunéville (emploi créé). — M. Regnier passe des hôpitaux de la division de Constantine au régiment de sapeurs-pompiers de Paris. — M. Boncour passe de l'hôpital de Belle-Ile-en-Mer à l'hôpital d'Amélie-les-Bains. — M. Du Cazal, agrégé au Val-de-Grâce, passe à l'hôpital mixte de Clermont-Ferrand. — M. Zuber, agrégé au Val-de-Grâce, est attaché à la 7e direction au ministère de la guerre (provisoirement).

Médecins-majors de deuxième classe. — M. Dubajadoux passe du 124e d'infanterie à l'hôpital de Belle-Ile-en-Mer. — M. Gély-Guinard passe du 55e d'infanterie aux dépôts des 2e et 3e zouaves, à Arles. — M. Vaillard passe du 75e d'infanterie à l'emploi d'agrégé au Val-de-Grâce. — M. de Casabianca passe du bataillon du 139e d'infanterie, détaché à Nemours (division d'Oran), rentrant en France, au 75e de même arme. — M. Chavasse passe du 10e hussards à l'emploi d'agrégé au Val-de-Grâce. — M. Charvot, agrégé au Val-de-Grâce, passe au 10e hussards. — M. Lambert passe du bataillon du 6e d'infanterie détaché à Bizerte (Tunisie), au 124e de même arme.

Médecins aide-majors de première classe. — M. Farcy passe du 3e spahis au 8e dragons, à Valenciennes. — M. Vieille passe du bataillon du 2e d'infanterie détaché en Algérie, au 3e spahis, à Batna. — M. Janicot passe du bataillon du 98e d'infanterie détaché à Tlemcen (division d'Oran), rentrant en France, au 22e de même arme. — M. Bouchereau, désigné pour le 1er chasseurs d'Afrique, passe au 3e hussards. — M. Bischoff passe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie au bataillon du 6e d'infanterie, détaché à Bizerte (Tunisie). — M. Boinet passe du 58e d'infanterie au 121e de même arme. — M. Perret passe du 2e zouaves au 69e d'infanterie. — M. Cahier passe du 127e d'infanterie au 134e de même arme. — M. Weiss passe du 54e d'infanterie au 26e de même arme. — M. Toussaint passe des hôpitaux de la division d'Oran au 2e zouaves. — M. Véron passe des hôpitaux de la division d'Alger au 1er chasseurs d'Afrique. — M. Roblot passe du 2e spahis au 9e cuirassiers. — M. Richard passe des hôpitaux de la division de Constantine au 22e dragons. — M. Comte passe des hôpitaux de la division d'Oran au 2e spahis. — M. Schmit passe du 6e cuirassiers au 22e d'artillerie. — M. Mourey passe des hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie au bataillon du 137e d'infanterie détaché à Gafsa (Tunisie).

Médecins aide-majors de deuxième classe. — M. Hutin passe du 8e dragons aux hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie. — M. Béchard passe du 9e dragons, à Cambrai, aux hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie.

Pharmacien principal de première classe. — M. Schmit passe de la réserve des médicaments, à Marseille, à la pharmacie centrale des hôpitaux, à Paris.

Pharmacien principal de deuxième classe. — M. Babeau passe de l'hôpital de Marseille à la réserve des médicaments, dans la même ville.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15160.

10

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux. dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc. PARIS, phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

12

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Vin et Huile de foie de Morue

CRÉOSOTÉS du Dr G. FOURNIER.

0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,05.

Seules récompensées à l'Exp. univ. de Paris, 1878

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — Exiger la signature.

87

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

73

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

75

RACHITISME, MALADIES DE PEAU, SYPHILIS.

Le Rob Lechaux

Préparé par MARIO LECHAUX, pharmacien, rue Sainte-Catherine, 164, Bordeaux.

contient exactement 40 centigrammes d'Iodure de potassium par cuillerée à bouche.

Le **ROB LECHAUX** est un excellent produit, qui a depuis longtemps fait ses preuves dans de nombreuses affections d'origine dyscrasique, telles que la *syphilis invétérée*, les *adénopathies strumeuses*, les *Anémies graves et rebelles*, le *Rachitisme*, etc., etc.

Dans le **ROB LECHAUX**, les sucs de **Cresson**, de **Salsepareille rouge** et d'**Écorce d'Orange** sont savamment combinés à l'**Iodure de potassium**, et c'est grâce à cette combinaison que l'on peut éviter à coup sûr les *Gastralgies*, les *Entéralgies* que produit trop souvent l'iodure administré en solution.

Le flacon : 4 fr., dans toutes les pharmacies.

131

Papier et cigares de Gicquel

PHARMACIEN DE PREMIÈRE CLASSE, A PARIS.

Recommandés par les docteurs *Pidoux, Courty, Béhier*, dans l'ASTHME, l'*oppression*, l'*emphysème* et les *affections des voies respiratoires*.

3 fr. la boîte dans les principales pharmacies.

7

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

25

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

19

Institut hydrothérapique

3, rue du Dôme, avenue d'Eylau (28e année). Médecin en chef : E. DUVAL. Sous presse : *De la cure des maladies par l'eau froide*; clinique de 26 années de pratique. Traitt spécial des affections nerveuses et chroniques. — Jardin, gymnase.

61

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

111

Bain de Pennès, hygiénique,

RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer.**

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail : toutes pharm.

58

Dragées Grimaud (de Poitiers)

FERRO-ERGOTÉES

CINQUANTE ANNÉES DE SUCCÈS.

Guérison radicale et infaillible de toutes les *affections anémiques*, de la *chlorose* et de l'*incontinence d'urine*. — S'adresser, pour toutes demandes et renseignements, à MM. GRIMAUD fils et Cie, rue Boncenne, 19, à Poitiers.

104

Poudre de sang

DE J. GUERDER, B. S. G. D. G.

Anémie, Chlorose, Affections organiques, Alimentation forcée. — Prix du flacon : **3 fr. 50.**

Poudre d'œufs

La plus agréable et la plus complète des poudres alimentaires. — Prix du flacon : **6** fr. DALMON, phien, 80, rue du Faubourg Saint-Denis.

74

Pilules suisses

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

100

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phtisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée, etc.*), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, *rue Bonaparte.*

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rend aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

177

PHTISIE, ANÉMIE, RACHITISME.

Vin de Barabeau

PEPTONE ARSÉNIO-PHOSPHATÉE.

10 gr. viande, 1 gr. bi-phosphate de chaux arsénié par cuillerée à bouche.

Reconstituant énergique, entièrement assimilable,

Paris, CARMOUCHE, 49, rue Vieille-du-Temple. — Angoulême, BARABEAU, phen-chimiste, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

76

Méd. aux Exposit. Vienne 1873, Philadelphie 1876

Cachets de sulfate de quinine

LIMOUSIN, ph., Paris, 2 *bis*, r. Blanche.

Suppression de l'amertume. Solubilité complète. Contrôle de pureté. 20 cachets de 0,10 cent., l'étui 3f; 10 cachets de 0,20 cent., l'étui 3f. Envoi poste.

Touj. prép. avec le sulf. de quinine des 3 cachets.

22

AFFECTIONS DES BRONCHES ET DE LA GORGE

Une petite mesure (12 centigr.) de

Sulfureux Pouillet

dans un verre d'eau donne de suite une Eau sulfureuse incolore et d'une conservation parfaite.

Marcellin Pouillet

Fl. pr 10 litres d'eau. 2f,50

Fl. pour un bain.. 1 fr.

Donc, **économie** et **préparation** toujours **identique**.

Approuvé par l'Académie de médecine.

CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

33

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

41

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.

REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

N° 118. — SAMEDI 13 OCTOBRE 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 13 OCTOBRE 1883. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE	3 mois : 10 fr. ».	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Ablation d'un cancroïde de la mamelle, ou épithélioma intracanaliculaire de la glande mammaire. — De l'œdème des replis aryténo-épiglottiques dans les maladies chroniques du larynx. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. Programme d'un examen d'aptitude à l'emploi de médecin et de pharmacien stagiaires. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ablation d'un cancroïde de la mamelle, ou épithélioma intracanaliculaire de la glande mammaire.

M. Peyrot, suppléant de M. le professeur Richet à l'Hôtel-Dieu, a appelé notre attention, dans l'une de ses dernières conférences cliniques, sur une malade couchée au n° 8 de la salle des femmes et qui est actuellement guérie d'une grave opération qu'elle a subie il y a environ sept semaines.

Bien qu'il s'agisse d'un fait vulgaire en apparence, l'amputation d'un sein atteint de cancroïde, l'histoire de cette malade est assez intéressante à plus d'un titre, pour que nous croyions devoir en rappeler ici les principales particularités.

Il s'agit d'une femme âgée de soixante-dix ans, paraissant bien son âge, maigre et ridée bien que sa santé ait été toujours bonne. Elle n'a, assure-t-elle, jamais eu aucune maladie. Elle s'est aperçue, il y a dix-huit mois, qu'il s'était formé, à la partie inférieure et externe du sein gauche, une petite grosseur aplatie, de la largeur, suivant son appréciation, d'une pièce de deux sous. Cette grosseur, grandissant peu à peu, a fini par envahir tout le sein. Dès son début, elle était déjà douloureuse; parfois elle donnait lieu à de vifs élancements, d'autres fois à la sensation d'une brûlure, et à de certains moments à de fortes démangeaisons.

Depuis six mois, le mamelon laissait suinter un liquide séro-sanguinolent peu épais. Cet écoulement augmentait par la pression et par les mouvements.

Voici les caractères qu'elle présentait au moment où la malade a été examinée.

Tandis que le sein droit est aplati, le sein gauche a le volume d'un fort poing d'adulte. Sa forme est assez régulièrement hémisphérique; le mamelon, nullement rétracté, aplati seulement, occupe la partie centrale. La peau, finement ridée, a conservé sa couleur normale, sauf sur la portion externe de la tumeur où, criblée de dépressions séparées par de légères élevures, elle prend tout à fait l'aspect « peau d'orange ». On sent qu'à ce niveau elle adhère assez fortement aux parties profondes. Dans le reste de la tumeur, sans adhérer, elle n'est pas absolument libre : on dirait qu'une sorte d'œdème dur l'unit à la glande.

Celle-ci, prise dans la totalité, semble uniformément indurée; elle donne la sensation d'une masse fibreuse. Elle n'adhère pas aux parties profondes. On constate, en outre, à la partie supérieure de l'aisselle, l'existence d'un ganglion volumineux relié à la partie externe de la tumeur par un cordon induré.

En face de ces caractères, la malade ne présentant d'ailleurs rien d'anormal dans les principaux viscères, M. Peyrot n'a pas hésité à diagnostiquer une tumeur maligne, se fondant à la fois sur l'âge de la malade, sur le mode de développement de la tumeur, sur l'envahissement partiel de la peau, et sur la propagation du mal à un ganglion axillaire. Mais ce n'était là qu'un diagnostic clinique, — ce qui est déjà beaucoup. — Était-il possible d'aller plus loin et de chercher à faire le diagnostic anatomique? A quelle espèce de tumeur avait-on affaire? M. Peyrot a pensé que la chose était possible et il a formulé le diagnostic suivant : cancroïde mammaire, siégeant dans les canaux galactophores et ayant sur quelques points probablement rompu l'enveloppe de la glande.

Rappelant qu'il a déjà eu l'occasion, à propos d'un malade chez lequel il a enlevé une petite tumeur du nez, d'entretenir ses auditeurs de certaines formes de cancroïdes décrites par M. Robin d'abord, puis par M. Verneuil, comme le résultat de l'hypertrophie de l'épithélium de certains culs-de-sac glandulaires, c'est à cette forme d'épithélioma que M. Peyrot a cru devoir rattacher le fait présent. Ces polyadénomes, comme les a appelés Broca, ces épithéliomas glandulaires, comme M. Peyrot aime mieux les appeler lui-même, ne dépendent pas seulement des glandes sudoripares ou sébacées, elles peuvent exister aussi dans les glandes mammaires, ainsi que l'ont établi les recherches de MM. Cornil et Ranvier, et depuis, celles de MM. L. Labbé et P. Coyne, dans leur *Traité des Tumeurs bénignes du sein.*

M. Peyrot s'est arrêté à ce diagnostic d'épithélioma intercanaliculaire en se fondant sur ce que la tumeur, après un temps déjà fort long, n'avait pas sensiblement envahi la peau, sur ce qu'elle semblait bien limitée à la glande, qui d'ailleurs paraissait prise en totalité, et enfin sur le symptôme de l'écoulement par le mamelon.

Ce dernier signe que Nélaton et A. Richard avaient cru pouvoir indiquer comme lié aux tumeurs bénignes et qui a été constaté plusieurs fois depuis, dans des épithéliomas intracanaliculaires, n'a pas, aux yeux de M. Peyrot, une grande valeur au point de vue du diagnostic de la nature

anatomique; il indique seulement que les canaux galactophores sont restés perméables et qu'ils sécrètent vers leur fond, ce qui ne se voit pas dans le carcinome dont les masses oblitèrent vite ces canaux. Ce signe déposait donc ici contre l'hypothèse d'un sarcome.

En diagnostiquant un épithélioma mammaire endo-canaliculaire, M. Peyrot faisait remarquer qu'ici la lésion avait, sur quelques points, franchi les culs-de-sac de la glande, ainsi qu'en témoignait l'adhérence constatée sur une petite portion de la peau et surtout la présence du gros ganglion axillaire relié à la glande par un isthme induré; ce qui, par parenthèse, constituait ici le caractère particulièrement grave de la tumeur et devait la faire classer dans les tumeurs malignes.

Le diagnostic ainsi posé, quelle devait être la conduite à tenir? S'abstenir, sous le prétexte que la malade était âgée, qu'elle supporterait mal l'opération et pourrait succomber à la moindre complication, ou qu'un jour ou un autre on verrait la récidive se produire?

Cette objection générale à l'ablation des tumeurs du sein, depuis longtemps réfutée, même pour les cas de carcinomes avérés, a paru d'autant moins admissible dans ce cas-ci, qu'on sait que les cancroïdes, à la condition d'être complètement enlevés, laissent au sein comme ailleurs des chances sérieuses de guérison.

L'opération décidée a été pratiquée. Elle a consisté dans l'ablation, à l'aide du bistouri, de la tumeur dans sa totalité, y compris la peau dont l'état était suspect, ainsi que du ganglion axillaire et de la traînée d'induration qui le reliait à la tumeur.

Nous ne nous arrêterons ni sur les détails opératoires, ni sur les pansements. Bornons-nous à dire qu'aujourd'hui la cicatrisation est complète et que l'état général de l'opérée est parfait. Mais il nous reste à dire un mot de l'examen de la tumeur, qui a donné pleinement raison au diagnostic de M. Peyrot.

Voici le résultat de cet examen qui a été fait dans le laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

La surface de section de la tumeur examinée à l'œil nu permet de constater que la peau, non altérée dans la plus grande partie de son étendue, est reliée à la tumeur par un tissu dur, mais d'aspect normal. La tumeur est constituée par une masse blanchâtre, dure, donnant peu de suc au raclage et présentant des sortes de petits kystes remplis d'une matière épaisse.

Le suc obtenu par le raclage, examiné au microscope, montre à un fort grossissement :

1° Des cellules cubiques à noyaux volumineux avec de nombreuses granulations;

2° Des cellules en dégénérescence granulo-graisseuse;

3° Des cellules embryonnaires, des globules sanguins, etc.

Une coupe de la tumeur montrait :

1° La peau saine;

2° Le tissu conjonctif normal contenant des conduits galactophores entourés d'un tissu fibreux épais.

Sur quelques préparations on a trouvé des conduits considérablement dilatés et rappelant ceux qu'on observe chez une femme en lactation.

Les lobules glandulaires étaient également développés, comme ils le sont dans la période active de la lactation. Nettement distincts les uns des autres, ils avaient une forme arrondie ou ovalaire. Quelques-uns se continuaient nettement avec les canaux excréteurs dilatés.

Ces culs-de-sac glandulaires étaient séparés les uns des autres par du tissu conjonctif normal d'une teinte rosée. Ils étaient eux-mêmes d'une teinte rouge vif, sauf quelques-uns qui présentaient une teinte gris-jaune, qui faisait déjà soupçonner une dégénérescence granulo-graisseuse. Enfin, en quelques points, les culs-de-sac n'avaient plus de limites nettes et semblaient envahir le tissu conjonctif ambiant.

Sur la plupart des points les canaux excréteurs sont simplement hypertrophiés.

Près des culs-de-sac les canaux dilatés sont partiellement remplis par la prolifération de leur épithélium.

Mais les lésions les plus importantes portaient sur les culs-de-sac glandulaires.

Les culs-de-sac étaient remplis par des cellules cubiques formant une couche assez régulière à la périphérie. A la partie centrale les cellules ont un noyau très net et leur protoplasma renferme de nombreuses granulations.

Sur d'autres points les cellules ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Elles n'adhèrent plus entre elles et forment une sorte de magma.

Entre ces cellules et le tissu conjonctif, on voit la membrane basale considérablement hypertrophiée. Dans la plus grande partie de son étendue elle a résisté; mais en quelques points elle s'est laissé envahir. On voit les cellules épithéliales s'infiltrer dans le tissu conjonctif. C'est par ces points que l'épithélioma est devenu infectieux.

En résumé, il s'agissait bien ici, ainsi que M. Peyrot l'avait présumé, d'un épithélioma intracanaliculaire de la mamelle, ayant débuté au niveau des culs-de-sac glandulaires de la mamelle et ayant franchi consécutivement ces culs-de-sac en quelques points, tendant ainsi à devenir infectant.

De l'œdème des replis aryténo-épiglottiques dans les maladies chroniques du larynx.

Dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux en juin dernier, M. Gouguenheim s'est proposé de démontrer, contrairement à l'opinion anciennement soutenu par Sestier et admise jusqu'ici relativement à l'œdème de la glotte, considérée comme cause de la suffocation dans les maladies chroniques du larynx, que cet œdème des replis aryténo-épiglottiques n'est pas toujours accompagné de dyspnée; que dans quelques circonstances il peut rester latent et n'être reconnu que par l'examen laryngoscopique; que les accès de suffocation et le sifflement inspiratoire attribués dans la théorie de Sestier à cet œdème ne sont dus, dans ces cas, qu'à un spasme intercurrent, soit d'origine réflexe, soit par compression des nerfs récurrents. D'où cette conséquence pratique que la constatation de l'existence d'un œdème de la glotte n'entraîne pas nécessairement l'indication de la trachéotomie ou des scarifications des replis aryténo-épiglottiques proposées et pratiquées dans quelques cas par Sestier.

A l'appui des propositions émises dans sa communication et dont nous ne rappelons ici que les principales, M. Gouguenheim nous fait connaître trois faits d'œdème de la glotte, deux dans le cours d'une phtisie laryngée aiguë et un dans celui d'une phtisie pulmonaire chronique, qu'il vient d'observer dans son service à l'hôpital Bichat.

Le premier de ces faits s'est présenté chez un homme de trente-huit ans, entré dans le service malade depuis dix jours, enroué, presque aphone, mais sans dyspnée laryn-

gienne ; il avait, en outre, une fièvre intense, de la diarrhée et de la congestiou pulmonaire avec hémoptysie. Ce malade succomba au bout de seize ou dix-sept jours de séjour à l'hôpital, sa voix étant complètement éteinte depuis une semaine, mais n'ayant jamais présenté d'accès de suffocation. L'examen laryngoscopique, pratiqué plusieurs fois pendant la vie, n'avait jamais permis de voir les cordes vocales, en raison de l'hypertrophie des tissus de l'ouverture du larynx (replis et épiglotte). L'examen du larynx, à l'autopsie, montra un épaississement considérable des replis aryténo-épiglottiques, dû à la fois à de l'infiltration tuberculeuse et séreuse, avec carie des cartilages aryténoïdes et ulcérations de l'épiglotte et des cordes vocales. Les cartilages cricoïde et thyroïde étaient sains.

Donc absence complète de dyspnée laryngienne, malgré l'existence d'un œdème considérable des replis, mais limité à cette région.

Le deuxième malade est un homme de trente-deux ans, entré à l'hôpital malade depuis trois semaines et alité depuis quinze jours. Sa maladie avait débuté par de la toux, de l'enrouement, mais sans dyspnée larygienne ; fièvre continue très intense. A l'examen laryngoscopique on constate une rougeur intense, mais sans épaississement considérable ; les cordes vocales ne sont pas ulcérées, mais elles sont écartées et ne peuvent se rapprocher. Cet homme meurt au bout de vingt et un jours de séjour à l'hôpital, n'ayant jamais présenté pendant tout ce temps de dyspnée laryngienne ni de suffocation. A l'autopsie, on trouve dans le larynx un œdème séreux des replis aryténo-épiglottiques, plus, à droite, au niveau du cartilage aryténoïde, une énorme ulcération qui mène à une cavité pleine de pus, où baigne le cartilage aryténoïde.

L'épiglotte était épaissie et ulcérée légèrement à sa face interne ; les cordes vocales légèrement ulcérées. Même conclusion que pour le fait précédent.

Le troisième fait est relatif à un homme atteint de phtisie chronique, présentant à son entrée tous les signes stéthoscopiques d'une tuberculose pulmonaire avancée. Cet homme avait une hypertrophie énorme de l'épiglotte et des replis, ne donnant lieu ni à de la dyspnée laryngienne, ni à des accès de suffocation. Sauf un peu de dysphagie, cette lésion aurait pu passer presque inaperçue, sans l'examen laryngoscopique. Pendant son séjour, il eut une fois des accès, mais qui ne durèrent point, quelques gargarisations et pulvérisations émollientes ayant suffi pour les amender. Ce malade ayant succombé dans la cachexie la plus complète, l'autopsie fit constater une infiltration tuberculeuse énorme de l'épiglotte, des deux replis et même un commencement d'épaississement vestibulaire. Le long de la trachée, au-dessous du larynx, on voyait un ganglion considérable, appuyé sur le nerf récurrent gauche; le droit était entouré de ganglions moins volumineux.

Ce troisième fait démontre encore l'absence de dyspnée laryngienne et d'accès de suffocation (sauf, comme on l'a vu, un accès unique, peu intense et de peu de durée), avec des masses tuberculeuses des replis aryténo-épiglottiques. On en pourrait déduire aussi l'origine possible des accès de suffocation dans l'existence des ganglions sous-laryngiens, circonstance sur laquelle M. Gouguenheim a déjà appelé l'attention, il y a deux ans, dans un travail sur l'adénopathie trachéo-laryngienne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 octobre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Tumeur dermoïde du plancher de la bouche. — M. **CHAUVEL** lit un rapport sur une observation de tumeur dermoïde du plancher buccal adressée par M. Darguignac, médecin-major : Origine congénitale, accroissement rapide vers la vingtième année, siège médian, connexion avec les muscles, etc. Aucun des signes n'avait manqué pour établir le diagnostic qui du reste fut confirmé par une ponction exploratrice qui fournit la matière sébacée caractéristique. L'extirpation de cette tumeur ne présenta pas de complications et la guérison fut rapidement obtenue.

Névralgie de la branche ophtalmique du trijumeau. — M. **CHAUVEL** analyse une seconde observation de M. Darguignac relative à un cas de zona ophtalmique avec troubles cornéens. Il s'agit d'un homme de vingt-quatre ans, qui fut atteint de cette affection à un degré assez grave et chez lequel les troubles cornéens devenaient menaçants lorsqu'à l'apparition d'une parotidite aiguë les accidents ophtalmiques s'amendèrent notablement et finirent même par disparaître. L'auteur se demanda si, dans un cas de ce genre, il ne serait pas indiqué de recourir à l'élongation ou même à l'arrachement du nerf nasal externe. M. Chauvel ne partage en aucune façon cette opinion ; les résultats obtenus par cette opération ne lui paraissent pas de nature à la considérer comme indiquée dans un cas de zona ophtalmique avec troubles cornéens.

Taille hypogastrique. — M. **DESPRÉS** communique une observation de taille hypogastrique. Cette opération, dit-il, qui, il y a peu d'années, était exceptionnellement pratiquée, a été faite depuis cinq ans par un grand nombre de chirurgiens. Il y a lieu de se demander s'il n'y a pas là un entraînement blâmable, étant donné surtout que la taille hypogastrique a été pratiquée pour l'extraction de calculs pesant seulement 40, 30 et même 25 grammes, alors que, selon moi, elle ne doit être faite que pour extraire les calculs très volumineux.

Le malade que j'ai opéré était un jeune homme de vingt et un ans, qui portait un calcul énorme, ne pesant pas moins de 145 grammes. Ce sont ces calculs qui sont véritablement justiciables de la taille hypogastrique. Aussi n'ai-je pas hésité dans ce cas à y recourir. Ce malade avait sa pierre depuis longtemps ; il rendait des urines purulentes et avait eu à plusieurs reprises des poussées du côté du rein, si bien qu'il y avait lieu de concevoir quelques craintes au sujet des accidents infectieux qui pourraient se produire après l'opération. Ce malade fut opéré au mois de juin dernier par le procédé de Rousset. Après l'opération, un tube à drainage en caoutchouc gris vulcanisé fut introduit par le cathétérisme rétrograde. Il y eut consécutivement un peu d'urétrite ; il se forma un abcès dans le tissu spongieux de l'urètre ; il y eut même aussi plusieurs accès de douleurs rénales avec fièvre ; enfin le malade a fini par guérir le cinquante-cinquième jour et, après s'être rouverte deux fois, la plaie était complètement cicatrisée quatre mois après l'opération, ainsi que le voient mes collègues.

Le procédé de Rousset consiste, comme on sait, à inciser largement la paroi abdominale et à ouvrir la vessie sans avoir recours au ballonnement du rectum ni à l'injection intravésicale. L'opération ne présenta aucune difficulté ; c'est une des plus simples et des mieux réglées, pourvu qu'on se fasse suffisamment de jour. C'est là surtout ce qu'il importe de bien savoir et c'est à tort que la plupart des chirurgiens qui pratiquent aujourd'hui cette opération s'appliquent à diminuer de plus en plus la longueur de l'incision, soi-disant pour ne pas ouvrir le péritoine.

Il résulte en effet d'expériences auxquelles je me suis livré sur cinq cadavres que jamais la vessie n'est absolument pleine ni absolument vide, et j'ai pu, par le procédé dont je vais parler,

entrer d'emblée dans la vessie quatre fois sur cinq. Dans le cinquième cas, il s'agissait d'un anurique qui avait de l'ascite.

Il y a donc toujours de l'urine dans la vessie, à moins que le malade ne vienne d'uriner, à plus forte raison dans les cas où la vessie est continuellement irritée par la présence d'un corps étranger. Or, du moment que la vessie est tant soit peu distendue par une certaine quantité d'urine, l'opération se trouve simplifiée.

Il y a, en outre, un guide sûr : c'est l'ouraque qui s'étend en éventail sur le sommet de la vessie, ainsi que cela se trouve représenté dans la planche 141 de l'atlas de Béraud. On voit aussi sur cette même planche les deux veines épigastriques qui constituent également un point de repère précieux. Enfin il faut se rappeler que la hauteur des muscles pyramidaux correspond exactement à celle de l'ouraque dans les cas où la vessie est normale, c'est-à-dire contenant un peu d'urine. Guidé par ces points de repère, on arrive très aisément à faire une incision convenable, c'est-à-dire de 7 à 9 centimètres.

En résumé, inciser la ligne blanche sur toute la hauteur du muscle pyramidal, chercher les deux veines épigastriques, chercher le point où l'ouraque s'épanouit sur la vessie, inciser celle-ci aussi près que possible du pubis, si l'incision est insuffisante pour laisser passer le calcul, l'agrandir en haut et en bas avec des ciseaux.

En terminant, dit M. Després, je veux rendre hommage à Giraldès, qui disait que la taille hypogastrique est la moins meurtrière de toutes les tailles, et qui en cela avait vu juste. Il n'en est pas moins vrai que cette taille doit être réservée pour l'extraction de gros calculs et non pour des calculs de 25 ou 30 grammes.

M. Després met le calcul sous les yeux de la Société. Ce calcul paraît s'être développé dans la portion prostatique de l'urètre et avait remonté dans la vessie; il est composé de phosphate de chaux.

Il y a avantage à ce que la plaie ne se ferme pas trop vite, attendu que s'il reste des fragments, on peut ultérieurement les enlever facilement en dilatant au besoin la plaie avec une éponge préparée. C'est ce qu'a fait M. Després chez son malade. Il a employé les anciennes méthodes de pansement; il a seulement, pendant quelques jours, lavé la plaie avec de l'acide borique pour neutraliser l'alcalinité de l'urine.

M. PERIER communiquera prochainement trois observations de taille hypogastrique par le procédé de Petersen. Il exprime le regret que M. Després n'ait pas fait d'expériences comparatives, sur le cadavre, entre le procédé qu'il a employé et les procédés par ballonnement du rectum ou injection intravésicale.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer qu'il est beaucoup de chirurgiens qui ont pensé que la taille hypogastrique devait remplacer la taille périnéale. Amussat fils, qui avait suivi la tradition de son père, pratiquait la taille hypogastrique et même avec l'anse galvanique qui lui a donné de bons résultats. Le procédé auquel a eu recours M. Després est intéressant, mais il peut précisément présenter des difficultés qu'on évite avec le ballonnement. En effet, s'il y a des sujets chez lesquels on peut facilement entrer dans la vessie peu distendue, il en est d'autres chez lesquels on rencontre de grandes difficultés, même la vessie étant distendue. Or, avec le ballonnement du rectum, on ne rencontre jamais ces difficultés.

Amussat père disait, avec raison : « Il faut avoir trouvé la vessie sans fouiller pour moins s'exposer aux infiltrations urineuses, » c'est précisément là l'avantage que procure le ballonnement par le procédé de Petersen.

Il n'est pas exact, comme le dit M. Després, qu'il y ait toujours de l'urine dans la vessie. On sait qu'il y a des vessies qui ne retiennent pas une goutte d'urine.

La taille hypogastrique est une bonne opération, bien connue et qui a fait ses preuves; elle présente parfois certains inconvénients difficiles à surmonter. Ce sont ces inconvénients qu'on évite avec le procédé de Petersen.

M. TERRIER demande à M. Després, dont on connaît l'horreur pour les procédés dits antiseptiques, dans quel but il a fait des lotions de la plaie avec l'acide borique.

M. MARC SÉE fait observer que les muscles pyramidaux indiqués par M. Després comme points de repère, sont très variables dans leur étendue, dans leur hauteur, et parfois même font complètement défaut.

M. DESPRÉS répond à M. Terrier qu'il a eu recours à l'acide borique dans le but d'acidifier l'urine qui sortait par la plaie et non par un penchant à adopter les pansements antiseptiques.

M. TERRIER fait observer que rien ne prouve que l'acide borique acidifie l'urine alcaline.

M. DESPRÉS répond à M. Marc Sée qu'il y a peut-être un sujet sur dix mille qui n'a pas de muscles pyramidaux. On sait que, de tous les systèmes organiques, le système musculaire est celui qui présente le moins d'anomalies.

Il répond à M. Lucas-Championnière qu'il a dit qu'il y avait toujours de l'urine dans la vessie, à moins que le malade ne vînt d'uriner ou ne fût anurique. Il se défend d'avoir apporté cette observation comme un exemple d'une opération nouvelle; il a voulu seulement faire connaître certaines particularités de la taille hypogastrique et montrer surtout que les procédés nouveaux récemment vantés, surtout par des spécialistes, le ballonnement et l'injection intravésicale, étaient le plus souvent inutiles.

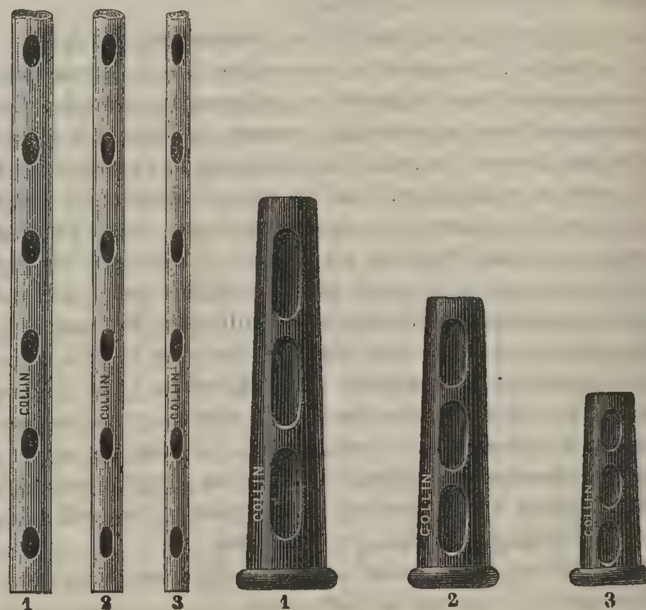
Angiome pulsatile. — **M. POULET** donne lecture d'une observation d'angiome pulsatile du pavillon de l'oreille, guéri par l'extirpation. (Comm. : MM. de Saint-Germain, Nepveu et Richelot.)

PRÉSENTATION

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente de nouveaux tubes à drainage, construit sur ses indications par M. Colin.

Les premiers sont des tubes métalliques en aluminium, légers, très minces de parois, se laissant tailler au couteau; on les emploie dans quelques cas spéciaux.

Les autres sont des drains en caoutchouc durci, ayant en petit la forme du spéculum de Fergusson; ils sont incompressibles, mais très doux et parfaitement supportés par les tissus; en les plaçant



dans les plaies, ils font un excellent drainage; à mesure que la plaie se cicatrise, les tubes peuvent être changés en les mettant de plus en plus petits; on les nettoie aisément, même avec l'eau bouillante. Un jeu de ces drains suffit à tous les besoins.

Les mêmes tubes ont été construits en celluloïde; ils sont bons aussi, mais s'usent rapidement, altérés par les acides.

La séance est levée.

Séance du 10 octobre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Taille hypogastrique. — M. TILLAUX, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Després, fait connaître les résultats de ses recherches sur les rapports du péritoine avec la vessie. Cette question, dit-il, qui offre un très grand intérêt au point de vue de la taille hypogastrique, m'a vivement préoccupé. M. Sappey a indiqué des rapports nouveaux, inconnus jusque-là; il arrive à cette conclusion qu'à mesure que la vessie se distend, le péritoine, qui la recouvre, descend. Il pense, en effet, et dit très nettement que plus la vessie se distend, plus le péritoine descend. S'il en était ainsi, nous aurions vraiment grand tort de recommander la distension de la vessie pour l'opération de la taille hypogastrique; ce serait aller au-devant de la blessure du péritoine. Mais il est bien évident que M. Sappey a, sur ce point, commis une erreur; il est incontestable, en effet, que la portion de péritoine en rapport avec la vessie se relève quand la vessie se remplit et s'élève d'autant plus que la vessie est plus distendue; cette portion de péritoine, qui tapisse la face antérieure de la vessie à l'état de vacuité, en tapisse le sommet quand elle est pleine. Donc plus la vessie est distendue, plus grande en est la surface accessible au chirurgien. Lorsqu'elle est tout à fait pleine, il y a environ 3 centimètres et demi de surface accessible au chirurgien; quand elle est à moitié remplie, cette surface n'est que de 1 centimètre et demi, etc.

La conclusion à tirer de ces faits, au point de vue de la taille hypogastrique, est facile : c'est que, contrairement à l'assertion de M. Després, la distension de la vessie est extrêmement utile dans cette opération; j'en suis, pour ma part, absolument partisan. Le ballon de Petersen est également très utile en faisant saillir la vessie de telle sorte qu'elle vient se présenter sous le bistouri comme un abcès sous-cutané. Je me résumerai donc par les trois propositions suivantes :

1° Plus la vessie est distendue, plus le péritoine remonte et plus, par conséquent, la vessie devient accessible au chirurgien;

2° Il est donc utile de pratiquer la distension de la vessie au point de vue de la taille hypogastrique ;

3° Enfin, le ballon de Petersen facilite encore l'opération en faisant saillir la vessie sous la peau.

M. MARC SÉE partage complètement l'opinion de M. Tillaux; on comprend que la vessie, en se distendant, doive porter en haut le cul-de-sac péritonéal qui la recouvre. L'utilité du ballon rectal est aussi facile à comprendre.

M. Sée revient sur la variabilité d'un point de repère proposé par M. Després, sur la hauteur des muscles pyramidaux. Déjà, dans la dernière séance, il a insisté sur ce point, mais il n'a point convaincu M. Després; il pense qu'il acceptera, à défaut de la sienne, l'autorité de Henle, de Sappey, de Cruveilhier. M. Sée cite les différents passages de ces auteurs dans lesquels ils insistent sur la variabilité de la hauteur, du siège, de l'existence même des muscles pyramidaux. Prendre ces muscles comme point de repère dans l'opération de la taille hypogastrique ne semble donc pas rationnel.

M. TRÉLAT, dans les nombreuses préparations anatomiques qu'il a faites ou fait faire pendant son prosectorat et son adjuvat, a eu maintes fois l'occasion de constater que, quelle que fût la distension de la vessie, ses rapports avec le péritoine étaient tels que celui-ci ne formait jamais un sinus profond au-devant d'elle, mais au contraire descendait très peu sur sa face antérieure.

M. DESPRÉS. Les rapports de la vessie avec la paroi abdominale sur la ligne médiane ne sont pas ceux qu'on trouve sur les côtés de la ligne médiane. Or, si les rapports indiqués par M. Sée et les auteurs qu'il invoque sont vrais pour les parties latérales, ils ne le sont plus pour la ligne médiane où il faut compter avec l'ouraque. Et c'est précisément en raison de la disposition de l'ouraque en ce point que je me crois autorisé à protester contre l'utilité de la distension vésicale ou du ballon de Petersen. Le péritoine est disposé de telle façon qu'il représente, de chaque côté de l'ouraque, deux renflements comparables à deux mamelles. Quant au muscle pyramidal, s'il est vrai qu'il soit très variable dans sa partie charnue, il ne varie pas dans sa partie tendineuse.

M. TILLAUX pense qu'il est dangereux de prendre l'ouraque comme point de repère; si l'on va chercher l'ouraque, on tombe précisément sur le péritoine; il est très difficile, en effet, d'arriver sur l'ouraque sans atteindre le péritoine. Je ne crois donc pas que ce soit un bon conseil à donner aux chirurgiens que la recherche de l'ouraque dans l'opération de la taille hypogastrique.

M. MONOD a pratiqué six fois la taille hypogastrique. Dans tous ces cas, sa plus grande préoccupation a été de ne pas même voir le péritoine. Trois fois il a pratiqué l'opération avec le ballon de Petersen auquel il trouve de très grands avantages.

M. DESPRÉS maintient qu'il est impossible de ne pas voir l'ouraque et que c'est là un bon point de repère.

RAPPORTS

M. NEPVEU lit trois rapports, l'un relatif à une communication de M. Vieuss (d'Oran) sur l'extraction, à l'aide de la pince de Cusco, d'une sangsue vivante introduite dans le larynx, et ayant déterminé des accidents de dyspnée et d'hémorragie assez graves; le second, sur un mémoire de M. Bouilly, relatif à la corde épiploïque; le troisième, sur un travail de M. Blum, ayant trait à l'anatomie pathologique de l'orteil en marteau.

Dans ce dernier travail, l'auteur semble accorder une certaine influence à l'existence antérieure d'un durillon sur la formation de l'orteil en marteau.

MM. TERRIER, SÉE et DESPRÉS ne partagent en aucune façon cette manière de voir et pensent que, dans la grande majorité des cas, il s'agit d'un vice de conformation tout à fait indépendant du durillon qui, quand il existe, doit être plutôt considéré comme l'effet que comme la cause.

Gastrostomie. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a pratiqué, il y a trois mois, l'opération de la gastrostomie pour un rétrécissement de l'œsophage, consécutif à l'absorption d'une fiole d'acide chlorhydrique. Ce malade avait rendu toute la muqueuse de son œsophage. Il présentait, en outre, tous les signes d'une caverne pulmonaire; l'alimentation était impossible; la gastrostomie pouvait seule le sauver. L'opération fut pratiquée avec la plus grande facilité. Mais, au lieu de la neuvième côte indiquée par M. Labbé comme point de repère, ce fut au niveau de la huitième, immédiatement au-dessus de la fausse côte, que M. Lucas fit son incision. Il arriva directement sur l'estomac. Le malade fut très soulagé par l'opération. Avant il avait de l'anurie; dès le lendemain, il urina; il put s'alimenter; tout allait bien, quand le quatrième jour il fut pris d'un accès de suffocation et succomba à des phénomènes de congestion pulmonaire.

L'autopsie a permis de constater que la bouche stomacale était bien placée; que, quelque soin que l'on mette à se porter sur la gauche, on tombe toujours dans le voisinage du pylore.

Cet homme présentait une destruction totale de la muqueuse de l'œsophage; il y avait de profondes ulcérations; l'une d'elles était devenue fistuleuse et faisait communiquer l'œsophage avec le poumon droit, de telle sorte que les aliments que l'on avait cherché à introduire, avant l'opération, avaient en grande partie pénétré dans ce poumon. C'était là l'origine de la caverne pulmonaire constatée par M. Huchard, dans le service duquel se trouvait ce malade.

En résumé, la gastrostomie est incontestablement une bonne opération ; mais jusqu'ici on l'a généralement faite trop tard; il y aurait grand avantage à la pratiquer plus tôt.

M. TILLAUX fait observer que c'est bien à M. Labbé que revient le mérite d'avoir fait le premier une seule incision, latérale, unique, parallèle aux fausses côtes, au niveau des septième, huitième et neuvième côtes. En indiquant cette dernière, il parlait de la queue de l'incision.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Programme d'un examen d'aptitude à l'emploi de médecin et de pharmacien stagiaires.

Conformément à une décision ministérielle du 6 octobre 1883, un examen d'aptitude au stage s'ouvrira à l'école du Val-de-Grâce, à Paris, le 27 décembre prochain, pour les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe.

Les candidats qui ne sont pas déjà en possession de l'emploi d'élève du service de santé militaire devront : 1° être nés ou naturalisés Français ; 2° avoir eu moins de vingt-six ans au 1er janvier dernier ; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée (cette aptitude, qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins, pourra être vérifiée au besoin par le jury d'examen) ; 4° souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins, à dater de la nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Formalités préliminaires.

Les candidats à l'emploi de stagiaire, non élèves du service de santé militaire, auront à requérir leur inscription sur une liste qui sera ouverte, à cet effet, dans les bureaux de MM. les directeurs du service de santé, et qui sera close le 15 décembre prochain.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer : 1° son acte de naissance dûment légalisé ; 2° un certificat d'aptitude au service militaire dans la forme indiquée ci-dessus ; 3° un certificat délivré par le service du recrutement, indiquant la situation au point de vue militaire ; 4° les diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe.

Ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture du concours.

Chaque candidat indiquera très exactement le domicile où il désire se voir adresser sa commission en cas de nomination à l'emploi de stagiaire.

Forme et nature des épreuves.

Concours en médecine : 1° composition sur une question de pathologie médicale ; 2° une épreuve orale d'anatomie des régions avec application à la médecine et à la chirurgie ; 3° examen clinique de deux malades.

Concours en pharmacie : 1° composition sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ; 2° interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ; 3° préparation d'un ou de plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination de douze substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés).

Il sera accordé trois heures pour la composition écrite. Chaque épreuve d'interrogation durera vingt minutes. Les candidats qui auront satisfait à la composition seront seuls admis aux interrogations orales.

L'enseignement que les stagiaires reçoivent à l'école du Val-de-Grâce, est essentiellement pratique et a surtout pour but de les initier à l'exercice de l'art dans l'armée, par des études complémentaires, des applications et des notions d'administration et de législation militaires.

Les stagiaires sont rétribués à l'école sur le pied de 2,800 francs par an, à titre de subvention ; ils portent l'uniforme et une indemnité de première mise d'équipement leur est accordée. Ils sortent de l'école avec le grade d'aide-major de deuxième classe, après avoir satisfait aux examens de sortie.

Les stagiaires qui n'auront pas satisfait à cette épreuve, seront licenciés et tenus au remboursement du montant de la première mise qui leur aura été allouée. Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient plus tard volontairement le service de santé militaire, avant d'avoir accompli leur engagement d'honneur. Ils resteront, en outre, soumis comme soldats aux obligations militaires qui pourraient être encore les leurs, sans pouvoir prétendre jamais à un grade de leur spécialité, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les médecins du Xe arrondissement de Paris sont informés que, le dimanche 28 octobre 1883, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Allaire, que nous avons vu plein de santé il y a une quinzaine de jours à peine et qui vient de succomber à une attaque d'apoplexie. M. Allaire, médecin de l'état civil du Ve arrondissement et l'un des praticiens les plus occupés de ce quartier, ne comptait que des amis parmi ses confrères.

— Par décision ministérielle, en date du 4 octobre 1883, M. Zimmerman, médecin-major de deuxième classe au 45e d'infanterie, a été désigné pour occuper provisoirement un emploi de son grade au 38e régiment de même arme, par permutation avec M. Desmons.

— Par décision ministérielle, en date du 9 octobre 1883, les médecins aides-majors du première classe, dont les noms suivent, ont été désignés, savoir :

Pour les hôpitaux de Tunisie : MM. Collignon, du 1er bataillon de chasseurs à pied ; Robert, du 3e hussards ; Camus, du 91e d'infanterie ; d'Arras, du 1er dragons ; Lucas, du 12e cuirassiers.

Pour les hôpitaux de la division d'Alger : MM. Beaudier, du 2e cuirassiers ; Duhaut, du 6e dragons.

Pour les hôpitaux de la division d'Oran : MM. Ledoux, du 27e d'artillerie ; Joannet, du 16e d'artillerie ; Prieur, du 8e cuirassiers ; Dupuy, du 9e cuirassiers ; Blanc, du 143e d'infanterie ; Labanowski, du 68e d'infanterie.

Pour les hôpitaux de la division de Constantine : MM. Mons, du 28e d'artillerie ; Escard, du 9e bataillon de chasseurs à pied ; Méjasson, du 24e bataillon de chasseurs à pied ; Aubertie, du 5e chasseurs à cheval.

Pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains : M. Phisalix.

— Le doyen de la Faculté de médecine de Paris recevra, à dater du 12 octobre, les élèves, tous les samedis à deux heures.

Le registre des consignations pour les examens sera ouvert à partir du 15 octobre 1883.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'École pratique, 2, rue Vauquelin, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 22 octobre 1883.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du lundi 5 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne, à une heure précise, dans chaque pavillon.

Les étudiants d'anatomie ne prennent pas part aux travaux anatomiques. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets. Les exercices de dissection sont facultatifs pour les autres étudiants et les docteurs. S'ils désirent prendre part aux travaux pratiques d'anatomie, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant : 1° élèves obligés (deuxième et troisième année) ; 2° élèves non obligés et docteurs.

Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et s'il n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 2, rue Vauquelin, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 17 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté ; 2° la quittance constatant le paiement des droits. Passé le 17 novembre, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie.

— M. le docteur Routier, prosecteur, assisté des aides d'anatomie, fera, à partir du samedi 20 octobre 1883, à l'École pratique et sous la direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices opératoires.

Ce cours, qui ne pourra comprendre plus de douze séries d'élèves, est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire. MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter le plus tôt possible à l'École pratique, de une heure à quatre heures, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires relativement au paiement des droits réglementaires, etc.

— *Muséum.* — Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative de la structure intime des tissus constitutifs des animaux auront lieu tous les jours, de midi à cinq heures, au laboratoire d'anatomie comparée et d'histologie zoologique, sous la direction de MM. Ch. Robin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et G. Pouchet, professeur au Muséum, rue de Buffon, 55, où les élèves doivent se faire inscrire auprès du directeur-adjoint, M. le docteur Huet.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Boistard est nommé secrétaire de l'école en remplacement de M. Halluite, admis à la retraite.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Delporte (Jules-François), boursier de licence ès sciences physiques, admis au grade de licencié ès sciences physiques pendant la dernière session de juillet-août, candidat à la licence ès sciences naturelles, est nommé pour un an, à dater du 1er novembre 1883, boursier près ladite Faculté (bourse entière).

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 3 décembre 1883, à 8 heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours pour 4 places d'élèves internes.

Le lundi 17 décembre, à 3 heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour 8 places d'élèves externes.

Pour les diverses conditions de ces concours, s'adresser au secrétariat des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— M. le docteur Verrier, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, recommencera son cours pour les élèves sages-femmes le jeudi 18 octobre prochain, à deux heures, à son amphithéâtre, 129, rue Saint-Honoré. — Les leçons auront lieu tous les jours : Première série : lundis, mercredis, vendredis ; deuxième série : mardis, jeudis, samedis. — Durée du cours, cinq mois ; prix, 20 francs par mois, payables d'avance.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15165.

Nº 119. — MARDI 16 OCTOBRE 1883. 56e ANNÉE. MARDI 16 OCTOBRE 1883. — Nº 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital Necker. Le mal perforant. — Association française pour l'avancement des sciences (xiie session). Congrès de Rouen. — Société de Biologie. — Société médicale des Hôpitaux. — Service médical de nuit dans la ville de Paris. — Nouvelles.

HOPITAL NECKER. — M. Monod.

Le mal perforant.

Je profiterai de la présence dans nos salles, en ce moment, de plusieurs malades atteints de mal perforant pour vous dire quelques mots de cette affection bizarre.

Nélaton est le premier qui a appelé l'attention des chirurgiens sur cette maladie. Le fait remonte à 1852, époque à laquelle il a publié dans la *Gazette des hôpitaux* une leçon sur ce sujet. Dès lors l'élan était donné, et les recherches qui ont été faites sur le mal perforant constituent toute une série de travaux importants, parmi lesquels je citerai Vésigné (d'Abbeville), qui l'a très bien décrit et lui a donné le nom, qu'il porte aujourd'hui, de mal perforant ou de mal plantaire. Au nombre des autres travaux également intéressants à consulter, je nommerai la thèse de Leplat, en 1855, un mémoire de M. Péan, qui considérait alors le mal perforant comme résultant d'une lésion vasculaire, des recherches de MM. Gosselin, Poncet, Duplay, Morat, etc.

Après cet aperçu historique succinct, passons à la description rapide de la maladie. Trois faits capitaux sont surtout nécessaires à connaître : 1° le siège du mal, 2° le sexe de l'individu, et 3° sa profession.

Siège. — Le siège du mal perforant est la plante du pied, d'où le nom de mal plantaire qui lui a été donné.

Toute la région plantaire n'est pas indifféremment atteinte, mais quelques points seulement qui constituent ce que l'on appelle le trépied du pied. Ces trois points sont : le niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, l'extrémité antérieure du cinquième métatarsien, et le talon. La partie correspondant à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est, de toutes, le siège le plus ordinaire du mal perforant. Cependant, chez l'un de nos malades, celui qui est couché au lit nº 27, le point malade correspond à la seconde phalange du gros orteil ; cela tient à ce que cet homme a le pied plat et présente, en outre, une subluxation de cet orteil. Chez un autre de nos malades, le premier orteil ayant été amputé, le mal a récidivé au niveau de l'extrémité de la seconde phalange du deuxième orteil, qui dans les conditions où se trouve le pied, depuis cette amputation, supporte une partie du poids du corps.

Chez les sujets atteints de pied bot, le mal perforant, quand il existe, se rencontre dans les parties qui se trouvent comprimées plus fortement sur le sol.

Sexe. — On a dit que le mal perforant était une maladie à peu près exclusive aux hommes ; cela est vrai, mais à la condition d'admettre quelques exceptions en faveur de la femme, chez laquelle on le rencontre quelquefois.

Profession. — Les individus qui sont plus prédisposés à cette affection sont ceux qui exercent une profession exigeant une sustentation prolongée. Il faut, en effet, une pression longtemps continuée sur un point de la plante du pied pour déterminer l'apparition du mal perforant. Parmi les malades qui sont dans nos salles, l'un est un charretier, l'autre un employé à la gare du chemin de fer d'Orléans ; tous deux sont astreints ou à marcher ou à être presque constamment debout.

Marche. — La marche de cette affection présente plusieurs périodes. La première période est celle du durillon, c'est-à-dire de l'accumulation de l'épiderme corné en l'un des points indiqués tout à l'heure. Chez le nº 27, nous avons vu le durillon se développer et nous l'avons pris assez à temps pour le faire disparaître. Cet homme présentait d'un côté un mal perforant déjà avancé et de l'autre un durillon. Ce dernier était très dur et au-dessous l'on apercevait un petit piqueté rougeâtre du derme. Le mal perforant peut durer des années à l'état de durillon, et même ne jamais dépasser cette première période.

La seconde est la période d'ulcération. L'ulcère peut se former de diverses façons. Par suite d'une pression longtemps prolongée, le derme s'amincit et peu à peu se détruit, au point qu'il ne reste pour ainsi dire plus que l'épiderme, qui finit alors par s'ulcérer ; ou bien, sous l'épiderme épaissi peu à peu, une certaine quantité de sérosité s'accumule, et un beau jour l'épiderme se perfore et s'ulcère ; ou bien encore, selon la théorie de M. Gosselin, les accidents seraient caractérisés par une dermo-synovite ulcérée, la formation d'une bourse synoviale, laquelle s'enflammerait et suppurerait. Dans certains cas, le fait est parfaitement vrai. Quoi qu'il en soit du mode de développement de cet ulcère, lorsqu'il s'est développé, il se présente sous la forme d'un petit puits dont le rebord est formé d'un bourrelet épidermique. Il existe comme une perforation, faite à l'emporte-pièce au milieu de l'épiderme, et sous le bourrelet

épidermique on constate avec un stylet la présence d'une véritable rigole sous-épidermique.

Quant à la troisième période, période dite de perforation, elle est caractérisée par des lésions profondes qui justifient bien le nom de mal perforant donné à cette affection. Ici l'ulcération a gagné en profondeur, s'attaquant plus ou moins lentement aux tendons, au périoste et finalement à l'os. Quelquefois le fond de l'ulcère ne dépasse pas le derme et, à travers une petite perforation, on arrive au sous-derme, c'est-à-dire à une bourse séreuse développée sous le derme épaissi. Mais le mal s'étend-il plus profondément, le fond de l'ulcère est formé par les tendons et par les os sur lesquels le stylet alors arrive facilement.

A côté des signes que nous venons de rapporter, il en existe d'autres parmi lesquels nous plaçons au premier rang l'anesthésie.

Chez le malade du nº 25, auquel j'ai été forcé d'enlever les phalanges des deux orteils, de même que chez un autre malade l'anesthésie était des plus évidentes, bien qu'elle ne fût pas absolument complète, au point que l'amputation put être pratiquée presque sans douleur. En tous cas, les malades atteints de mal perforant sont anesthésiques, analgésiques et sentent beaucoup moins le chaud et le froid.

Parmi les autres altérations concomitantes, on peut rencontrer des athéromes artériels, des altérations trophiques, l'incurvation des ongles, etc.

En résumé, la marche de la maladie est caractéristique, elle est très lente, par poussées, présentant des alternatives d'améliorations et même de guérisons apparentes suivies plus ou moins tôt de récidives, lesquelles sont à peu près inévitables.

Comme pathogénie, je laisse de côté la théorie vasculaire de M. Péan, qui, du reste, l'a abandonnée lui-même, bien qu'elle soit très séduisante.

L'athérome artériel, du reste, est cent fois plus fréquent que le mal perforant et d'autre part ce mal ne s'accompagne pas toujours d'athéromes. La théorie de M. Gosselin permet d'expliquer certains phénomènes du début de la maladie, mais non tous ceux qui constituent son évolution.

M. Poncet a comparé cette affection à la lèpre anesthésique, si l'assimilation est possible sous certains points de vue ; cependant de grandes différences existent entre elles, ne serait-ce que la question du siège qui, dans le mal perforant, est limité à la plante du pied, tandis que la lèpre anesthésique a des sièges multiples. Pour moi, deux théories sont admissibles : la théorie mécanique par compression, et la théorie nerveuse soutenue par M. Duplay.

Il est certain qu'un homme, forcé à se tenir continuellement debout ou à marcher beaucoup, est, par cela même, par la pression prolongée du pied sur le sol, prédisposé au mal perforant ; par suite se trouvent expliquées les deux causes : sexe et profession. Mais dans d'autres cas ces deux causes n'ont pas suffi à expliquer le développement du mal, et chez les individus qui en étaient atteints on a constaté l'existence de lésions nerveuses, une névrite d'ordre purement inflammatoire. MM. Duplay et Morat ont ainsi montré que le mal perforant dépendait d'une altération des nerfs, de la moelle ou de l'encéphale.

Chez un de nos malades, nous avons observé aussi des phénomènes d'ataxie locomotrice. Mais, nous devons le reconnaître, il est difficile de pouvoir remonter à la lésion primitive qui avait déterminé le mal perforant. Du reste, quoi qu'il en soit, pour moi cette lésion nerveuse ne suffit pas non plus à elle seule à produire cette maladie, il faut y ajouter la compression, qui est la véritable cause déterminante, la cause nécessaire du mal perforant.

Quant au traitement, il se trouve indiqué tout d'abord par cette cause elle-même, c'est-à-dire le repos et le changement de profession. Puis le durillon étant formé et devenant par lui-même un agent de compression, il faut l'enlever le plus tôt possible, le couper, le raser couche par couche jusqu'aux parties molles et appliquer un morceau de diachylon qui l'empêche, tout au moins pendant quelque temps, de se reproduire. Mais l'ulcération s'est-elle produite ? on la traitera par la teinture d'iode et le repos, tout en sachant bien qu'une fois guérie, elle est sujette à récidiver. Enfin, lorsque l'ulcération a détruit toutes les parties molles, qu'elle arrive jusqu'au tissu osseux, il n'y a plus qu'une seule ressource : l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire enlever, segmenter ou amputer.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XII[e] SESSION, 1883).

Congrès de Rouen (1).

V

De la fonction primaire des phosphates chez les êtres vivants. — Les phosphates que l'on rencontre dans l'économie sont au nombre de cinq, qui sont : 1º les phosphates solubles, c'est-à-dire celui de potasse et celui de soude ; 2º les phosphates insolubles, c'est-à-dire celui de chaux et celui de magnésie ; 3º enfin le phosphate de fer soluble dans le plasma sanguin, mais insoluble dans l'eau. Mais comment les y trouve-t-on ? C'est là le but des recherches de M. Jolly. L'auteur ne pense pas que ces phosphates soient simplement dissous dans nos tissus, non plus que combinés avec la matière organique, mais leur distribution serait telle dans les éléments qu'ils en constitueraient le squelette. De là l'utilité de rechercher la présence des phosphates dans les urines.

Injections médicamenteuses dans la trachée. — M. le docteur Bergeon, sachant que ces injections ont été très bien supportées par la plupart des animaux, sur lesquels elles ont été expérimentées avec succès et notamment par les chiens, les chevaux et les animaux de la race bovine, et cela sans déterminer des troubles fonctionnels sérieux, a répété les mêmes expériences sur l'homme. Il a ainsi pratiqué des injections médicamenteuses, chez ce dernier, dans la trachée, en ayant soin d'imposer au malade le décubitus dorsal, afin de se mieux garantir contre tous accidents syncopaux. Bien que les expériences de l'auteur soient encore très peu nombreuses, cependant il croit, dès à présent, que cette méthode doit donner de bons résultats par ces deux motifs : 1º la possibilité d'atteindre presque directement la lésion des voies respiratoires ; 2º la rapidité d'absorption de la muqueuse trachéale. M. Bergeon cite, en terminant, l'observation d'un phtisique auquel il a pratiqué ainsi, en trente-cinq jours, vingt-cinq injections médicamenteuses calmantes dans la trachée. Il insiste aussi pour que l'aiguille-trocart soit pourvue d'un mandrin afin d'empêcher toute oblitération dans le passage de l'instrument à travers les tissus.

Sur un cas de gangrène spontanée par diabète phosphatique. — Dans la seconde communication de M. le docteur Cerné (de Rouen), il s'agit de l'observation d'un vieillard de soixante ans environ, maigre, diabétique, qui, à son entrée à l'hospice général de Rouen, présentait une série de plaques gangreneuses multiples, disséminées, survenues spontanément. Cet homme était à la fois

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 octobre 1883.

polyurique (il rendait 3 litres d'urine par jour) et phosphaturique (la dose d'acide phosphorique excrétée dans les vingt-quatre heures variait entre 4gr,40 et 7gr,70). L'analyse n'avait décelé ni sucre ni albumine dans lesdites urines. Cet homme put guérir, mais lentement; en même temps on vit diminuer peu à peu la quantité des phosphates de l'urine. L'observation de M. Cerné rentre dans la catégorie des diabètes phosphatiques de M. le docteur Teissier (de Lyon).

De l'ostéotomie appliquée au genu valgum de la première enfance. — M. le docteur Beauregard (du Havre) fait d'abord un rapide historique de l'ostéoclasie et montre que cette méthode, malgré l'extension qu'on a cherché à lui donner (MM. Terrillo n Robin), ne peut rivaliser avec l'ostéotomie.

Cette dernière, expérimentée avec succès dans les hôpitaux de Paris par MM. Verneuil, Delens et Lucas-Championnière, se trouve, en outre, favorablement jugée dans les récents travaux de MM. de Saint-Germain et Defontaine.

L'auteur lui-même a pratiqué seize fois l'ostéotomie, huit fois l'ostéotomie linéaire et huit fois l'ostéotomie cunéiforme; toujours le résultat désiré a été obtenu.

Son premier opéré de genu valgum est aujourd'hui zouave en Afrique. Mais on ne saurait être exclusif, et si l'ostéotomie est une ressource utile, l'ostéoclasie est souvent une méthode suffisante quand il s'agit d'enfants.

Il ne faut pas, en effet, oublier les nombreuses variétés qu'offre le genu valgum rachitique des enfants.

Tantôt il est simple; le fémur ou le tibia sont seuls et séparément atteints. Tantôt il est complexe et dans ce cas les fémurs sont contournés, les jambes sont torses et l'on se trouve en présence de ces incurvations rachitiques qui sont du domaine de l'ostéotomie (J. Bœckel).

Le degré de courbure est aussi une indication. Au genu valgum simple, mais très prononcé, l'ostéotomie s'applique mieux que l'ostéoclasie. Cette dernière suffit dans le genu valgum complexe, mais très léger.

En un mot, l'ostéoclasie n'est applicable que chez les enfants dont les os sont mous et peu déformés.

L'ostéotomie convient au genu valgum complexe et aussi au genu valgum simple très prononcé.

L'auteur appuie sa communication par la présentation d'un album de photographies représentant trois cas chez des enfants de quatre ans et demi, six ans et dix ans.

Le premier (genu valgum complexe peu prononcé) montre que le redressement par l'ostéoclasie fut imparfait.

Dans les deux autres cas (genu valgum complexe et simple très prononcés), l'ostéotomie a donné un résultat satisfaisant et une guérison rapide.

Des fluxions pleuro-pulmonaires réflexes d'origine utéro-ovarienne. — Les phénomènes thoraciques morbides dont M. le professeur Potain s'occupe dans sa communication, ne rentrent pas dans l'ordre de ceux que l'état puerpéral entraîne quelquefois avec lui; ce ne sont pas des phénomènes par propagation comme la pleurésie compliquant une péritonite puerpérale, par exemple. Il ne s'agit plus ici, du reste, d'inflammation proprement dite de l'appareil utéro-ovarien, mais bien de simples fluxions ou irritations qui retentissent tout à coup par action réflexe sur la plèvre et le poumon en donnant lieu à des accidents de même nature, c'est-à-dire à des fluxions ou irritations analogues. Les phénomènes n'ont lieu que chez des sujets jeunes et généralement à l'époque des règles, soit sous l'influence de quelque état moral, soit même parfois sans cause réellement appréciable. La malade, jeune femme ou jeune fille, éprouve d'abord tous les symptômes d'une péritonite utéro-ovarienne peu intense, circonscrite soit à droite, soit à gauche; puis peu de temps après, parfois même dès le lendemain et du même côté, elle ressent dans la région thoracique un véritable point douloureux, avec frissons, appareil fébrile, etc., et lorsque l'on vient à ausculter la poitrine, on constate tous les signes de la congestion pulmonaire.

Maintenant deux cas se présentent : ou la maladie en reste là et, soit lentement, soit rapidement, les accidents disparaissent, puis tout rentre dans l'ordre; ou bien, au contraire, les phénomènes morbides continuent, la plèvre participe à l'état fluxionnaire et l'on perçoit les bruits inhérents à un épanchement pleural. La durée des accidents est alors un peu plus longue, cependant ceux-ci restent sans gravité : du moins M. Potain n'a jamais eu à émettre, en pareils cas, de pronostic sérieux, ce qui ne veut pas dire, a-t-il soin d'ajouter, qu'il ne puisse pas parfois en être ainsi. Enfin il a quelquefois vu la douleur hypogastrique reparaître après la cessation des phénomènes pleuro-pulmonaires.

L'auteur fait remarquer que, dans tous les cas, les règles ne se supprimant pas, il ne peut s'agir là de trouble circulatoire, et comme de plus les accidents fluxionnaires du poumon ou de la plèvre se produisent du même côté que les phénomènes utéro-ovariens, seul le système nerveux paraît être en cause. De toute évidence, on se trouve donc en présence d'une action réflexe. Le fait semble d'autant plus vrai que l'on voit parfois la congestion pulmonaire alterner avec d'autres phénomènes d'ordre essentiellement nerveux.

En résumé, dit M. Potain, les fluxions ou inflammations utéro-ovariennes sont susceptibles de provoquer dans le poumon et la plèvre, du même côté, un état également fluxionnaire ou inflammatoire qui peut devenir prédominant et constituer ensuite la maladie principale. Ce fait, ajoute-t-il, a sa place à côté de beaucoup d'autres qui établissent la solidarité pathologique, par voie réflexe, d'un certain nombre d'organes entre eux, et on y retrouve la confirmation de quelques lois auxquelles cette solidarité semble soumise.

Congestions et hémoptysies pulmonaires chez les arthritiques. — M. le docteur Huchard (H.), médecin des hôpitaux de Paris, lit un mémoire sur les hémoptysies et les congestions pulmonaires chez les arthritiques, qui est un nouveau chapitre à l'histoire de la pseudo-tuberculose. Les hémoptysies ne doivent pas toujours éveiller l'idée de tuberculose, comme l'a dit Trousseau, mais elles sont souvent une des manifestations de l'arthritisme, sans vouloir exagérer cependant l'importance de cette diathèse. Ces accidents, du reste, ont le plus souvent des caractères particuliers, tels que : périodicité, apparition nocturne brusque et disparition rapide, etc.

A l'appui de cette opinion des hémoptysies sans tuberculose, M. Huchard cite, entre autres faits qui ont subi l'épreuve du temps, l'observation de trois malades suivis pendant trente, vingt-cinq et vingt années, malades qui approchent aujourd'hui de la soixantaine et qui, dès l'âge de vingt à vingt-huit ans, sont sujets à des hémoptysies, qui n'ont jamais présenté le moindre signe de tuberculisation et chez lesquels on trouve des antécédents goutteux ou arthritiques.

Ce n'est pas que l'auteur veuille nier « la réunion possible de la tuberculose et de l'arthritisme, réunion qui est plus souvent un mariage de convenance ou d'occasion qu'un mariage d'inclination ; il admet, sans conteste, la tuberculose arthritique avec sa physionomie spéciale, ses allures si accidentées, etc.; mais il croit aussi qu'un certain nombre d'hémorragies pulmonaires peuvent survenir à titre seulement de manifestations arthritiques et sans tuberculose. »

Passant ensuite aux congestions pulmonaires, il les divise en deux grandes classes : 1° les unes, généralisées ou partielles, se produisant pendant le cours d'un rhumatisme articulaire; 2° les autres, peut-être plus fréquentes, survenant en dehors de toute manifestation articulaire chez des arthritiques viscéraux. Ces congestions présentent soit la forme mobile aiguë, et sont suivies ou non d'hémoptysie, soit la forme fixe, chronique ou latente.

Quant au pronostic, il n'a pas la gravité des hémoptysies tuberculeuses; néanmoins, comme ces hémoptysies de nature arthritique créent peut-être par elles-mêmes une prédisposition à la tuberculose, M. Huchard traite les malades, qui présentent ces accidents, par le sulfate de quinine, l'arsenic, le salicylate de soude, l'iodure de sodium ou de potassium à la dose de 0gr,15 à 0gr,20

seulement par jour, les eaux arsenicales et sulfureuses *faibles*. Il recommande aussi les dérivatifs du côté de l'intestin, les ventouses sèches, les sangsues à l'anus, voire même la saignée générale.

Microzymas, choléra et quarantaines. — La communication de M. Béchamp « a surtout pour objet, dit-il, de démontrer par l'*absurde* la fausseté du système des germes morbifiques. »

L'auteur fait remarquer tout d'abord que ce système a été imaginé au XVIIe siècle, en Allemagne, par un savant qui n'était pas médecin, le P. Kircher; qu'il a été ensuite propagé par M. Pasteur, qui, dit-il, ne l'est pas non plus; enfin que s'il a été accueilli avec faveur, grâce à des apparences plus scientifiques, par quelques médecins en France et à l'étranger, cela tenait à l'état de la science relativement à l'organisation de la vie.

Abordant ensuite de front le système de M. Pasteur, M. Béchamp soutient « qu'il repose sur trois hypothèses non vérifiées ou gratuites », et continue ainsi :

La première suppose que les germes de maladie ont été créés, à l'origine des choses, en même temps que les êtres organisés, qu'ils étaient destinés à rendre malades. J'ai dit que je ne savais pas si telle était la pensée de son premier auteur; mais c'est évidemment celle de M. Pasteur, qui s'est nettement et justement posé en adversaire des générations spontanées.

La seconde suppose que ces germes sont disséminés dans l'atmosphère et l'air que nous respirons, et que s'ils ne pénètrent pas en nous, c'est que, dans l'état de santé, le corps des animaux est fermé pour eux; et ceci est le propre énoncé de M. Pasteur.

La troisième admet qu'il n'y a rien, dans l'organisme humain ou animal ou végétal, qui puisse, par évolution ou autrement, produire des vibrioniens; et, en outre, que par rapport aux germes l'intérieur des êtres vivants, de l'homme lui-même, est comparable au contenu d'un tonneau de vin, de bière ou de moût.

J'ai soutenu : que la première hypothèse était philosophiquement insoutenable et, en tous cas, indémontrable;

Que la seconde a contre elle des arguments terre à terre irrésistibles. En effet, les organismes vivants ayant été créés en santé, les germes n'auraient pas pu, ni dû, y pénétrer et aucune maladie n'aurait dû se déclarer. D'un autre côté, si, contre l'hypothèse, l'organisme ne leur est pas fermé, tout ce qui est vivant aurait dû depuis longtemps disparaître, puisque l'homme, en moyenne, admet 8,000 litres d'air dans ses poumons par vingt-quatre heures; quant aux germes, faute d'aliment, ils devraient aussi avoir disparu. Dans tous les cas, si ces germes existaient, les quarantaines, qui sont réellement préservatrices, seraient non seulement superflues, mais dangereuses : superflues, car les germes passeraient par-dessus ces barrières inutiles; dangereuses, car l'épidémie réalisant les meilleures conditions de la multiplication des germes, les quarantaines seraient des nids à *microbes*, d'où le mal se propagerait avec plus d'intensité. Il est constant, d'ailleurs, qu'on n'a jamais communiqué une maladie du cadre nosologique en prenant un de ces prétendus germes dans un point déterminé de l'atmosphère; on n'a réussi qu'en prenant le prétendu germe dans un organisme malade ou peu de temps après la mort, avant la manifestation des phénomènes caractéristiques de la putréfaction.

Que la troisième non seulement n'a pas été vérifiée, mais qu'elle est absolument controuvée. Rien n'est plus médicalement et physiologiquement faux que la comparaison de l'intérieur du corps humain avec le contenu d'un tonneau de bière ou de vin. Rien, au contraire, n'est mieux établi en histologie que le fait de l'existence primitive, *ab ovo*, normale, nécessaire, des microzymas dans tous les tissus et tous les *liquides* des êtres vivants. Et c'est par là qu'en saine physiologie le système des germes pèche par la base.

Les microzymas sont ce qui est essentiellement vivant en nous. Ils ne sont pas des germes, des œufs de vibrioniens; ils sont ce qui, par évolution, devient un vibrionien (bactérie, bactéridie, etc., etc.), et les vibrioniens sont ce qui, par régression, scissiparité, redevient microzyma. Les microzymas sont animaux dans les animaux, végétaux dans les végétaux. Morphologiquement identiques dans les divers êtres et dans les divers centres d'organisation de chaque être, ils sont fonctionnellement différents. Ils peuvent changer de fonction, devenir morbides et de morbides revenir au mode normal de leur fonction. Bref, la maladie naît de nous et en nous sous les influences que les nosologistes savent spécifier. En fait, dans une épidémie de choléra, ce sont les individus physiologiquement misérables qui sont les premiers frappés. Les microzymas, qui sont issus des cholériques, peuvent transmettre la maladie; les quarantaines ont précisément pour objet de limiter le foyer d'infection et d'empêcher l'expansion de l'épidémie.

Les eaux thermales de la Réunion. — Le mémoire adressé sur cette question par M. le docteur Pélagaud fait connaître la nature volcanique de cette île et décrit au point de vue géologique les deux grands massifs qu'elle renferme et dont le pic le plus élevé (il dépasse 3,000 mètres de hauteur) porte le nom de *Piton des neiges*. C'est au pied même de ce pic que l'on voit jaillir les sources sulfureuses de Salazie, de Mafate et de Cilaos. Ces dernières sont les plus importantes. Elles donnent par jour 250,000 litres d'une eau dont la température oscille entre 29° et 39°.

M. le docteur Pélagaud entre ensuite dans quelques détails géologiques sur l'origine même de ces eaux.

De la greffe dentaire. — Les derniers travaux de MM. les docteurs Magitot, Pietkiewitz et David ont remis la greffe dentaire en faveur et elle est devenue la règle pour toute dent atteinte de périostite du sommet avec nécrose du cément sous-jacent. Depuis l'année dernière, M. le docteur Redard a pratiqué 77 fois la greffe dentaire, soit dans sa clientèle, soit à l'École dentaire de Genève; et, sur ces 77 opérations, il n'a eu que 2 insuccès à enregistrer. Ces deux insuccès pouvaient du reste être prévus, le périoste alvéolo-dentaire ayant par trop souffert de la maladie.

Pour toutes les greffes, il s'est un peu éloigné des principes opératoires conseillés par différents auteurs; ainsi, au lieu d'employer la pince de Liston pour la résection, il emploie de préférence une petite scie afin d'éviter la production d'esquilles qui pourraient compromettre la greffe en entretenant de la suppuration. Ensuite, au lieu de maintenir la dent dans l'eau tiède pendant l'opération, il la conserve dans un linge mouillé, souvent rafraîchi avec de l'eau froide, cela pour éloigner toute chance de fermentation, de décomposition du périoste, l'opération durant quelquefois plusieurs heures.

Avant la réimplantation de la dent, il procède à un lavage de la cavité alvéolaire, au moyen d'une eau iodurée iodée au 1/5. Enfin il a abandonné le drainage comme étant absolument inutile et parfois très douloureux; mais le lendemain de l'opération, il fait une application de quelques pointes de feu, avec le cautère électrique, pour diminuer les phénomènes de réaction.

Non content de procéder à la greffe des dents malades par restitution ou par transplantation, M. Redard a cherché à greffer les racines d'incisives et les résultats ont dépassé toute attente. Il arrive fréquemment qu'une personne a perdu toutes les incisives, le plus souvent les supérieures; dans ce cas, la personne a recours à quelque appareil prothétique qui vient s'appuyer sur d'autres dents saines, qui peut les compromettre par usure ou pression et dont la pose exige l'enlèvement des racines, surtout lorsqu'elles sont fistuleuses. Cette pratique présente un grave inconvénient : l'arcade alvéolaire se résorbe avec le temps et la face est modifiée ainsi que la forme de la bouche, partant la pièce de prothèse ne tient plus. Avec la réimplantation des racines on évitera ces fâcheux résultats, ni le facies ni l'arcade alvéolaire ne se modifieront.

Il sera procédé opératoirement comme pour les autres greffes : après l'extraction de la racine, la partie malade sera réséquée, le canal sera soigneusement nettoyé au moyen d'une fraise (burin), puis désinfecté avec de l'acide phénique dilué au 1/100, ensuite on pourra procéder au plombage ou à l'aurification.

Si la racine est suffisamment saine, on pourra lui fixer une dent artificielle montée sur pivot, or ou platine, lequel sera vissé alors

dans la racine ou fixé au moyen d'une aurification ou d'un ciment solide. Ce travail, qui se fait en dehors de la bouche, demande de deux à quatre heures, temps pendant lequel il est important de tenir la racine extraite dans un linge humide et froid; la réussite de la greffe peut en dépendre, aussi l'auteur y insiste-t-il tout particulièrement.

Sur les 5 cas qu'il a observés, M. Redard a obtenu 5 succès, les malades possédant désormais des dents absolument solides et semblables à s'y méprendre aux dents naturelles.

La consolidation demande en général de quinze jours à un mois ou même six semaines. Passé ce temps, les dents rendent à la percussion un son nettement métallique. Les opérés prétendent même qu'elles sont plus solides que les dents naturelles, ce qui peut s'expliquer par leur insensibilité.

Ces résultats dont M. le docteur Redard entretient la section des sciences médicales ont été constatés par nombre de ses confrères, parmi lesquels il cite MM. les professeurs Raoul Pictet, Dr Zahn, Dr d'Espines, etc.

L'épileptique, le magistrat et le médecin. — Tel est le titre du mémoire que M. le docteur Respaut (de Paris) communique au Congrès. Pour lui, « le caractère essentiel, le génie du délire épileptique, est l'inconscience », contrairement à l'opinion généralement admise. D'où le premier devoir du médecin expert est de rechercher cette inconscience et de distinguer avec soin le simulateur et le conscient par persuasion de l'inconscient véritable. De plus, il devra interroger les antécédents personnels et héréditaires avant de formuler son diagnostic, lequel, pour plus de précision, exigera que l'on remonte de l'acte incriminé inconscient à son origine consciente.

Dans sa dernière séance, la section des sciences médicales a, son ordre du jour étant épuisé, élu président, pour la session qui doit s'ouvrir à Blois au mois d'août 1884, M. le docteur Nicaise, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Le lendemain, dans la séance générale de clôture, les membres du Congrès ont élu, à l'unanimité, comme vice-président de l'Association française pour l'avancement des sciences, pour l'année 1884, M. le professeur Verneuil, lequel sera, de par le règlement, président pour l'année suivante. A été également élu vice-secrétaire général, pour 1884, M. le docteur Napias.

La session a été ensuite déclarée close.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 octobre 1883. — Présidence de M. Bouley.

PRÉSENTATION

M. FRANCK, en son nom et au nom de M. Pitres, présente un travail sur les phénomènes de l'épilepsie dite corticale.

COMMUNICATIONS

Les antiseptiques. — M. LABORDE a entrepris une série d'études expérimentales sur l'action physiologique locale des substances dites antiseptiques. Ces substances, en particulier, l'acide phénique et l'alcool, n'ont été considérées jusqu'ici que comme des parasiticides. Il était intéressant de savoir quelle pouvait être, à côté de cette action parasiticide, leur action chimique sur les tissus vivants. M. Gosselin avait déjà étudié l'action de l'acide phénique et de l'alcool sur les globules du pus, puis sur les vaisseaux de la grenouille. Il a constaté que cette action était essentiellement coagulatrice ; il a très nettement constaté la coagulation du sang dans l'intérieur des vaisseaux. Il en conclut que cette coagulation, cette réfrigération, étaient très favorables pour la cicatrisation des plaies. Les résultats de ces importantes recherches, faites en collaboration avec son élève, M. Bergeron, ont été présentés à l'Académie des sciences, en 1878 et 1879. Mais ces recherches ne sont pas complètes parce que M. Gosselin n'a pas étudié les phénomènes successifs résultant de l'application constante de ces substances sur les tissus vivants. C'est cette lacune que M. Laborde a cherché à combler. Il résulte des expériences qu'il a faites sur le mésentère de la grenouille, à l'aide du microscope et de la lumière oxhydrique, que l'application constante d'une solution phéniquée au quarantième amène un certain degré de vaso-constriction. Si la solution est concentrée, on arrive rapidement à l'anémie complète des vaisseaux et à la gangrène. Il faut donc faire en sorte de se tenir dans des conditions telles qu'il y ait vaso-constriction, coagulation, anémiation, mais non obstruction complète de la lumière du vaisseau. On conçoit que cette coagulation constitue une porte fermée à l'entrée des germes extérieurs.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 octobre 1883. — Présidence de M. Millard.

COMMUNICATIONS

La syphilis du singe. — M. MARTINEAU communique une nouvelle note relative au singe sur le prépuce duquel, le 16 novembre 1882, il a inoculé deux chancres infectants (voy. *Gazette des hôpitaux,* décembre 1882 et janvier 1883). Vers le milieu du mois de septembre de cette année, il constata chez cet animal, à l'union de la voûte palatine et du voile du palais, presque sur la ligne médiane, une ulcération à fond jaunâtre, légèrement anfractueuse, etc. En résumé, ce singe auquel la syphilis a été inoculée le 16 novembre 1882, après avoir présenté l'accident primitif caractéristique, les syphilides papulo-érosives, montre aujourd'hui que l'évolution syphilitique continue à s'opérer dans les limites normales habituellement observées chez l'homme, puisque, au dixième mois de l'inoculation, une syphilide ulcéreuse s'est développée sur la muqueuse palatine. M. Martineau présente le moulage de cette ulcération pratiqué par M. Jumelin.

Purpura hémorragique, variole intercurrente. — M. RATHERY communique l'observation d'un homme de trente-quatre ans, robuste, exerçant la profession de boucher, entré, le 26 mars, à l'hôpital Tenon, présentant des signes de tuberculose au début au sommet du poumon gauche et ayant déjà été atteint de plusieurs poussées de purpura hémorragique. Malgré cela, l'état général du malade restait assez satisfaisant, lorsque le 9 mai, sans cause appréciable, la température s'élève brusquement à 40 degrés, le pouls augmente, des douleurs lombaires apparaissent, etc. Il y avait, à ce moment, des taches de purpura sur les membres inférieurs. A côté de ces taches apparurent de petites papules saillantes qui, le troisième jour, ne laissaient plus aucun doute sur le diagnostic de varioloïde. Il y avait lieu de craindre, dans ce cas, l'apparition d'une variole hémorragique ; il n'en fut rien; la varioloïde évolua régulièrement et disparut dans le laps de temps habituel, sans hémorragie par les papules ni par les muqueuses. Depuis, il y eut deux nouvelles poussées de purpura hémorragique.

M. Rathery, après avoir passé en revue les divers travaux publiés sur le purpura hémorragique, déclare ne pouvoir dire à quelle variété il a eu affaire dans ce cas. Il fait observer que le purpura n'a paru exercer aucune influence sur la marche de la variole qui est restée bénigne, légère probablement en raison du génie épidémique ou de la constitution médicale actuelle.

Pyohémie spontanée. — M. GUYOT communique l'observation d'un jeune homme de trente-deux ans qui, sans cause appréciable, fut pris de douleurs musculaires avec gonflement des gaines tendineuses du poignet et du pied, d'apparence rhumatismale. Trois jours après le début de ces accidents sans gravité apparente, M. Guyot reconnut avoir affaire à un cas de pyohémie spontanée.

En effet, le cinquième jour, le malade succombait avec tous les caractères de cette affection. M. Guyot n'a trouvé qu'un seul cas semblable dans un rapport de M. Hayem.

M. LEGROUX demande si les urines ont été examinées.

M. GUYOT répond que les urines ne présentaient qu'un peu d'albumine à la fin. Il n'y avait pas de sucre.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1883.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	13	20	4	37
2e	15	13	2	30
3e	22	33	8	63
4e	40	39	6	85
5e	25	43	14	82
6e	14	20	3	37
7e	13	22	3	38
8e	4	2	1	7
9e	30	22	2	54
10e	26	33	5	64
11e	55	96	20	171
12e	30	40	7	77
13e	35	64	20	119
14e	40	68	17	125
15e	30	48	19	97
16e	10	14	3	27
17e	37	54	5	96
18e	39	63	13	115
19e	40	78	15	133
20e	63	106	33	202
	581	878	200	1,659

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites.	73
Croup	28
Coqueluche	11
Corps étrangers de l'œil	1
B. — Asthme	26
Affections du cœur	46
Bronchites aiguës et chroniques	52
Pleuro-pneumonie	38
Congestion pulmonaire	22
C. — Affections et troubles gastro-intestinaux	118
Cholérine	50
Choléra	1
Dysenterie	3
Athrepsie	17
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	85
Hernie étranglée	20
Rétention d'urine	23
Imperforation de l'anus	1
D. — Métrite, métro-péritonite	47
Métrorragie	51
Fausse couche	50
Accouchement, délivrance.	166
E. — Affections cérébrales, paralysies	87
Convulsions, éclampsie	59
Névralgie	47
Névroses	83
Épilepsie	17
Aliénation mentale	14
Alcoolisme, delirium tremens	31
F. — Rhumatisme	17
Affections éruptives	25
Fièvre intermittente	5
Fièvre typhoïde	75
Hémorragies de causes internes et externes	68
G. — Plaies, contusions	106
Fractures, luxations, entorses	26
Brûlures	5
Empoisonnements	11
Asphyxie par le charbon	4
Asphyxie par submersion	2
Suicide	4
H. — Mort à l'arrivée du médecin	44
Total	1,659

Les hommes entrent dans la proportion de 35 p. 100 ;
Les femmes — 53 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 12 —

La moyenne des visites par nuit est de 17 92/100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 16/100.

Visites du troisième trimestre de 1882	1,565
Visites du troisième trimestre de 1883	1,659
Différence en plus	94

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 octobre 1883, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : M. le médecin professeur Auffret.

Au grade de médecin de première classe : MM. les médecins de deuxième classe Duval, Raynaud (G.-A.), Hénaff, Barit, Ludger, Galibert, Raynaud (M.-J.-A.), Auvray, Gallay, Peyron, Duplouy, Néïs, Alix (P.-M.), Curet, La Blanchetière, Chevalier, Canolle, Lidin, Boutin, d'Hubert, Pfihl, Barrême, Philip, Reynaud (J.-A.), Dupouy, Sauvaget, Cauvet, Alix (Léon), Coppin, Rialan, Dulis-couët, Guérard de la Quesnerie, de Lessard, Petit, Guézennec et Giraud.

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. les aides-médecins ou médecins-auxiliaires de deuxième classe Bellot, Flas, David, Torel, Legrand, Esclangon, Barrau, Gauthier, Phélipon, Le Dantec, Gorron, Piton, Lassabatie, Plouzané, Guirriec, Planté, Bosse, Robert, Daliot, de Biran, Papin, Ourse, Chataing, Offret, Durand, Rançon, Durbec, Bellamy, Étournaud, d'Estienne, Crambes, Gauran, Augier, Salaün, Guérin, Pons, Moalic, Flandrin, Bourit, Lorion, Dumesnil, Colle, de Bonadona, Marçon, Puech, Castellan, Alliot, Omnès, Bertrand et Pindray.

Au grade d'aide-médecin : MM. les étudiants Chastang, Rousselot, Salaün, Facieu, Santelli, Desmoulins, Noury, Rous, Guilloteau, Flaud, Millet, Rouffet, Morin, Leguay, Delrieu, Gaborit, Vergoz, de Boyer de Camprieu, Calmette, Signé, Duchesne, Ripoteau, Merveilleux, Houdet, Depied, Rolland, Libert, Borius, Gaillard, Piffard, Piron, Barthélemy, Camus, Fougère, Hess, Gouzien, Renaud, Coste, Lelièvre, Sallebert, Reboul, Guillet, Desmontils, David, Morin, Kermarec, Berriat et Baisnée.

Au grade de pharmacien de première classe : MM. les pharmaciens de deuxième classe Pascalet et Bourdon.

Au grade de pharmacien de deuxième classe : MM. Broussemiche, pharmacien auxiliaire de deuxième classe, et Poirou, aide-pharmacien.

Au grade d'aide-pharmacien : MM. les étudiants Pichaud, Mège, Combemale et Rouzières.

— Par décret en date du 9 octobre 1883, les médecins et pharmaciens stagiaires à l'École de médecine et de pharmacie militaires dont les noms suivent, qui ont satisfait aux examens de sortie de ladite École, ont été nommés au grade de médecin et de pharmacien aide-major de deuxième classe, pour prendre rang dans le cadre à dater dudit jour, et ont reçu les affectations ci-après :

Médecins. — MM. Ferraton, 54e infanterie ; Bonnery, 7e bataillon de chasseurs à pied ; Belliard, 25e dragons ; Collinet, 4e artillerie ; Hache, 15e infanterie ; Gaube, 12e cuirassiers ; Gleize, 58e infanterie ; Verdan, 55e infanterie ; Bernardy, 1er bataillon de chasseurs à pied ; Martin, 16e infanterie ; Lécuyé, 134e infanterie ; Ricoux, 26e bataillon de chasseurs à pied ; Marcelin, 5e chasseurs à cheval ; Genty, 10e infanterie ; Géhin, 9e bataillon de chasseurs à pied ; Faveret, 8e artillerie ; Martin, 2e chasseurs à cheval ; Maguin, 12e dragons ; Valissant, 31e infanterie ; David, 142e infanterie ; Salebert, 143e infanterie ; Tisserant, 6e cuirassiers ; Clary, 80e infanterie ; Guérin, 97e infanterie ; Véret, 19e chasseurs à cheval ; Peradon, 6e chasseurs à cheval ; Remy, 16e artillerie ; Prost-Maréchal, 37e artillerie ; Lassale, 2e cuirassiers ; Pesme, 89e infanterie ; Mazeillé, 6e dragons ; Amiet, 95e infanterie ; d'Audibert

Caille du Bourguet, 17e infanterie ; Talayrach, 24e bataillon de chasseurs à pied ; Jacquemin, 8e cuirassiers ; Vincent, 2e infanterie ; Morin, 116e infanterie ; Joire, 9e dragons ; Treillet, 68e infanterie ; Batut, 99e infanterie ; Bordes-Pagès, 27e artillerie ; Rivière, 28e artillerie ; Krantz, 130e infanterie ; Watier, 127e infanterie ; Bonjean, 21e infanterie ; Merner, 73e infanterie ; Malgat, 5e dragons ; Fockenberghe, 8e infanterie.

Pharmaciens. — MM. Vial, pharmacie centrale des hôpitaux militaires ; Cabanel, hôpital de Lille ; Puaux, hôpital de la division de Constantine ; Bisserié et Schutz, hôpital de la division d'Oran ; Darrigau, hôpital de Rennes ; Bosc, hôpitaux de la division d'Alger.

— Par décision ministérielle en date du 12 octobre 1883, les médecins principaux de première classe dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

M. Fée, directeur du service de santé du 16e corps d'armée, médecin-chef des salles militaires de l'hospice civil de Montpellier, pour les fonctions de directeur du même service au 11e corps d'armée, et de médecin-chef des salles militaires de l'hospice civil de Nantes.

M. Frilley, de l'hôpital de la Charité, à Lyon, pour les fonctions de directeur du service de santé du 16e corps d'armée et de médecin-chef des salles militaires de l'hospice civil de Montpellier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Auguste Lorne, mort subitement le 14 octobre. — Les obsèques auront lieu le 17 courant, à dix heures du matin. On se réunira à la maison mortuaire, 33, rue Bergère.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15185.

31

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.910	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » — sesqui-oxyde de fer
— de chaux....................
Chlorure de sodium..................
Matières organiques.................. 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

70

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

94

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

99

Farine Morton-Paris

Alimentation des enfants avec la farine d'avoine

Expérimentée à l'hôpital des Enfants-Malades et reconnue la plus efficace.

« Chez les enfants que l'on commence à nourrir, cette bouillie de farine d'avoine a des effets toniques bien marqués et contribue au développement de la vigueur musculaire. »

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Vente en gros : PIOT frères, 28, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.

7

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

10

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

150

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini (*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*)

tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

ADH. DETHAN, ph., r. Strasbourg, 10, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

172

Huile DE FOIE DE MORUE de Godin

au benzoate de fer.

M. le dr Bazin apprécie ainsi cette préparation :
« Cette huile est mieux supportée par les malades que l'huile de foie de morue et le sirop de fer administrés séparément ou combinés ensemble; son action est plus efficace que celle de ces deux agents donnés séparément. »

Paris, 96, faub. St-Martin, et toutes pharmacies.

136

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions dfificiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

103

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

163

Epilepsie, traitement efficace

par **l'ELIXIR** à base de **PICROTOXINE** et les **GRANULES** de **PICROTOXINE** du docteur **PENILLEAU.**

Doses : Elixir, de 2 à 4 cuillerées à soupe par jour ; Granules, de 4 à 8 jour.

Pharmacie LEPINTE, 72, r. St-Dominique, Paris.

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.— Prix : 5 fr.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

90

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des

GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

51

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt genéral : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

50

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. DUVAL, seul élève de son père, le docteur V. DUVAL, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. Sur l'incertitude du pronostic de l'ovariotomie. — Du traitement du choléra par le cuivre. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu dans cette séance, après un savant rapport de M. Marey sur un cas très curieux d'ectopie du cœur, deux lectures intéressantes : l'une, de M. Blachez, sur deux cas de chorée partielle du larynx chez des enfants, dont il n'existe que de très rares exemples dans la science ; la seconde, de M. Warlomont (de Bruxelles), sur les origines de la vaccine. On trouvera dans le compte-rendu une analyse de ces communications, ainsi que les conclusions scientifiques du rapport de M. Marey.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. POLAILLON.

Sur l'incertitude du pronostic de l'ovariotomie.

Lorsqu'on entreprend une amputation, une résection, une ablation de tumeur, une taille, une kélotomie, une autoplastie, etc., on connaît les difficultés qui se présenteront, on sait les vaisseaux qu'il faudra éviter ou lier, on apprécie exactement quelle sera la durée de la chloroformisation, quelles seront les chances de la guérison. Pour l'ovariotomie, il en est tout autrement. On nage dans l'imprévu. Cette belle opération peut être simple ou extrêmement compliquée. Elle peut durer un quart d'heure aussi bien que deux heures, et il est quelquefois impossible de la terminer. Tantôt bénigne, elle présente d'autres fois une excessive gravité.

Pourquoi de si grandes différences dans un acte opératoire qui a un but unique, celui d'extraire de la cavité péritonéale une tumeur développée dans l'ovaire ou dans son voisinage ?

Ces différences tiennent aux adhérences de la tumeur kystique et à la constitution de son pédicule.

Une tumeur récente, peu volumineuse, mobile dans la cavité abdominale, chez un sujet jeune, d'une bonne santé, et qui n'a pas eu de péritonite antérieure, est très probablement dépourvue d'adhérences. L'ovariotomie donne, dans ce cas, un succès presque certain. Mais il est rare qu'à cette période de la maladie, les patientes se fassent opérer. Elles attendent que le kyste soit très volumineux, qu'il ait été ponctionné une ou plusieurs fois, que le ventre soit devenu douloureux, que des péritonites partielles aient établi des adhérences avec les parois ou les viscères, que la santé se soit altérée ; en un mot, elles ne se décident à l'ovariotomie que lorsque leur vie est prochainement menacée. Dans ces conditions, le succès est problématique. Il est surtout soumis, toutes choses étant égales d'ailleurs, à l'étendue et à la nature des adhérences. Or, il faut l'avouer, nous n'avons jusqu'à présent que des signes peu sûrs de reconnaître les adhérences. Nous les soupçonnons, mais nous ne les diagnostiquons pas. Nous ne savons pas précisément si elles sont pariétales ou viscérales, si elles sont très étendues, si elles sont très vasculaires, si nous pourrons les détruire sans lésion des viscères. De là, malgré les progrès des procédés opératoires et la perfection de l'appareil instrumental, une grande incertitude sur le résultat de ces ovariotomies pratiquées pour des kystes anciens et volumineux.

Indépendamment des adhérences, il y a une autre cause qui complique singulièrement l'ovariotomie, c'est l'état du pédicule. Que le kyste soit petit ou volumineux, tantôt son pédicule est mince, plus ou moins facile à lier, tantôt, au contraire, le pédicule n'existe pas et la tumeur est sessile. M. Terrillon a récemment appelé l'attention (*Bull. de la Soc. de chir.*, 27 juin 1883) sur ces kystes sessiles, qu'il considère comme *enclavés dans le ligament large*. Il a montré la gravité de leur ablation et la possibilité d'une récidive. Mais il n'a pas donné les signes propres à les faire reconnaître. Or toute la question pratique est là. Il faudrait savoir diagnostiquer ces tumeurs sans pédicule, que j'appelle intraligamentaires, qui sont accolées à l'utérus et quelquefois à l'excavation pelvienne, parce qu'on s'abstiendrait le plus souvent de chercher à les enlever.

Ainsi l'incertitude du diagnostic touchant les adhérences et les qualités du pédicule engendre l'incertitude du pronostic touchant les difficultés et les dangers de l'ovariotomie.

Les deux ovariotomies suivantes viennent à l'appui des considérations qui précèdent. M. Révillout a eu l'obligeance d'y faire allusion dans son compte rendu clinique du 25 août (*Gazette des hôpitaux*, n° 97) et de les apprécier très favorablement.

Dans la première observation il s'agit d'un énorme kyste multiloculaire chez une femme de soixante ans. Je m'attendais à de grandes difficultés opératoires. Il n'en a rien été. Le pédicule était petit, et l'opérée a merveilleusement guéri. Dans l'autre observation, j'avais diagnostiqué un kyste uniloculaire et j'espérais que l'opération serait simple. Je fus bien trompé. Le kyste était sessile avec prolongement adhé-

rent à l'excavation pelvienne. L'opération fut longue et très difficile. L'opérée succomba au bout de quelques jours.

I. *Kyste multiloculaire chez une femme de soixante ans. Ovariotomie. Adhérences nombreuses à la paroi abdominale. Adhérences à l'estomac. Pédicule mince, lié et rentré dans l'abdomen. Guérison* (d'après les détails recueillis par M. Sapelier, interne du service).

La nommée F... (Marguerite), âgée de soixante ans, entre le 15 janvier 1883 dans mon service de la Pitié, salle Gerdy, n° 24.

Réglée à douze ans, ses époques ont toujours été régulières. De trente à trente-six ans elle a eu deux accouchements naturels. La ménopause a eu lieu, il y a plus de dix ans, sans accident. En 1881, en faisant un effort pour soulever un fardeau, F... sentit une pesanteur dans le bas-ventre. Une sage-femme fut consultée. Elle constata un abaissement de la matrice et conseilla l'usage d'un pessaire, qui fut porté continuellement depuis cette époque. En août 1882, augmentation du volume du ventre et tiraillements épigastriques. Depuis un mois, les jambes sont œdématiées. D'ailleurs aucune maladie grave jusqu'à présent. Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires.

Nous avons affaire à une femme petite, sèche et maigre. Son ventre est très volumineux et proémine sur la face antérieure des cuisses. Il est mat dans toute son étendue, excepté à l'épigastre et dans les hypocondres. La fluctuation est évidente. Des masses dures existent au niveau de la fosse iliaque droite. Circulation collatérale très développée.

Le 1er février, ponction sur la ligne médiane avec un trocart étroit. Issue de 15 litres d'un liquide non visqueux, trouble, couleur marc de café, contenant beaucoup de cholestérine, des hématies, des leucocytes et quelques rares cellules épithéliales.

Après la ponction, nous sentons nettement un gâteau de substance solide qui occupe la fosse iliaque droite et l'hypogastre.

Au bout de peu de jours, le liquide se reproduit. Mais la malade, se trouvant soulagée, refuse l'ovariotomie et sort de l'hôpital.

Elle y rentre, le 23 juillet, avec un ventre énorme. La circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic est de 118 centimètres, et la distance entre l'appendice xiphoïde et le pubis est de 59 centimètres. La malade ne peut presque plus marcher et souffre d'une oppression continuelle.

Le 26 juillet, ponction sur la ligne médiane. Il s'écoule une petite quantité de liquide clair et filant. Mais en retirant un peu la canule du trocart, je pénètre dans une autre poche, qui donne issue à 9 litres de liquide non visqueux, de couleur foncée et contenant de la cholestérine.

La malade est peu soulagée par cette ponction. Il est évident que l'ovariotomie est le seul moyen qui puisse la guérir. Elle se décide enfin à être opérée.

En résumé, j'avais affaire à un kyste multiloculaire très volumineux, puisque, malgré la ponction, le ventre mesurait encore 109 centimètres de circonférence et 50 centimètres du pubis à l'appendice xiphoïde. Ce kyste avait certainement contracté des adhérences avec le tube digestif, car il existait une zone de sonorité, qui ne se déplaçait dans aucune position de la malade, et qui était situé à 15 ou 20 centimètres au-dessous de l'ombilic. La patiente était arrivée à un âge (plus de 60 ans) qui contre-indique ordinairement l'ovariotomie. Mais elle était d'une bonne santé habituelle, et le toucher vaginal indiquait que le petit bassin était libre et qu'il n'y avait probablement pas d'adhérences de ce côté.

L'*ovariotomie* fut pratiquée le 31 août, à l'hôpital de la Pitié, dans un cabinet du service de notre excellent collègue, le professeur Cornil. Voici les diverses phases de l'opération :

Chloroformisation rapide et facile. Cathétérisme de la vessie. Incision depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. Adhérences celluleuses, peu résistantes, mais nombreuses, entre la face antérieure du kyste et la face postérieure de la paroi abdominale. Je les détruis facilement avec le doigt. Plusieurs ponctions dans le kyste, afin de vider différentes poches. Le kyste peut alors être attiré en partie hors de la cavité abdominale. Mais il est encore retenu en haut par une adhérence considérable à l'estomac. Lorsqu'on tire sur cette adhérence, on provoque immédiatement des contractions de l'estomac et des efforts de vomissements. Je la saisis avec des pinces en T, puis je la lie en deux paquets avec des fils de catgut, et je la coupe au-dessous des ligatures. Le kyste, complètement sorti, ne tient plus que par un pédicule lamelliforme, mince. Je le lie en deux portions avec un fil de soie; puis au-dessous de ces ligatures, j'en place une autre qui enserre tout le pédicule. Celui-ci est ensuite coupé au-dessus des ligatures et abandonné dans le ventre. Toilette du péritoine en épongeant avec soin la paroi abdominale où existaient les adhérences celluleuses. Suture profonde avec 5 fils d'argent. Suture superficielle. Pansement de Lister.

L'opération a duré une demi-heure à peine.

Les suites furent très simples. La température n'a jamais dépassé 38°,2.

Le 18 août, l'opérée est transportée à la salle Gerdy. Les jours suivants elle se lève.

Le 5 septembre, elle va au Vésinet. La santé est parfaite. Il n'y a aucune éventration. La cicatrice abdominale est linéaire et à peine appréciable.

II. *Kyste paraissant uniloculaire, sans adhérences probables. Ovariotomie. Kyste intraligamentaire, sans pédicule, se prolongeant dans l'excavation pelvienne. Adhérences nombreuses pariétales et viscérales. Marsupialisation du cul-de-sac kystique. Mort brusque le quatrième jour en état d'asphyxie* (d'après les détails fournis par M. Sapelier, interne).

Mme C... (Rosine), âgée de quarante-sept ans, est venue me consulter, dans le courant de juillet, pour un kyste de l'ovaire diagnostiqué par mon élève et ami le docteur Maximilien Lesage, de Beauvais.

Cette dame a été réglée à dix-neuf ans. Elle a eu deux grossesses normales. A partir de quarante ans, les règles sont devenues de plus en plus irrégulières et rares. A quarante-cinq ans, douleurs dans le bas-ventre et les reins, augmentant pendant la marche et la station debout. Sensation de pesanteur dans le bassin. Les règles cessent. A quarante-six ans, fièvre typhoïde, puis pleurésie qui dure quatre mois. A partir de cette époque, le ventre commence à augmenter de volume. Il est le siège de douleurs vives, qui partent de l'hypogastre et irradient dans tous les sens. Le ventre ayant acquis un volume considérable au commencement du mois de juillet dernier, le docteur Lesage fit une ponction et retira 14 litres de liquide citrin. Le soulagement fut de courte durée. Le liquide s'étant rapidement reproduit, la malade fut aussi souffrante qu'auparavant.

Je conseillai l'ovariotomie, et Mme C... entra à la Pitié, le 20 août 1883, pour y subir cette opération.

Examen. — L'état général est assez bon. La malade a un peu le facies ovarique. Elle est maigre, mais sans cachexie. Son ventre a a environ deux fois le volume d'une grossesse à terme. Il est mat dans toute son étendue, excepté à l'épigastre et dans les flancs. Les régions mates et les régions sonores ne se déplacent pas dans les différentes attitudes de la malade. La consistance abdominale est élastique, uniforme dans tous ses points, excepté dans le flanc gauche où je rencontre quelques inégalités marronnées. La fluctuation est nette dans tous les sens, comme dans les cas où il n'y a qu'une seule poche contenant du liquide. Pas d'ascite appréciable. Pas d'œdème des membres abdominaux.

L'utérus est mobile, un peu refoulé contre le pubis. Les culs-de-sac vaginaux sont libres. En déprimant le cul-de-sac postérieur, je sens profondément quelques granulations, qui appartiennent certainement à la paroi kystique. Ces granulations avaient une grande importance pour le diagnostic; c'était, en effet, le seul signe qui pouvait me mettre sur la voie de la nature intraligamentaire du kyste.

Rien au cœur ni à la poitrine. Miction facile. Urines normales, tendance à la constipation.

A la suite de cet examen, je diagnostiquai un kyste de l'ovaire

formé par une grande poche avec des productions solides ou de petits kystes dans certains points de la paroi. Rien n'indiquait des adhérences fâcheuses, ni une absence de pédicule. Les conditions locales et générales paraissaient favorables au succès d'une ovariotomie.

L'*opération* eut lieu le 23 août en présence de MM. les docteurs Pozzi, Ladreit de la Charrière, Révillout et Lesage, de Beauvais. M. le docteur Duret et M. Sapelier, interne du service, me servaient d'aide. M. Mariaud fournissait les nombreux instruments qui sont nécessaires.

La chloroformisation dirigée par M. Thomas, externe du service, fut facile et complète.

Incision de la paroi abdominale à partir du pubis dans l'étendue de 15 centimètres. Destruction avec le doigt d'adhérences celluleuses, assez lâches, qui unissent la paroi antérieure du kyste à la paroi abdominale. En introduisant la main dans l'abdomen, je constate qu'il existe encore de nombreuses adhérences à la partie supérieure du kyste et sur ses parties latérales.

Évacuation du liquide kystique avec le gros trocart aspirateur. A mesure que le kyste se vide et qu'on peut attirer sa paroi au dehors, de nombreuses adhérences épiploïques et intestinales se présentent. Je les saisis avec des pinces en T et je les lie successivement avec des fils de catgut fin, puis je les coupe et les abandonne dans le ventre. Après avoir fait ainsi une vingtaine de ligatures perdues, les parties supérieures et latérales du kyste se trouvent dégagées.

En soulevant la tumeur et en la faisant basculer en avant, je constate des adhérences inférieures totales et une absence complète de pédicule. En avant et en bas, du côté de la vessie, je trouve deux tractus épais comme le doigt, très vasculaires. Je pratique le cathétérisme de la vessie pour avoir la certitude que cet organe n'est pas compris dans l'un ou l'autre de ces tractus. Rassuré à cet égard, je les coupe entre deux ligatures.

J'ai affaire à un kyste intraligamentaire type, lequel coiffe le bord supérieur de l'utérus, tapisse sa face postérieure, se prolonge dans le cul-de-sac recto-vaginal et remonte sur la paroi postérieure du bassin. Il fait corps avec tous ces organes. Impossible de songer à disséquer ou à décortiquer cet arrière-fond du kyste, car ses adhérences sont très intimes et sa paroi, qui est mince et ramollie, se déchirerait à la moindre traction.

Un gros paquet vasculaire rampe sur le côté gauche de la tumeur. Ce sont les vaisseaux utéro-ovariens gauches, ce qui indique que la maladie existe dans le ligament large gauche. Je termine l'opération :

Le fond du kyste, vidé de son contenu, est saisi avec trois pinces à pression continue et à mords allongés mesurant six centimètres environ. Le fond du kyste se trouve alors aplati (la paroi antérieure étant accolée à la paroi postérieure) et forme une lame transversale au-dessus de l'utérus. Toute la portion de la tumeur qui se trouve au-dessus des pinces est coupée et enlevée. Toute la portion qui se trouve au-dessous est liée en quatre sections avec des fils de soie mariés les uns avec les autres. Les pinces sont alors enlevées.

Au lieu d'un pédicule, nous avons une sorte de bourse, dont le fond porte les ligatures de soie et dont les bords seront fixés à l'incision abdominale.

La toilette du péritoine est faite avec soin. Les intestins avaient été protégés pendant toute l'opération avec des flanelles imbibées d'eau chaude et des éponges phéniquées. Le cul-de-sac du kyste est aussi bien lavé. Nous en retirons des touffes de cheveux et de la matière sébacée.

Trois points de suture profonde avec des fils d'argent réunissent les trois quarts supérieurs de l'incision abdominale. Le quart inférieur donne passage au cul-de-sac du kyste. Les bords de ce cul-de-sac sont suturés par de nombreux points de suture au quart inférieur de l'incision abdominale ; de sorte qu'à la partie inférieure de l'incision s'ouvre une poche qui n'a plus de communication avec la cavité péritonéale et que l'on peut laver sans risque d'épanchement dans le péritoine. Nous y plaçons un gros drain. Ce procédé a reçu le nom pittoresque de *marsupialisation* du kyste.

Pansement de Lister.

L'opération a duré une heure trois quarts.

La malade est replacée dans son lit. Elle est dans un état satisfaisant.

Suites. — Il est évident qu'après une opération aussi laborieuse nous avons beaucoup d'accidents à redouter. Le principal danger est la généralisation de la péritonite qui va se développer autour du fond du kyste fixé à la paroi abdominale.

23 *août, 4 heures soir.* — Il n'y a pas eu de vomissements chloroformiques. La malade accuse peu de douleurs dans le ventre. Elle ne se plaint que d'une pression gênante sur le sacrum. Pouls 96. T. 37°,5. Champagne coupé et glacé. Cathétérisme de la vessie. Urines normales, non teintées par du sang.

24 *août matin.* — La nuit a été bonne. Pouls 102. T. 38°. Pansement. Le tube à drainage, bouché par des caillots, est lavé et replacé. La poche est lavée avec de l'eau phéniquée au 20e.

5 *heures soir.* — Pas de nausées. Pas d'émissions gazeuses par l'anus. La malade accuse des coliques. La physionomie est bonne; la langue est humide. Champagne. Bouillon. Injection hypodermique d'un centigramme de morphine à 10 heures du soir.

25 *août matin.* — La malade a dormi jusqu'à 1 heure du matin. Depuis, un peu d'agitation. Elle a uriné seule. Mais elle ne rend pas de gaz par l'anus. La physionomie est moins bonne. Les yeux sont un peu excavés. Pouls 104. T. 38°. Lavage de la poche. Dans la journée injection d'un centigramme de morphine.

A 3 heures. — La face est rouge ; quelques hoquets ; pas de nausées.

A 9 heures. — Une injection de morphine (1 centigramme).

26 *août matin.* — Pansement. Lavage de la poche. Pouls 120. T. 38°. Anxiété respiratoire. Le ventre n'est pas ballonné. Langue humide. Quelques hoquets. Pas de vomissements ni de nausées. Pas d'émission gazeuse par l'anus.

L'état s'aggrave et la péritonite tend à se généraliser.

Introduction d'une grosse sonde dans le rectum. Lavement de bouillon.

Vers midi, l'anxiété respiratoire devient extrême. Tout à coup la malade s'agite, se débat pour chercher de l'air. Les lèvres deviennent violacées, les yeux sont saillants et hagards ; toute sa peau prend une teinte cyanotique. Elle succombe deux ou trois minutes après le début de cette crise avec tous les signes d'une asphyxie.

A notre grand regret, la famille s'est opposée à l'autopsie.

En l'absence d'une nécropsie, on ne peut qu'émettre des hypothèses sur la cause de la mort. Il me paraît certain que la péritonite n'était pas encore assez avancée pour amener cette fin si brusque. Je suppose que la malade a succombé à une embolie pulmonaire dont elle a présenté les principaux signes, soif d'air, agitation, cyanose. C'est la troisième fois que j'observe cet accident à la suite de l'ovariotomie. Dans un de ces cas, j'ai eu la démonstration de l'hypothèse que j'avance. J'ai trouvé, en effet, dans l'artère pulmonaire, un caillot qui s'était détaché d'une thrombose existant dans la veine iliaque primitive gauche.

DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR LE CUIVRE.

Par M. le Dr V. BURQ.

Un mot d'abord sur le traitement des crampes et des autres phénomènes nerveux propres au choléra, par les armatures en cuivre.

S'il est un fait aujourd'hui bien démontré, c'est que les applications du cuivre, sous n'importe quelle forme, pourvu que la surface d'application soit suffisamment large, sont souveraines contre les crampes. Il est peu de médecins de bon vouloir qui, dans les épidémies antérieures, n'aient eu occasion, comme le docteur Bou-

chut, A. Richard et tant d'autres, de vérifier l'exactitude de ces paroles, proférées en 1849 par le professeur Rostan du haut de sa chaire de l'Hôtel-Dieu :

« Ce sont surtout les phénomènes cérébraux qui ont attiré l'attention des médecins. C'est contre eux qu'on a déployé le plus grand nombre de moyens... Mais un moyen spécial, que nous ne devons pas passer sous silence, est un moyen emprunté à la physique et employé par M. Burq, étudiant en médecine, contre les crampes, les douleurs précordiales, les suffocations, etc... Ce moyen consiste en plaques métalliques dont il entoure les membres et le tronc des malades. *Vous avez vu ce moyen employé dans nos salles presque toujours avec succès.* » (Leçons cliniques, 1849, *Gazette des hôpitaux.*)

Les mêmes hommes qui s'étaient montrés si hostiles à la préservation des ouvriers en cuivre, ne pouvaient faire un meilleur accueil à la métallothérapie sur la question du traitement. Aussi, est-ce avec un rare empressement et un parfait oubli des observations nombreuses qui nous avaient donné raison à Marseille comme à Paris, qu'ils se sont plu à nous opposer les résultats négatifs de quelques expériences, qui furent faites en 1865 dans les hôpitaux de Paris, et de celles que nous fîmes nous-même l'année suivante, à l'Hôtel-Dieu, sous la direction de notre cher et vénéré maître Horteloup (père).

Les expériences nosocomiales de 1865, nous l'avons dit, ne signifient absolument rien, parce qu'elles furent toutes faites sur des malades désespérés et avec des doses minuscules de 4, 6, 10 centigrammes au plus de sulfate de cuivre dans les vingt-quatre heures. Elles ne prouvent point autre chose, sinon que les maîtres qui les instituèrent, et la plupart d'une main tremblante, ignoraient les services, *toujours gratuits*, que Duncan, Cullen, Chaussier, Guersant, William Batt, Mercey (de Pesth), etc., etc., pour ne pas remonter jusqu'à Van Helmont, Boërhaave, Helvétius, etc., avaient obtenus avec les sels de cuivre, largement administrés, dans différentes maladies.

Nous avons protesté avec la même force contre les conséquences que l'on a prétendu tirer des expériences auxquelles nous prêtâmes, en 1866, notre concours. Ici la fatalité voulut que le premier succès du cuivre fut obtenu chez une femme complètement algide, arrivée à l'extrême période de l'asphyxie, et qu'au même moment deux hommes de la salle Saint-Julien revinssent de tout aussi loin, après la même médication, pour succomber ensuite dans la période de réaction. Alors Horteloup visa surtout les malades qui paraissaient avoir le plus besoin du remède, et nous eûmes le tort de nous associer un moment à notre cher maître pour demander au cuivre des miracles. Et, comme nous fûmes singulièrement aidés dans cette aventure par la *curiosité* des personnes du service, et que c'est dans le choléra surtout « que les morts vont vite », il en résulta en effet cette statistique déplorable de 43 décès sur 44 cas traités que les ennemis du cuivre lui reprocheront jusqu'à la consommation des siècles. Mais si, de bonne foi, l'on considère que ces 44 cholériques étaient *tous* en pleine période algide, *tous absolument* sans pouls, sans chaleur ni urines, et si l'on a égard à ce qui arriva chez les autres malades, les conclusions à tirer de ces expériences deviennent bien différentes.

Dans les cas que nous avons appelés du deuxième degré, et caractérisés ainsi : algidité, mais conservation encore de l'une de ces trois choses, chaleur, pouls et urine, les résultats ne furent point encore bien brillants, mais ils furent déjà tout autres. Sur 9 malades, 2 guérirent et 5 reprirent vie presque aussitôt après le traitement; ils récupérèrent complètement pouls, chaleur et urine, si bien que l'on put croire un moment à une guérison prochaine. Malheureusement l'organisme avait déjà subi une atteinte profonde. Deux, les nos 11 et 23 de Saint-Julien, succombèrent dans la période de réaction ; deux autres malades de la même salle moururent de pneumonie survenue en pleine convalescence ; le cinquième, une femme (salle Sainte-Anne, no 10), qui avait été guérie une première fois, mourut ensuite d'une rechute non traitée ; et, somme toute, il y eut 2 guérisons et 7 décès sur 9 cas.

Mais, dans les cas de la première période ou premier degré, c'est-à-dire de choléra confirmé avec suppression seulement d'une seule des trois grandes manifestations de la vie ci-dessus : chaleur, pouls et urine, ce fut un vrai triomphe pour les sels de cuivre. Aussitôt ceux-ci administrés, les malades ne firent point, en effet, un pas de plus vers la période algide, et 16 sur 18 guérirent ! Quant aux deux autres, ils moururent, le no 19 de Saint-Julien, de phénomènes cérébraux survenus lorsqu'il était déjà passé dans la salle des convalescents, et le no 4 d'accidents semblables.

Si à ces succès l'on ajoute ceux obtenus en 1865 par le docteur Lisle à l'asile des aliénés de Marseille, — 26 guérisons sur 32 cas traités par le sulfate de cuivre, alors que précédemment il avait eu 12 décès sur 14 malades traités par les moyens ordinaires, — et, peu de temps après, par le vénérable M. G. Monod, par Arnal, par MM. Pellarin, Blandet, Berger, Groussin, etc.;

Si l'on a égard à ces paroles par lesquelles M. le docteur Dufraigne, médecin en chef de l'hôpital de Meaux, formulait son opinion sur la médication, après avoir fait aussi connaître ses propres guérisons, dans la *Gazette des hôpitaux* du 23 février 1867 :

« J'étais interne à l'hôpital Beaujon lors de la grande épidémie de 1849; j'ai vu l'épidémie de 1853-1854 ; j'ai suivi celle de 1865, et, dans les nombreux traitements que j'ai vu appliquer ou que j'ai expérimentés moi-même, je n'en connais aucun qui m'inspire la même confiance que le cuivre, et je ne voudrais point, le cas échéant, d'autre remède pour les miens comme pour moi. »

Enfin, si l'on veut bien mettre aussi en ligne de compte les succès que nous obtenions nous-même dès l'épidémie de 1853-1854, et que l'on trouvera consignés page 31 et suivantes de notre monographie *Du Cuivre contre le choléra*, aucune personne, *sans parti pris*, ne trouvera rien à redire, nous en sommes certain, aux conclusions suivantes et aux prescriptions qui en découlent.

CONCLUSIONS. — Il est parfaitement vrai que dans la période ultime du choléra, lorsqu'il n'y a plus ni pouls, ni chaleur, ni urine, lorsque l'absorption a complètement cessé de se faire et qu'un miracle de réaction, comme tout le monde en a observé, peut seul sauver encore le malade, les sels de cuivre sont aussi impuissants que tous les remèdes possibles.

Mais, au contraire, si le cholérique est encore en puissance d'absorption, s'il reste chez lui des signes qui témoignent que toutes les portes ne sont point encore fermées absolument à l'entrée du remède, nous persistons à croire que l'on peut beaucoup *espérer* de la médication cuprique telle que nous allons la formuler.

Prescriptions. — CHOLÉRINE : Contre la diarrhée prémonitoire, nous conseillons, en outre des moyens ordinaires connus, infusions de thé au rhum, lavements amidonnés, etc. :

1° L'usage des pilules de bioxyde de cuivre, formulées précédemment pour la préservation (1 gramme pour 100 pilules) — 1 pilule toutes les deux heures et même toutes les heures pour les adultes, et toutes les deux ou quatre heures pour les enfants ;

2° Un quart de lavement au sulfate de cuivre, depuis 0gr,10 jusqu'à 0gr,30, qu'on répétera toutes les six heures jusqu'à répression des garde-robes. Lorsque celles-ci auront diminué en nombre et changé de nature, on cessera progressivement pilules et lavements.

3° Si la cholérine ne s'arrête point, recourir alors au traitement suivant :

CHOLÉRA : le choléra aussitôt confirmé, administrer sans retard le sulfate de cuivre :

A. En potion, depuis 20 centigrammes jusqu'à 60 centigrammes, 1 gramme et plus, suivant les âges, répartis sur les vingt-quatre heures.

La potion sera administrée, suivant l'urgence, de deux heures en deux heures, d'heure en heure, de demi-heure en demi-heure et même tous les quarts d'heure, si le temps presse, par cuillerée à bouche contenant depuis 1 ou 2 centigrammes jusqu'à 3 et 4 centigrammes de sel cuprique.

B. En lavement, depuis 10 centigrammes jusqu'à 50 centi-

grammes, dans la valeur d'un verre d'eau tiède. Le lavement sera répété jusqu'à six fois dans les vingt-quatre heures pour les cas graves à marche rapide. S'il est rejeté, on en administrera un nouveau quelques minutes après.

C. Appliquer, à différentes places, sur le corps du patient, qu'il ait des crampes ou non, des armatures de cuivre soit spéciales, soit formées avec des sous décapés cousus sur une lanière en cuir souple ou des plaques de cuivre ordinaire. A défaut d'autre chose, fixer sur le ventre un couvercle de casserole, du côté de la partie non étamée, et exercer des frictions sur les membres avec le fond du même ustensile.

Tels sont les moyens qui nous paraissent le mieux indiqués contre le choléra. Nous les conseillons, non point comme un remède infaillible, même lorsque l'absorption n'est point encore entravée, mais parce qu'une longue expérience nous a démontré qu'il n'en existe point de meilleur. Nous en avons réuni les preuves dans notre ouvrage sur le cuivre déjà cité.

Ainsi donc, pour nous résumer :

1° Préservation du choléra par le cuivre ;

a. Professionnelle? *Constante*, sauf de rares exceptions qui n'infirment pas plus la règle que les cas d'individus bien vaccinés qui contractent encore la petite vérole n'infirment la préservation vaccinale.

b. Provoquée? *Très plausible*, mais demande encore à faire ses preuves.

2° Préservation de la fièvre typhoïde et peut-être aussi d'autres maladies infectieuses par le cuivre ;

c. Professionnelle? *Probable.*

d. Provoquée? Ici les observations manquent encore.

3° Traitement des crampes des cholériques par l'application externe du cuivre? *Presque infaillible.*

4° Traitement du choléra lui-même par les sels de cuivre? *Plein d'espérances.*

5° Traitement de la fièvre typhoïde par les mêmes sels? A paru aussi promettre beaucoup dans les trop rares cas où il a été expérimenté.

Voilà le fond de toute notre pensée ; voilà ce que nous ont appris sur ces cinq questions, qui n'ont de commun que le métal qui les relie, et ne sont en rien solidaires l'une de l'autre, les recherches et expériences que nous avons poursuivies depuis plus de trente années sur l'action du cuivre dans les maladies infectieuses en général et dans le choléra en particulier.

Les faits apportés à la tribune de l'Académie par M. le docteur Bailly ont-ils infirmé d'une façon quelconque les conclusions qui précèdent en la forme que nous leur avons donnée? Le lecteur sera mis à même d'en juger dans les articles qui suivront.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

M. BILLOD, membre correspondant, adresse une lettre dans laquelle il fait observer que l'attentat récemment commis par un aliéné sur la personne de M. Rochard, ajoute un argument à ceux qu'il a fait valoir dans sa communication sur le danger que certains aliénés font courir à la société. (Commission chargée de la loi sur les aliénés.)

M. MARTY (d'Amélie-les-Bains) adresse une étude sur la crémation. (Comm. : MM. Brouardel et Lagneau.)

RAPPORTS

Ectopie du cœur. — M. MAREY lit un rapport sur un cas d'ectopie du cœur observée sur une femme présentée par M. Tarnier.

Voici le résumé de ce rapport :

Cette femme présente au point de vue anatomique une bifidité congénitale du sternum et du diaphragme avec éventration et hernie congénitale. La perte de substance du sternum permet de voir sous la peau les ventricules, dont le grand axe est presque vertical. Ces ventricules sont peu volumineux ; c'est le droit qui est accessible à la vue. La flaccidité de la peau permet de saisir dans la main la masse ventriculaire, et, à travers l'éventration, de comprimer l'aorte.

L'auscultation fait entendre un souffle systolique paraissant correspondre à un rétrécissement de l'origine de l'aorte. Du reste, la fonction du cœur paraît s'exécuter normalement.

La seule inspection des mouvements du cœur pourrait faire croire que c'est la brusque diastole des ventricules qui cause le battement de cet organe ; mais l'application du doigt sur le ventricule fait cesser cette illusion et montre bien que la pulsation du cœur a lieu pendant la systole ventriculaire.

L'inscription des pulsations du cœur montre que les deux ventricules sont synchrones dans leur action, même lorsqu'on provoque des irrégularités de leur rythme ; que la pulsation coïncide avec la diminution de volume des ventricules, et par conséquent la phase de systole des ventricules.

En répétant certaines expériences chez cette femme, on constate que tout se passe sur elle comme chez les mammifères supérieurs soumis aux vivisections. Ainsi les obstacles apportés à la circulation générale ou à la circulation pulmonaire retentissent de la même façon sur la pulsation du cœur dont ils modifient les caractères. Le pouls trachéal est positif, comme cela s'observe sur un animal dont on a ouvert le péricarde.

Ces différentes observations suffisent à démontrer, s'il pouvait y avoir encore des doutes à cet égard, que les résultats des expériences physiologiques faites sur les grands mammifères sont entièrement transportables à la connaissance du mécanisme de la circulation humaine.

Eaux minérales. — M. CONSTANTIN PAUL, au nom de la commission des eaux minérales, lit la première partie du rapport sur le service des eaux minérales pour l'année 1882.

LECTURES

Origines de la vaccine. — M. WARLOMONT (de Bruxelles) lit un travail sur les origines de la vaccine.

Les conclusions générales de ce travail sont les suivantes :

1° Ni les équidés, ni les bovidés, ni vraisemblablement d'autres animaux ne peuvent être considérés comme vaccinogènes ; ni le cheval ni le bœuf ne créent de toutes pièces l'un le horse-pox, l'autre le cow-pox ; l'un et l'autre doivent, pour fournir une récolte de matière vaccinale, en avoir reçu préalablement la semence.

2° La semence originelle du vaccin, dans ses rapports avec le cheval et le bœuf, n'est pas autre chose que la variole. Admise dans l'organisme de ces animaux, celle-ci y subit une atténuation d'où résulte ce qu'on est convenu d'appeler « vaccin ».

3° Cette atténuation est moindre chez le cheval que chez le bœuf. Le horse-pox s'éloigne donc moins de la variole que le cow-pox.

4° Le cheval est un mauvais terrain pour la culture du vaccin. La vaccination animale réclame des germes atténués à un plus haut degré que ceux que peut procurer l'organisme du cheval.

5° L'imprégnation variolique ou vaccinale, artificielle chez le cheval, par voie d'inoculation ou d'injection intra-cutanée, semble pouvoir se produire comme chez la vache sans que rien se manifeste au dehors. L'immunité doit pouvoir être la conséquence de cette imprégnation.

Peut-être, dit en terminant M. Warlomont, M. Chauveau, s'il voulait bien tenter avec la variole ce qu'il a fait avec succès au moyen du vaccin, serait-il plus heureux. Personne plus que nous ne s'en applaudirait. Nous ne pouvons oublier que c'est de la France que nous sont venues les vives lumières qui éclairent aujourd'hui la question des virus. On a pu lui enlever des provinces, on ne lui enlèvera pas cette gloire. (Comm. : MM. Henri Roger, Besnier et Bouley.)

Chorée du larynx. — M. **BLACHEZ**, candidat pour la section de thérapeutique, donne lecture de la relation de deux cas de chorée du larynx qu'il a eu l'occasion d'observer. Il s'est livré à ce sujet à des recherches desquelles il résulte que la chorée du larynx serait très rare. Des médecins d'enfants ont pu n'en observer aucun cas dans toute leur carrière. En revanche, on rencontre assez souvent chez les femmes hystériques des phénomènes tout à fait analogues, mais qui se manifestent dans un ensemble morbide tout différent.

M. Blachez a observé cette affection deux fois chez des enfants. Voici l'histoire très sommaire de l'un de ces deux faits :

Il s'agissait d'un enfant de six ans, délicat, qui a été pris en février 1881, en sortant de table, d'une sorte d'éructation violente, sonore, qu'on attribua à des gaz venant de l'estomac.

Assistant un matin à une de ces crises, M. Blachez entendit un cri grave, éclatant, analogue aux bêlements d'une chèvre. Ce cri revenait huit ou dix fois en quelques minutes, toujours identique. Ces accès ne se produisaient jamais pendant le sommeil. L'enfant était nerveux, agité, loquace, mais n'a pas eu de vrais mouvements choréiques ; sa santé était parfaite d'ailleurs.

Sous l'influence du bromure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes et des bains sulfureux, les crises diminuèrent rapidement chez cet enfant et la guérison ne tarda pas à être obtenue.

Il n'en a pas été de même chez l'autre enfant plus âgé et chez lequel les mêmes phénomènes se présentaient avec un degré d'intensité beaucoup plus grand. Chez celui-ci, il a essayé sans résultat l'usage des préparations belladonées associées à la valériane, qui restèrent complètement sans effet. Il en a été de même de l'hydrothérapie, de l'emploi des bains sulfureux et du bromure de potassium qui n'a produit qu'un amendement passager. Le chloral seul a eu chez cet enfant un succès remarquable.

Voici maintenant quelques-unes des réflexions que ces deux faits ont suggérées à M. Blachez.

La première fois qu'il s'est trouvé en présence de ces phénomènes bizarres, il a cherché à se mettre en garde contre toute simulation.

Les deux enfants élevés par des parents intelligents étaient tous deux d'un caractère aimable et enjoué, fort dociles, n'ayant jamais présenté aucune bizarrerie. M. Blachez les a suivis tous deux dans leur milieu habituel. Jamais enfants ne furent moins suspects de simulation.

Chez tous les deux, le cri, quoique très différent, était de ceux qu'un enfant bien portant de leur âge n'aurait pu assurément produire.

Un éminent confrère appelé en consultation auprès de l'un de ces malades, ne s'arrêta pas un moment à cette idée ; et après avoir étudié curieusement ce cas qu'il n'avait jamais rencontré dans sa longue pratique, il s'arrêta à l'idée d'une manifestation hystérique ou plutôt d'une sorte de chorée localisée. C'est à ce diagnostic que M. Blachez s'était arrêté.

En analysant avec plus de soin les phénomènes observés, il remarquait que l'appareil laryngien ne devait pas seul être mis en cause. Très certainement un état particulier des cordes vocales ou de l'appareil musculaire qui le met en jeu était nécessaire pour produire ces sons étranges.

Mais la participation des muscles expirateurs, du diaphragme en particulier, n'était pas douteuse. Une expiration violente, convulsive, intervenait certainement comme phénomène initial ; quelque chose comme un spasme diaphragmatique. Le phénomène était donc complexe et impliquait l'association d'organes reliés d'ailleurs entre eux par d'étroites sympathies.

L'idée d'une affection de nature hystérique s'accordait peu avec l'état antérieur et habituel des enfants, leur âge, leur manière de vivre.

Le diagnostic d'une chorée fruste, anormale, paraissait être celui qui s'adaptait le mieux à la nature des accidents.

Il était également impossible de s'arrêter à l'idée d'une forme anormale de laryngite striduleuse ou spasmodique. L'absence absolue de toux dans l'intervalle des accès, la conservation de la voix, la liberté complète de la respiration, éloignaient une pareille interprétation.

Le traitement ne pouvait renseigner davantage sur la nature de la maladie. On a vu plus haut quel a été l'effet nul des préparations belladonées associées à la valériane, ainsi que de l'hydrothérapie et des bains sulfureux : le bromure de potassium et le chloral paraissent seuls avoir été efficaces dans ces deux cas et pouvoir être recommandés dans le traitement de cette affection.

(Le travail de M. Blachez est renvoyé à la section de thérapeutique constituée en commission d'élection.)

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Il sera sursis, jusqu'à nouvel ordre, à l'ouverture du concours pour l'admission aux écoles préparatoires du service de santé militaire, qui avait été fixée au 12 novembre.

Un avis ultérieur fera connaître la date à laquelle ce concours aura lieu.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions pour le premier trimestre de l'année scolaire 1883-1884 sera ouvert le mercredi 24 octobre 1883. Il sera clos le jeudi 22 novembre, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre suivant, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26, samedi 27, mercredi 31 octobre, et les samedi 3, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9 et samedi 10 novembre.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième et troisième années d'officiat, les mercredi 14, jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21 et jeudi 22 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat et de deuxième et troisième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribuées qu'à partir du lundi 12 novembre 1883.

Avis spécial. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscription *un certificat de leur chef de service*, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre de l'année scolaire 1882-1883. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. *Ces formalités sont de rigueur ;* les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés à partir du 15 octobre, les lundi et les mardi de chaque semaine, de midi à trois heures. En ce qui concerne le premier examen de doctorat (nouveau régime) et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 15 et le mardi 16 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirants au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen, sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant seize inscriptions ; 2° les docteurs français ; 3° les docteurs et les étudiants étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 francs, payables en une fois. Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.

Les cartes d'étudiant pour l'année scolaire 1883-1884 seront délivrées au secrétariat de la Faculté aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés prosecteurs, pour quatre ans : M. Michaux, en remplacement de M. Routier, dont le temps d'exercice est expiré ; M. Poirier, en remplacement de M. Nélaton, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Petit, docteur en médecine, est délégué, jusqu'au 1er novembre 1884, dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Segond, appelé à d'autres fonctions.

M. Suchard (Eugène-Guillaume), bachelier ès lettres et ès sciences, ancien interne des hôpitaux, est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique, institué à l'hôpital Necker, en remplacement de M. Ducastel, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Sont maintenus à l'exercice pour une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1883, MM. les agrégés : Serre (section de chirurgie) ; de Girard (section de physique) ; Jacquemet (section d'anatomie et de physiologie).

— *Faculté des sciences de Paris.* — Sont maintenus dans les fonctions de maître de conférences pendant l'année scolaire 1883-1884, les docteurs ès sciences dont les noms suivent : MM. Riban, directeur-adjoint du laboratoire de chimie ; Chatin (anatomie et zoologie) ; Jannetaz (minéralogie) ; Mouton, Bouty et Joly (physique) ; Salet (chimie) ; Joliet (zoologie) ; Vélain (géologie).

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Kunstter, docteur ès sciences naturelles, est maintenu, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de maître de conférences de zoologie.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. Boutroux, docteur ès sciences, est maintenu, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de maître de conférences de chimie physiologique.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Girod, docteur ès sciences, est maintenu, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de chargé de conférences d'histoire naturelle.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Charbonnel-Salle, docteur ès sciences naturelles, est maintenu, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de maître de conférences de zoologie.

Sont maintenus, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de chargé de conférences : M. Louise, licencié ès sciences physiques (chimie) ; M. Vautier, licencié ès sciences physiques (physique).

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — Sont maintenus, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de chargé de conférences : M. Lagarde, agrégé des sciences physiques (physique et minéralogie) ; M. Rouzaud, licencié ès sciences naturelles (sciences naturelles).

— *Faculté des sciences de Nancy.* — Sont maintenus, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de maître de conférences : M. Blondot, docteur ès sciences (physique) ; M. Haller, docteur ès sciences (chimie).

Sont chargés de cours complémentaires pendant ladite année scolaire : M. Koehler, docteur ès sciences, préparateur à ladite Faculté (zoologie) ; M. Wolgemuth, docteur ès sciences, préparateur à ladite Faculté (géologie).

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — Sont maintenus, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de maîtres de conférences, MM. Gérard (botanique micrographique), Leidié (travaux pratiques de chimie élémentaire et pharmacie).

— M. le professeur Alphonse de Candolle ouvre un concours pour la meilleure monographie d'un genre ou d'une famille de plantes.

L'auteur du mémoire primé recevra un prix de 500 francs. Les manuscrits écrits en latin, français, allemand, anglais ou italien devront être adressés à M. le professeur A. de Candolle, à Genève, avant le 1er octobre 1884.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15191.

2

ANALYSE D'OCTOBRE DU

Lait pur et non écrémé DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois d'octobre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.034
	gr.	
Beurre par litre	60.000	
Albumine	11.000	
Caséine	33.800	
Sucre de lait	51.200	
Sels	7.500	
Total des matières fixes	163.500	163.500
Eau par litre		870.500

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.218
Acide sulfurique	0.300
Chaux	1.974
Magnésie	0.225
Potasse	1.575
Soude	0.703
Silice, chlore, acide carbonique, fer et perte	0.505
Total	7.500

PRIX :

Dans les dépôts	75 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	80 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les commandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, rue de Paradis, Paris. Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif.

73

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.
Boulevard Haussmann, 41, et principales ph^ies.

177

PHTISIE, ANÉMIE, RACHITISME.

Vin de Barabeau
PEPTONE ARSÉNIO-PHOSPHATÉE.

10 gr. viande, 1 gr. bi-phosphate de chaux arsénié par cuillerée à bouche.
Reconstituant énergique, entièrement assimilable,
Paris, CARMOUCHE, 19, rue Vieille-du-Temple. — Angoulême, BARABEAU, ph^en-chimiste, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

65

Pancréatine Defresne
Admise officiellement dans les Hôp. de Paris.

La **Pancréatine** est le digestif le plus puissant et le plus complet; elle n'a rien à redouter de l'acidité du **chyme** (*comptes rendus de l'Institut et de l'Académie, année 1879*). C'est pourquoi il faut l'administrer à la fin des repas.

Un gramme pancréatine Defresne	Peptonisent 30 grammes d'albumine.
Ou cinq pilules Defresne	Dédoublent 11 grammes de corps gras.
Ou une cuillerée sirop digestif	Saccharifient 10 grammes d'amidon.

Dégout des aliments, Digestions difficiles, Lientérie, Dyspepsie, Gastralgie, Gastrite, etc. etc.
PANCRÉATINE DEFRESNE en poudre, 2 à 4 cuillerettes, **4** francs.
PILULES DIGESTIVES DEFRESNE, 3 à 5 pilules, **3** francs.
SIROP DIGESTIF DEFRESNE à la pancréatine, 2 à 3 cuillerées à café, **4** francs.
Pharmacie DEFRESNE, 2, rue des Lombards, et toutes les Pharmacies.

60

Podophyllin Delpech
contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

82

Globules du docteur de Korab
A L'HÉLÉNINE DE KORAB

25

Saint-Raphaël, Vin tannique, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.
Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.
DOSE : Un petit verre après les principaux repas.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

94

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,
Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.
GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.
Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

162

Le phosphate monocalcique
CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.
Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.
Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharm^ies.

12

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Vin et Huile de foie de Morue
CRÉOSOTÉS du Dr G. FOURNIER.

0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.
Capsules d'Huile créosotée à 0,05.
Seules récompensées à l'Exp. univ. de Paris, 1878
Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — Exiger la signature.

74

Pilules suisses
(*Pilules de coloquinte composées*).
PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

75

RACHITISME, MALADIES DE PEAU, SYPHILIS.

Le Rob Lechaux
Préparé par MARIO LECHAUX, pharmacien, rue Sainte-Catherine, 164, **Bordeaux.**
contient exactement 40 centigrammes d'Iodure de potassium par cuillerée à bouche.

Le **ROB LECHAUX** est un excellent produit, qui a depuis longtemps fait ses preuves dans de nombreuses affections d'origine dyscrasique, telles que : la *syphilis invétérée*, les *adénopathies strumeuses*, les *Anémies graves et rebelles*, le *Rachitisme*, etc., etc.
Dans le **ROB LECHAUX**, les sucs de **Cresson**, de **Salsepareille rouge** et d'**Écorce d'Orange** sont savamment combinés à l'**Iodure de potassium**, et c'est grâce à cette combinaison que l'on peut éviter à coup sûr les *Gastralgies*, les *Entéralgies* que produit trop souvent l'iodure administré en solution.
Le flacon : 4 fr., dans toutes les pharmacies.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez
(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux. dans *Aspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.
PARIS, ph^ie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

33

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.
Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ francs.
Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.
Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.
Prix de la boîte : DEUX francs.
VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.
VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.
Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.
Prix du flacon : QUATRE francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

20

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).
SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.
Dépôt dans toutes les pharmacies.

87

Névroses. — Sirop Collas
au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas
au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.
Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

76

Méd. aux Exposit. Vienne 1873, Philadelphie 1876

Cachets de sulfate de quinine
LIMOUSIN, ph., Paris, 2 *bis*, r. Blanche.

Suppression de l'amertume. Solubilité complète. Contrôle de pureté. 20 cachets de 0,10 cent., l'étui 3f; 10 cachets de 0,20 cent., l'étui 3f. Envoi poste.
Touj. prép. avec le sulf. de quinine des 3 cachets.

36

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE..........	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr. ».	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Érythème polymorphe dans l'infection puerpérale. — Introduction d'un pot à pommade dans le vagin; perforation de la cloison vésico-vaginale; formation d'un volumineux calcul de phosphate de chaux, à l'intérieur et au pourtour du corps étranger. Ablation après un séjour de plus de quatre ans; opération de la fistule vésico-vaginale; guérison. — HÔPITAL MILITAIRE DE TÉBESSA. Note sur un cas de hernie épiploïque. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Érythème polymorphe dans l'infection puerpérale.

Nous avons déjà plusieurs fois appelé l'attention, dans nos Revues cliniques, sur les éruptions polymorphes, scarlatiniformes ou rubéoliformes, dues à des affections infectieuses. Rien de plus commun, par exemple, et depuis plus longtemps connu, que les éruptions variées qui se manifestent chez les femmes récemment accouchées et que l'on peut considérer comme étant plus ou moins en puissance d'infection puerpérale. Elles sont même tellement nombreuses que presque toutes les formes d'exanthèmes y figurent, l'herpès facial, les éruptions phlycténoïdes, le purpura et toutes celles qui ont été décrites par les anciens auteurs sous la dénomination commune de miliaire des nouvelles accouchées.

Quelles sont celles de ces éruptions, si multipliées et si diverses en apparence, qui doivent être considérées comme un effet direct et comme un témoignage de l'infection puerpérale ? Il est bien entendu qu'une première élimination doit être faite de toutes les affections éruptives spécifiques, bien déterminées, qui peuvent atteindre une femme à l'état puerpéral aussi bien que dans toute autre condition.

Cette élimination faite, ainsi que celle des dermatoses ordinaires non contagieuses, des manifestations cutanées des diverses diathèses, arthritisme, herpétisme ou syphilis, il reste encore un groupe d'éruptions qui ne se manifestent que chez les femmes présentant actuellement des phénomènes plus ou moins accusés d'infection puerpérale.

C'est l'étude de ce petit groupe, encore un peu confus, qui a été le sujet de recherches cliniques intéressantes faites par M. le docteur Jules Geneix, dans le service de la clinique d'accouchement de M. le professeur Depaul, et qu'il a décrit dans la brochure que nous avons sous les yeux, sous le nom d'érythème polymorphe de l'infection puerpérale, dénomination empruntée à la nomenclature d'Hébra et de M. Hardy.

Voici la description générale qu'en fait M. Geneix :

Ces éruptions se montrent le plus souvent dans le cours du premier septénaire ou au commencement du second après l'accouchement. Les primipares semblent être plus exposés à ce genre d'accidents. En effet, sur treize observations réunies dans ce travail, on trouve dix primipares.

Voici dans quel ordre se sont manifestés les phénomènes morbides. La malade qui se trouvait d'abord dans des conditions assez bonnes, à la suite de son accouchement, est prise, à un moment donné, d'un frisson ou d'une sensation de froid prolongée. En même temps survient un malaise général, une céphalalgie vive, de l'insomnie, la face se congestionne, le pouls se développe et donne 100 et 120 pulsations, le thermomètre s'élève le soir à 38° ou 39°.

L'utérus reste alors élevé dans la cavité abdominale, relativement au nombre de jours écoulés depuis l'accouchement; les régions iliaques sont douloureuses à la pression au niveau des cornes de l'utérus; les lochies sont légèrement fétides.

L'apparition de l'érythème polymorphe est presque toujours annoncée par une élévation plus grande de la température, des frissons répétés, des nausées et des vomissements. Dans quelques cas il survient une épistaxis légère qui se reproduit plusieurs fois et des selles diarrhéiques.

C'est à la suite de ces prodromes qu'on voit apparaître, sur divers points du corps, sur la poitrine et la face antérieure des avant-bras, dans les points où la peau présente un certain degré de finesse, un exanthème de coloration uniforme ou pointillée, sans tuméfaction et ressemblant aux plaques diffuses et framboisées de la scarlatine.

Sur la surface externe des avant-bras, aux poignets, à la face dorsale des mains, autour des genoux, là où la peau est rude, l'éruption présente fréquemment la physionomie de l'érythème papuleux, de la roséole ou de l'urticaire. Ce sont des taches peu ou point saillantes, arrondies, disparaissant par la pression et séparées par des intervalles de peau saine.

Quelquefois l'éruption se généralise à la presque totalité de la surface du corps et simule par la forme une rougeole intense.

A son début, l'exanthème, quel que soit son aspect, ne présente ni papule, ni vésicule. Pendant le premier et le deuxième jour, il continue à se développer. Bornée primitivement, soit aux avant-bras, soit à la face antérieure de la poitrine, l'éruption gagne de proche en proche les parties du corps non encore envahies. Son absence presque constante au visage forme, avec sa brusque apparition et sa fugacité, un de ses meilleurs caractères.

La durée de l'érythème polymorphe puerpéral est assez variable. Le plus souvent il persiste pendant deux ou trois jours. Dans quelques cas, l'éruption cutanée entre, dès le deuxième ou troisième jour, dans une nouvelle phase, celle de l'éruption miliaire.

Pendant que l'éruption suit son cours, l'état général reste subordonné à l'intoxication septicémique qui a son point de départ dans l'utérus. M. Geneix a vu cependant, dans plusieurs cas, l'apparition de l'exanthème coïncider tantôt avec une amélioration du côté des symptômes utérins, tantôt avec une défervescence assez brusque de la température. Mais c'est là un phénomène passager, la courbe ne tarde pas à remonter pour reprendre le type de fièvre rémittente à exacerbation vespérale.

Les troubles digestifs sont assez accentués : l'anorexie est complète; la diarrhée, qui précède presque toujours de quelques heures l'apparition de l'exanthème, persiste avec abondance; les selles noirâtres, fétides, fatiguent beaucoup les malades.

Quant à la sécrétion lactée, elle ne tarde pas à diminuer sous l'influence de l'intoxication septicémique.

Du côté de la peau, on observe généralement une augmentation de la sueur, tantôt au début de l'éruption, mais souvent après que celle-ci s'est effacée. — Le flux lochial, presque toujours altéré, acquiert une grande fétidité.

Ces manifestations cutanées sont-elles réellement des éruptions septicémiques, ou faut-il les placer dans le cadre des fièvres éruptives ? Indépendamment des circonstances dans lesquelles ces manifestations ont été observées, les observations analogues faites dans ces dernières années sur les éruptions qui accompagnent la septicémie chirurgicale, la septicémie diphtéritique, typhoïdique, voire même la septicémie blennorragique, dont nous rapportions les exemples l'année dernière, enfin les observations à l'aide desquelles M. Guéniot a établi la scarlatinoïde puerpérale et celles qui ont servi à l'étude de M. d'Espine sur la septicémie puerpérale, tout concourt logiquement à faire admettre la solution de la question dans le premier sens.

Étant admis le fait des manifestations cutanées de la septicémie puerpérale, restait à les différencier des autres éruptions des femmes en couche avec lesquelles on a pu les confondre. Parmi quelques-uns des caractères qui peuvent servir à les distinguer, nous signalerons particulièrement celui qui se déduit du moment où apparaît le mouvement fébrile, en général plus précoce dans les cas d'infection puerpérale que dans les diverses pyrexies éruptives. Quant à la spécification des divers autres signes, en particulier, elle nous entraînerait trop loin. Nous renverrons les lecteurs au travail de M. Geneix ainsi que pour la question de pathogénie où il fait naturellement intervenir le rôle de la microbie. Bornons-nous ici à rappeler les conclusions de ces recherches. Il en résulterait, suivant notre confrère, que l'on peut observer souvent dans l'infection puerpérale comme dans le cours d'une septicémie chirurgicale et de certaines autres maladies infectieuses, des éruptions cutanées d'aspect variable, revêtant les caractères des dermatoses ordinaires, mais ayant en réalité une origine commune, l'infection puerpérale; que si, au lit des malades, ces éruptions groupées sous la dénomination d'érythème polymorphe sont inséparables de cette infection, l'anatomie pathologique et les lésions étudiées histologiquement, montrent également la corrélation de ces deux affections, le même germe morbide se retrouvant partout et toujours le même.

Introduction d'un pot à pommade dans le vagin. Perforation de la cloison vésico-vaginale. Formation d'un volumineux calcul de phosphate de chaux à l'intérieur et au pourtour du corps étranger. Ablation après un séjour de plus de quatre ans. Opération de la fistule vésico-vaginale. Guérison.

Dans le numéro du 17 septembre dernier, la *Gazette des hôpitaux* rapportait un fait d'extraction d'un pot à pommade introduit dans le rectum, opérée par M. Pollosson, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. M. le docteur Aubeau nous communique, à cette occasion, la relation d'un fait analogue, qui peut, jusqu'à un certain point, lui servir de pendant, en même temps qu'il vient grossir la liste déjà trop longue et quelque peu humiliante pour l'humanité, des cas de corps étrangers divers introduits et égarés dans les voies naturelles. Ce dernier fait est d'un intérêt tout spécial par les conditions de gravité et de difficultés opératoires toutes particulières qu'il a présentées. Nous laissons parler notre confrère M. Aubeau.

« Le 28 novembre 1879, je vis, avec M. le docteur Lefebvre (d'Aulnay-lès-Bondy), une fille du village de X..., qui portait un corps étranger dans le vagin.

Elle avait alors vingt ans, mais paraissait plus jeune que son âge ; petite, chétive, arrivée au dernier degré de l'anémie et de l'émaciation, elle était, en outre, atteinte d'un nervosisme extrême, occasionné non seulement par son état de faiblesse et de souffrance, mais aussi par la réprobation générale dont elle était l'objet.

Mon confrère avait obtenu d'elle les renseignements suivants :

Adonnée dès l'enfance à des pratiques honteuses, elle s'était un jour introduit dans le vagin, — elle avait alors quinze ans et demi, — un pot à pommade, pendant qu'une autre fille du même âge effectuait des manœuvres analogues avec une chandelle.

La chandelle fut enlevée sans difficultés ; il n'en fut pas de même du pot à pommade. Après qu'il eut franchi, en entier, l'orifice vulvaire, il fut impossible de le ramener au dehors. La malade garda le secret sur cet évènement, jusqu'au jour où des troubles fonctionnels graves : catarrhe vaginal, suppression des règles, constipation opiniâtre, ténesme rectal et vésical, l'obligèrent à faire sa confession.

Ce fut seulement deux ans et demi plus tard qu'un médecin fit, pour la première fois, des tentatives d'extraction ; tentatives qui n'aboutirent d'ailleurs qu'à briser quelques fragments des bords du pot.

D'autres manœuvres répétées ultérieurement, pendant l'anesthésie, eurent un résultat déplorable. A la suite de l'opération, la malade eut une légère hémorragie, éprouva des douleurs persistantes, et, chose plus grave, à partir de ce moment perdit la totalité de ses urines par la vulve.

Il y avait quatre ans et demi que le corps étranger séjournait dans le vagin quand nous vîmes la malade. Elle nous apprit que le pot à pommade était de petite dimension, que sa forme était cylindro-conique et qu'il avait été introduit par son fond, représentant la partie la plus étroite.

Nous reproduisons telles quelles les notes que nous prîmes à ce moment : « Odeur urineuse très accusée en approchant de la malade ; organes génitaux externes flétris et comme atrophiés, pubis presque glabre, grandes et petites lèvres peu développées ; érythème péri-anal et vulvaire.

« Par l'orifice de la vulve légèrement entr'ouvert, même

lorsque les cuisses sont rapprochées, s'écoule continuellement un liquide qui offre tous les caractères de l'urine chargée de mucus.

« En écartant les grandes lèvres, on voit que l'hymen est en partie conservé, la muqueuse vulvo-vaginale est rouge, vasculaire, enflammée ; au voisinage de la fourchette, érosion due à la macération de l'épithélium.

« Par le toucher vaginal, on sent, à la hauteur d'une phalange, un corps étranger dont la partie accessible est conoïde et comparable à la petite extrémité d'une poire. Ce corps est dur, solide, un peu rugueux et donne la sensation des calculs vésicaux phosphatiques. Lorsqu'on essaie de le contourner, on reconnaît qu'il se renfle, en arrière du pubis et des ischions, devient sphéroïdal et s'enclave dans la cavité du petit bassin en refoulant le rectum en arrière et la vessie en avant. Le toucher rectal, combiné avec le cathétérisme de la vessie et le palper hypogastrique, confirme ces données. Il est impossible de déplacer ce corps étranger dans un sens quelconque.

« En résumé, le vagin est comblé par une masse calcaire immobile, offrant le volume et la forme d'une poire duchesse de moyenne dimension.

« En aucun point on ne sent la surface lisse et polie du verre ; le vase qui a été introduit il y a quatre ans et demi est évidemment devenu le noyau d'une sorte de calcul vaginal énorme.

« En cherchant à nous renseigner plus complètement sur la consistance de cette masse et sur la possibilité de son extraction, nous reconnaissons qu'elle se laisse rayer et même désagréger par l'ongle ; sa friabilité est un peu moindre que celle du plâtre. »

Cette découverte nous engagea à pratiquer, séance tenante, l'extraction du corps étranger, par voie de morcellement. Malheureusement, nous étions dans un village écarté, et nous ne possédions comme arsenal chirurgical que nos instruments de trousse et deux cautères actuels qui venaient de nous servir pour une précédente opération.

Le docteur Lefebvre avait en outre dans sa voiture une petite provision de chloroforme. Des pinces à pansement, des pinces hémostatiques, la spatule et l'un des cautères en forme de cuiller, nous permirent d'effectuer l'opération.

La malade anesthésiée fut placée sur le bord de son lit dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses écartées et maintenues fléchies sur le bassin par la mère et la sœur de la patiente.

Pendant que l'un de nous rétractait fortement les lèvres de la vulve, l'autre commença à sculpter avec la spatule, au sein de la masse calcaire, une sorte de godet dont les bords furent ensuite fragmentés avec des pinces à pansement.

La dureté des dépôts, qui étaient réellement composés de phosphate de chaux, et les précautions qu'il fallait prendre pour ne pas faire de délabrements, rendaient le morcellement lent et pénible ; nous dûmes, à plusieurs reprises, nous succéder dans ce travail de broiement. Au bout d'une demi-heure nous atteignîmes le pot à pommade. A mesure que nous le dégagions de sa gangue calcaire, nous appliquions sur ses bords une couronne de pinces hémostatiques, de façon à protéger la muqueuse contre les aspérités qui résultaient des précédentes tentatives d'extraction.

Bientôt nous pûmes le mobiliser, et pendant que l'un de nous protégeait les lèvres de la vulve tout en les écartant, l'autre, en exerçant des tractions sur les pinces hémostatiques, finit par l'amener au dehors.

C'était en effet un vase cylindro-conique, dont le fond mesurait 4 centimètres de diamètre, et dont l'orifice, en partie brisé, n'était guère plus grand ; il mesurait en hauteur 6 centimètres. Restait au fond du vagin une portion considérable de l'enveloppe calcaire ; mais, au lieu de se présenter comme un bloc plein, cette portion offrait, après l'énucléation du pot, la disposition d'un hémisphère creux : aussi la fragmentation et l'extraction en furent-elles relativement faciles.

L'opération avait duré une heure et quart.

Quand le vagin fut complètement débarrassé, ses parois surdistendues ne se rapprochèrent pas immédiatement ; nous pûmes l'explorer facilement dans toute sa surface et constater que l'utérus, refoulé très haut, paraissait sain, que la cloison recto-vaginale était intacte, et que la cloison vésico-vaginale offrait au niveau du col de la vessie une perforation du diamètre de l'auriculaire.

Les suites furent des plus simples.

Le docteur Lefebvre institua un régime tonique et prescrivit des injections astringentes.

Un mois plus tard il fit l'avivement et la suture de la fistule vésico-vaginale ; cette opération eut un plein succès.

Les règles, qui avaient cessé depuis l'introduction du pot à pommade, reprirent leur cours.

Quatre mois après l'ablation du corps étranger, la malade se mariait.

Il y a actuellement quatre ans que l'extraction a été faite, l'état général et local sont satisfaisants ; l'embonpoint tourne à l'obésité. La malade n'a pas encore d'enfants. »

HOPITAL MILITAIRE DE TÉBESSA

Note sur un cas de hernie épiploïque.

Par M. le docteur Moty, médecin-major de deuxième classe.

Une conférence récente de M. le professeur Le Fort sur les hernies épiploïques (1) nous engage à publier, à titre de documents complémentaires, l'observation et les quelques remarques qui suivent :

Le nommé Ch..., soldat de deuxième classe au 3e zouaves, entre, le 10 juillet, à l'hôpital militaire de Tébessa, sous la rubrique d'étranglement herniaire.

Il raconte qu'en soulevant un tronc d'arbre dans une corvée, il a senti un craquement douloureux dans l'aine droite ; quinze jours après, au service en campagne, il a senti un nouveau craquement très douloureux, du côté gauche cette fois ; deux jours après, en soulevant de la terre avec une pelle, il a senti quelque chose s'échapper à travers ses deux canaux inguinaux, et, sous l'influence d'une douleur vive, il s'est affaissé sur lui-même. — Il s'est alors aperçu qu'il y avait dans ses deux aînes, vers la racine du scrotum, deux petites tumeurs du volume d'une noix. Une demi-heure plus tard, vomissements et diarrhée ; les vomissements s'arrêtent vers midi, la diarrhée continue ; une pilule d'opium le soir ; le lendemain matin, tentative infructueuse de taxis et envoi d'urgence à l'hôpital.

Interrogé sur ses antécédents, le malade assure n'avoir eu antérieurement aucune menace de hernie.

L'examen démontre du côté droit une tumeur allongée, cylindrique, du volume du petit doigt, allant de l'anneau inguinal superficiel jusqu'au sommet du testicule, de consistance molle avec quelques points plus durs, et se prolongeant dans le canal inguinal. Du côté de l'abdomen on ne trouve qu'un léger empâtement douloureux au niveau de l'orifice profond du canal et l'on ne sent

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 817.

aucune matière accumulée ; la peau est un peu rouge. Il n'y a aucune sonorité à la percussion ; le testicule est un peu relevé.

A gauche, on trouve un peu de gonflement du cordon sans tumeur proprement dite. Une tentative de taxis faite immédiatement amène une notable diminution de la tumeur ; mais elle reprend son premier volume dès que l'on abandonne la compression.

Je diagnostique une hernie épiploïque avec adhérences probables et léger degré d'inflammation. J'établis une compression au moyen d'un linge épais imbibé d'eau blanche et d'un sac de sable de 2 à 3 kilogrammes; le malade est mis au repos absolu dans la position horizontale et à un régime léger. Le lendemain, la tumeur a diminué de moitié ; elle continue à disparaître les jours suivants et le cours du ventre se régularise.

Le 13. Sulfate de soude 40 grammes, contre l'état saburral de la langue et l'inappétence.

Le 20. La douleur a tout à fait disparu et il ne reste qu'un peu d'épaississement du cordon; douches froides.

Le 22. Il se manifeste un gonflement sonore de tout l'abdomen qui a l'apparence d'une ascite, mais qui est dû en réalité au gonflement paralytique de l'intestin ; la teinture de noix vomique est prescrite à 2 grammes par jour ainsi que la graine de moutarde contre la constipation.

Cet état persiste jusqu'au 15 août; le charbon employé à partir de cette époque amène une diminution graduelle du gonflement.

Le 15 septembre, un peu plus de deux mois après l'accident, on trouve encore une induration presque insensible à l'orifice superficiel du canal inguinal droit, rien à gauche ; mais, en invaginant la peau du scrotum et en dirigeant le doigt vers le canal, on remarque que les deux piliers de son orifice sont fortement écartés et forment deux brides entre lesquelles le doigt s'engage. La paroi postérieure du canal est solide et en faisant tousser le malade on ne sent pas l'intestin poussé contre le doigt. Le malade se plaint de ressentir encore un peu de douleur dans les deux aines, surtout en allant à la selle ; et comme il est sensiblement anémié, il est proposé pour un congé de convalescence.

Je ne veux pas insister sur le diagnostic du contenu de la hernie qui est parfaitement connu, [mais il y a quelques remarques à faire sur la nature de celle-ci. La façon dont elle s'est produite montre qu'elle n'est pas congénitale. Les craquements ressentis à deux reprises montrent que la voie d'échappement n'était pas préexistante; par contre, l'écartement des piliers de l'orifice externe prouve une certaine faiblesse de la paroi inguinale et une prédisposition correspondante aux hernies dites de force. Reste à savoir pourquoi l'épiploon hernié s'est réduit spontanément à gauche et s'est montré irréductible à droite. C'est ce que l'anatomie pathologique des hernies épiploïques peut nous aider à comprendre ; l'épiploon adhère facilement au sac herniaire une fois qu'il s'y est introduit, mais il faut un certain temps pour que ces adhérences soient solidement établies; d'autre part, une petite frange d'épiploon non enflammé passe tout à fait inaperçue dans le canal inguinal. Je reviendrai tout à l'heure sur cette assertion.

Voici donc comment les choses se sont passées, selon moi. Au premier craquement ressenti par le malade, il y a eu distension de l'aponévrose et issue d'une petite portion de l'épiploon qui ne s'est pas étranglé.

Au deuxième accident, le même phénomène s'est produit à gauche et au troisième une portion plus considérable d'épiploon s'est engagée des deux côtés. A gauche, le début de la hernie ne datant que de deux jours, la réduction s'est faite facilement; mais il n'en a pas été de même à droite, où l'épiploon avait eu le temps de contracter des adhérences.

Quant au traitement, tout le monde sait, depuis Malgaigne, que l'épiploon s'enflamme, mais ne s'étrangle pas à proprement parler, et qu'il est par conséquent inutile, comme le faisait remarquer récemment M. le professeur Le Fort, de combattre un étranglement qui n'existe pas. L'inflammation seule doit donc être attaquée. M. Le Fort recommande les sangsues; mais on n'en a pas toujours sous la main, et dans les cas ordinaires, l'eau blanche, la compression, la diète et la position horizontale suffisent parfaitement : il est remarquable que la compression joue, dans ce cas, un rôle antiphlogistique puissant et calme rapidement la douleur. Il faut bien savoir d'ailleurs que la position horizontale et la diète suffiraient sans doute seules dans bien des cas et qu'une aggravation progressive de l'inflammation s'observe bien rarement dans cette sorte de hernie, quelles que soient les fautes commises dans le traitement, la terminaison naturelle de cet accident étant la résolution ; mais il n'en est pas moins évident qu'il y a indication formelle d'intervenir afin de hâter cette résolution et de diminuer dans la limite du possible le volume de la partie herniée et la dilatation consécutive du canal inguinal.

La guérison est-elle réelle ou apparente et quel est le pronostic de ces hernies dans l'avenir ? Nous pensons que l'épiploon conserve ses adhérences et reste dans le canal, et nous appuyons cette manière de voir sur l'autopsie d'un dysentérique, pratiquée à l'hôpital militaire de Bourges en 1881 et où nous avons trouvé l'épiploon engagé dans le canal inguinal droit et formant vers le milieu de ce canal un peloton qu'il était impossible de percevoir par le pli de l'aine. En disséquant le canal, nous avons reconnu que le peloton était logé dans un cul-de-sac péritonéal auquel il adhérait solidement; le cul-de-sac s'engageait lui-même entre les éléments du cordon qu'il dissociait tout en les laissant en dehors de sa cavité. Cette lésion était restée latente pendant la vie. C'est en cet état que se trouve actuellement la hernie qui fait le sujet de cette observation et nous pensons que la guérison peut rester ainsi définitive. Nous conseillons donc au malade d'éviter tout effort et toute fatigue pour laisser les parties reprendre leur tonicité et de ne pas porter de bandage dans la crainte d'augmenter la distension de son orifice externe.

Il restera certainement un petit sac herniaire rempli par une petite masse d'épiploon; mais, des adhérences étant établies, cet état de choses peut demeurer stationnaire et laisser au malade des aptitudes physiques à peu près complètes.

Il est une dernière remarque à faire, c'est l'apparition d'une paralysie intestinale rebelle dix jours après la disparition des phénomènes aigus et malgré l'absence de péritonite. Je ne pense pas qu'il s'agisse là d'une simple coïncidence, il est au contraire probable que les effets réflexes de l'engagement de l'épiploon dans le canal inguinal peuvent affecter une forme à demi latente, pour ainsi dire, chronique, et devenir l'origine de malaises prolongés qu'on a souvent quelque peine à s'expliquer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 octobre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

La gastrostomie. — M. LÉON LABBÉ. A l'occasion de la communication, sur un cas de gastrostomie, faite dans la dernière séance par M. Lucas-Championnière, M. Tillaux a bien voulu faire

observer qu'il ne serait pas juste de m'enlever la propriété du procédé de gastrostomie mis en usage un grand nombre de fois par plusieurs chirurgiens depuis 1876, époque à laquelle j'indiquai ce procédé.

Malgré mon peu de tendances aux revendications scientifiques, je crois opportun de profiter de l'occasion qui m'est offerte, de relever certaines erreurs probablement involontaires qui se sont glissées dans une publication importante faite en 1879 par M. Henri Petit, bibliothécaire de la Société de chirurgie, sous ce titre : *Traité de la gastrostomie*. Paris, 1874, Adrien Delahaye.

M. Henri Petit, après avoir étudié la question de la gastrostomie depuis son origine, veut bien, à la page 54, s'exprimer ainsi : « Nous arrivons enfin au procédé de M. Labbé, qui, en indiquant avec précision les points de repère pour trouver l'estomac, donna une nouvelle impulsion à la gastrostomie et contribua beaucoup aux succès remarquables qu'elle devait obtenir moins d'un an après. » Puis il reproduit la description de mon procédé communiqué à l'Académie des sciences en 1876. Dans les lignes suivantes, page 55, M. Petit décrit l'opération pratiquée au mois de juillet de la même année par son éminent maître M. Verneuil.

Les résultats favorables de cette opération ont été communiqués la même année par M. Verneuil à l'Académie de médecine, et celui-ci, avec sa bonne foi scientifique qui est proverbiale, indiqua qu'il n'avait que suivi exactement les indications par moi fournies quelques semaines auparavant. Je dois ajouter qu'au moment de pratiquer cette opération, M. Verneuil m'avait fait l'honneur de m'appeler dans son service pour lui fournir les détails les plus précis sur le manuel opératoire.

Ainsi que l'indique M. Petit, à la page 57, « l'opération pratiquée par M. Verneuil, malgré la minutie de tous ses détails, a été des plus faciles, n'exigeant que des soins et de la patience. M. Petit a soin d'ajouter que M. Verneuil ne réclame rien pour lui dans ce procédé; tout son mérite, dit-il, se borne à avoir utilisé les travaux de ses devanciers, et reproduisant textuellement les paroles de M. Verneuil, il ajoute : « J'estime que le procédé susdit, appliqué par d'autres chirurgiens, multipliera le nombre des succès et fera entrer dans une voie nouvelle le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. »

Il est donc bien entendu que jusqu'à la page 57 inclusivement du livre de M. Henri Petit, un procédé nouveau de gastrostomie, capable d'améliorer notablement les résultats de cette opération, a été mis en pratique, en juillet 1876, par M. Verneuil, et que ce procédé, comme l'a si loyalement indiqué ce chirurgien éminent, est celui de M. Léon Labbé.

Mais, chose singulière, de la page 57 à la page 112, tout a bien changé.

En effet, page 112, au moment où M. Henri Petit arrive aux conclusions de son important travail, c'est-à-dire à la partie capitale d'un livre, celle souvent que l'on commence par lire, que quelquefois on a le tort de lire seule, on trouve écrit ce qui suit :

« Dans les 41 cas de rétrécissement de l'œsophage, divers procédés ont été employés; celui qu'il convient d'adopter est celui de M. Verneuil, qui, mis en pratique dans 7 cas, a donné 4 succès. »

Voici donc, à soixante pages de distance, un procédé qui a changé de propriétaire.

M. Henri Petit a la réputation d'un bibliographe distingué; ses écrits jouissent d'une certaine créance, il était donc juste que je vinsse relever à cette tribune une erreur sur un fait contemporain, erreur qu'il ne m'appartient pas de qualifier et dont je laisse entièrement juge la Société de chirurgie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE reconnaît s'être mépris sur l'indication fournie par M. Labbé relativement au lieu d'élection de l'incision dans l'opération de la gastrostomie, et avoir suivi exactement son procédé, en prenant les mêmes points de repère.

M. VERNEUIL déclare avoir adopté le procédé de M. Labbé; mais comme il l'a appliqué pour un autre but, c'est-à-dire pour des rétrécissements œsophagiens, et qu'il a été depuis imité par d'autres chirurgiens, M. Petit, dans l'historique de la question, lui a ttribué, non pas le procédé opératoire en lui-même, mais l'application qu'il en a faite aux cas sus-indiqués. Telle est l'explication de l'erreur que M. Labbé reproche à M. Petit. Les droits de M. Labbé sont conservés comme inventeur du procédé opératoire, et à M. Verneuil reste le mérite de l'application aux rétrécissements œsophagiens.

Taille hypogastrique. — M. PÉRIER communique trois nouvelles observations de taille hypogastrique : la première chez un homme de cinquante-sept ans; la seconde chez un vieillard de soixante-dix-sept ans, qui avait déjà subi trois séances de lithotrities, et la troisième sur un jeune homme de trente et un ans. Dans chacun de ces cas, M. Périer a eu recours au même procédé, c'est-à-dire à la dilatation vésicale et au ballonnement rectal. Ces trois opérations ont été suivies de succès.

Ces trois observations, jointes aux deux premières que M. Périer a communiquées l'année dernière, portent à cinq le nombre des opérations de taille hypogastrique qu'il a pratiquées par le même procédé. Sur ces cinq opérés, un seul a succombé à un abcès du rein. Ce décès ne saurait donc être attribué au choix de la méthode opératoire. Dans ces cinq opérations, il n'y a eu aucun accident du côté du péritoine ou du tissu cellulaire sous-cutané, pouvant être attribué à l'opération elle-même. La guérison s'est toujours accomplie dans un laps de temps assez court, de vingt à vingt-huit jours.

M. Périer se croit donc en droit de considérer ces observations comme suffisamment démonstratives des avantages du ballonnement rectal dans l'opération de la taille hypogastrique.

En résumé, l'opération telle que la pratique M. Périer comprend les temps suivants :

Introduction de la sonde à robinet, dilatation de la vessie, ligature de la verge, introduction du ballon rectal, incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, incision de la vessie, recherche et extraction du calcul, lavage de la vessie, drainage et suture.

Le lavage de la vessie à l'acide borique se fait très facilement à l'aide de l'aspirateur Potain; le drainage est pratiqué, comme le fait M. Moutard-Martin pour l'empyème, à l'aide de deux ou trois gros tubes accolés les uns aux autres. Le drainage ne dispense pas de l'emploi de la méthode antiseptique.

M. DESPRÉS trouve qu'un procédé opératoire qui se compose de dix temps est forcément un peu compliqué. Ce n'est plus de la grande chirurgie. On agit à l'aveugle, sans points de repère. Le procédé qu'a employé M. Després est beaucoup plus simple; il se compose de quatre temps et repose sur des points de repère précis. Le seul avantage du ballon de Petersen est de faciliter l'opération dans les cas où le calcul est extrêmement petit.

Affections bizarres analogues à l'aïnhum. — M. RECLUS présente une fillette de douze mois qui, à l'âge de sept mois, lui a été amenée à la Pitié; cette petite fille, bien conformée d'ailleurs, d'une bonne santé habituelle, portait sur les deux membres inférieurs les lésions suivantes :

Le pied gauche en varus présente une syndactylie des deuxième, troisième et quatrième orteils. Mais entre les racines du troisième et du quatrième orteil il existe une fente longitudinale, reliquat d'une division primitive des doigts. Le membre gauche est dans la rotation en dehors, la peau a conservé sa coloration normale. A l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la jambe, on trouve un sillon circulaire creusé d'un centimètre environ. Pour en apercevoir le fond, on est obligé d'en écarter les bords. On voit à son niveau une légère desquamation épidermique, une teinte peut-être un peu plus vive et une sécrétion plus abondante. Lorsqu'on palpe cette peau, on a la vague sensation de la bride fibreuse de l'aïnhum. Le segment supérieur du membre est bien nourri; la peau est fine, lisse, rosée, doublée de tissu adipeux comme celle des autres parties du corps. Le segment inférieur est légèrement œdématié. Sur la face dorsale du pied on trouve une tuméfaction mollasse comme lipomateuse et occupant toute la région tarso-métatarsienne. L'extension est impossible au delà de l'angle droit, la flexion est au contraire très facile.

Étant donné les notions acquises sur l'aïnhum et les amputa-

tions congénitales, il est évident que, dans ce cas, si l'on n'intervient pas, le pied est perdu dans un avenir prochain. C'est pourquoi M. Reclus n'hésita pas à exciser une bande de la peau dans une étendue de 7 millimètres environ, à peu près dans la demi-circonférence du membre; après quoi le tractus fibreux dermique et sous-épidermique put être enlevé avec la plus grande facilité. Puis les deux lèvres de la perte de substance furent suturées, sauf aux deux extrémités, où fut laissée une petite ouverture drainée par quelques crins de Florence.

Les suites de cette opération furent des plus simples et l'enfant est aujourd'hui complètement guérie.

Thyroïdectomie. — M. POZZI communique à la Société la relation d'une opération de thyroïdectomie qu'il a pratiquée vendredi dernier à la Pitié, dans le service de M. Verneuil, pour un cas de goitre plongeant parenchymateux et kystique d'un gros volume.

L'extirpation de la tumeur a été faite après trachéotomie préalable et avec l'aide de l'anesthésie chloroformique. L'opération, rendue extrêmement laborieuse par le nombre et le volume des vaisseaux à ménager, n'a pas duré moins de trois heures. Il a fallu recourir à l'emploi d'un très grand nombre de pinces et à l'application de la forcipressure à demeure de l'artère thyroïdienne supérieure, qui avait dû nécessairement être divisée avec les tissus morbides au milieu desquels elle était amalgamée.

L'opéré a respiré très librement pendant toute la durée de l'opération. La journée et la nuit se sont bien passées, ainsi que la journée suivante. Mais au bout de quarante-huit heures, lorsqu'on a enlevé la pince, il s'est fait une hémorragie secondaire foudroyante, à laquelle il a succombé.

Voici les considérations dont M. Pozzi a fait suivre la relation de cette observation et l'exposition des pièces.

Nous ferons ressortir spécialement quelques points de cette observation :

L'*anatomie pathologique* nous a présenté la déformation en fourreau de sabre et le ramollissement de la trachée déjà bien connus; il s'y joignait ici un véritable aplatissement avec courbure du larynx. La particularité la plus remarquable est l'adhérence allant jusqu'à la fusion de la gaine des gros vaisseaux du cou, à droite, avec le parenchyme de la tumeur, si bien que pour isoler la carotide externe, il fallait la sculpter, pour ainsi dire, dans une lame de tissu morbide. Cette disposition est probablement le résultat des processus inflammatoires qui sont survenus à diverses reprises. Nous insistons plus loin sur les difficultés spéciales qu'elle crée à l'hémostase.

Au point de vue opératoire, notons tout d'abord le bénéfice considérable retiré de la trachéotomie préalable, qui a permis de continuer l'anesthésie complètement et facilement pendant plus de trois heures;

a) Le tubage de la trachée augmentant la résistance de ce conduit, empêchant les effets de sa compression et de son tiraillement, nous a mis à l'abri de toute dyspnée; or on n'ignore pas combien les menaces de suffocation sont fréquentes pendant l'opération, et c'est même là la principale raison invoquée par Reverdin et Julliard, pour cesser l'anesthésie après l'incision de la peau;

b) Du même coup, l'hémorragie veineuse, due surtout aux irrégularités de la respiration, a été presque complètement annulée. On obtient ainsi une véritable économie de sang, bien précieuse dans une opération qui expose tant à en perdre. Pour toutes ces raisons, nous n'hésitons pas à considérer la trachéotomie comme un précieux adjuvant de l'extirpation des goitres lorsque ceux-ci ont amené une forte déviation et une déformation de la trachée, laquelle coïncide toujours avec une altération de ses parois. Nous ne parlons évidemment pas des cas simples, mais *dans tous les cas graves* où l'opération menace d'être laborieuse et accompagnée de menaces de suffocation (ainsi que les observations publiées en font foi), la trachéotomie devra être faite de propos délibéré. Parfois, comme dans notre observation, il sera relativement facile de découvrir les premiers anneaux de la trachée, au-dessus de l'isthme du corps thyroïde plus ou moins volumineux. Si la trachée est entièrement masquée, on passerait deux fortes pinces ou deux ligatures dans cet isthme, et après l'avoir incisé et rejeté latéralement, on arriverait sans peine sur le conduit de l'air. Dans d'autres cas enfin, on pratiquera plus aisément la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

A quel moment retirera-t-on la canule? Si la réunion par première intention (que l'on doit toujours rechercher) paraît pouvoir être obtenue, — qu'il n'y ait ni gonflement ni phénomènes inflammatoires d'aucune sorte, — on pourra enlever la canule en même temps que les sutures, au premier ou au deuxième pansement.

D'autre part, dans les cas où la suppuration se sera établie, s'il survenait dès le début un certain degré d'œdème pouvant faire redouter la propagation du gonflement aux bourrelets aryténo-épiglottiques, ou simplement une compression de la trachée, on devrait temporiser jusqu'à ce que ces phénomènes se fussent dissipés. Ces derniers faits seront sûrement exceptionnels. Quoi qu'il en soit, nous avons voulu les signaler, car dans les hôpitaux surtout, ainsi que l'a signalé Reverdin, la réunion primitive de cette plaie manque fréquemment.

Une autre remarque qu'il est bon de présenter, c'est l'utilité extrême de la *forcipressure temporaire* pendant la durée de l'opération; on peut dire que celle-ci serait presque impraticable sans ce moyen pratique d'arrêter immédiatement tout écoulement de sang. Le nombre des pinces que l'on doit employer est presque incroyable : nous en avons eu en place, à la fois, plus de soixante. Il est bon d'avoir à sa disposition des pinces à mors longs de 4 à 5 centimètres (dites pinces *à pédicules*). C'est surtout lorsque l'on procède à l'énucléation ou à la dissection lente avec des ciseaux de la face profonde du goitre que ces pinces, placées d'avance deux par deux sur les parties à déchirer ou à sectionner, donnent une sécurité précieuse.

La *forcipressure prolongée* nous a été imposée par la nécessité pour un gros vaisseau profondément situé et englobé dans les tissus denses, ce qui le transformait en véritable sinus. L'autopsie a montré qu'il n'était autre que le tronc de la thyroïdienne supérieure, coupée à 1 centimètre à peine de son origine. L'emploi des pinces à demeure a été funeste. Retirées au bout de quarante-huit heures, elles n'ont pas amené l'hémostase définitive et deux hémorragies secondaires considérables ont entraîné la mort. Il faut donc faire désormais quelques réserves aux espérances excessives qu'avait fait concevoir l'emploi, pour l'hémostase permanente, de ce moyen dans les premiers temps de sa vulgarisation (1). Nous formulerions, pour notre part, celle-ci : la forcipressure prolongée est dangereuse, appliquée dans le voisinage immédiat d'un gros vaisseau.

Les conditions anatomiques étaient, il faut l'avouer, éminemment défavorables dans notre cas. La brièveté du moignon de la thyroïdienne, saisi par la pince, permettait difficilement la formation d'un caillot. Il est probable que celui-ci ne se serait pas formé davantage si, au lieu de la forcipressure, on eût employé la ligature.

On peut se demander s'il n'eût pas été nécessaire de pratiquer la ligature de la carotide externe, un peu au-dessus de la naissance de la thyroïdienne, pour amener l'hémostase par la méthode de Brasdor. L'impossibilité d'isoler le vaisseau au milieu de la gangue fibreuse où il était confondu, aurait seule fait renoncer à ce projet; enfin on n'aurait pu le concevoir que si les notions fournies par l'autopsie avaient pu être soupçonnées sur le vivant.

L'étude de la pièce démontre du reste que l'artère carotide externe a dû être pincée en plusieurs points par la forcipressure appliquée à deux reprises, par les internes, contre l'hémorragie secondaire. Et cependant aucun caillot n'oblitérait son calibre.

En résumé, il semble que la seule manière qu'il y eût d'éviter cette hémorragie, était de laisser, au fond de la plaie, une notable partie de la tumeur adhérente à la gaine des vaisseaux. En agis-

(1) « L'absence d'hémorragies consécutives après la forcipressure ne me surprend pas et me semble conforme à la prévision théorique... » (Verneuil, *De la forcipressure*. Bull. et Mém. de la Société de chirurgie, 1877, p. 562.)

sant ainsi, on laisserait à la thyroïdienne une longueur suffisante pour qu'une coagulation durable puisse s'y produire.

Doit-on craindre de s'exposer à une récidive? Alors même que cela serait, qu'est cette éventualité en comparaison des terribles accidents auxquels a succombé notre opéré! Nous croyons donc que l'on peut poser comme règle, dans le cas où une forte adhérence aux vaisseaux pourra être soupçonnée, de laisser dans la plaie, en ce point, la couche superficielle de la tumeur qui, du reste, est souvent assez facilement isolable sous forme de lame ou de capsule. Cette extirpation, *presque totale*, est bien différente de l'*extirpation partielle* à laquelle s'applique seule le reproche de M. Rose lorsqu'il dit « qu'un goitre suffoquant, extirpé partiellement, est un goitre auquel un chirurgien a à faire tous les deux ans » (1).

M. VERNEUIL ne saurait être considéré comme un détracteur de la forcipressure; cependant il reconnaît qu'elle n'est pas sans inconvénients ni même sans dangers. Il cite deux cas d'ablation de tumeurs du sein avec des ganglions axillaires à la suite desquelles les malades ont succombé à des hémorragies consécutives, parce que des pinces hémostatiques avaient été appliquées et laissées sur l'artère axillaire et en avaient déterminé la mortification ou la résection dans une certaine étendue.

Quant au cas de M. Pozzi, s'il avait été présent à la fin de l'opération, il lui aurait conseillé de pratiquer la ligature de la carotide externe.

M. TILLAUX n'adopte pas la pratique suivie dans ce cas par M. Pozzi et qui consiste à faire la trachéotomie préliminaire. D'abord cette opération n'est pas toujours possible; elle aurait été notamment impossible dans les cinq thyroïdectomies qu'il a pratiquées, la dernière le matin même. D'ailleurs elle est le plus souvent inutile.

Quant à l'emploi du chloroforme, il y a des cas où il est, selon M. Tillaux, plus prudent de ne pas y avoir recours. Ainsi il a dû y renoncer dans l'opération pratiquée le matin même, à cause des menaces de suffocation. Dans plusieurs de ces cas, il l'a remplacé avec avantage par l'administration de chloral ou les injections sous-cutanées de morphine.

M. POZZI répond qu'évidemment il y a des cas où la trachéotomie est extrêmement difficile et même impossible, mais dans ces cas il n'hésiterait pas à faire la laryngotomie, et, si celle-ci n'était pas possible, il ferait une section entre deux ligatures du lobe moyen de la tumeur, de manière à avoir une voie suffisante pour arriver sur la trachée.

M. VERNEUIL donne raison à ses deux collègues; la conduite à tenir dépend des conditions dans lesquelles se trouve la trachée. La trachéotomie n'est pas de règle absolue, mais elle rend de grands services quand on peut la pratiquer.

Quant à l'usage du chloroforme, M. Verneuil le considère comme indispensable, surtout dans le but de prévenir ou de diminuer les hémorragies.

La séance est levée.

(1) Cité par Julliard. Trente et une extirpations de goitres. *Revue de chirurgie*, 3e année, 1883, page 599.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 octobre 1883, M. Allaire, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité, a été nommé à un emploi du même grade dans l'armée territoriale.

— M. le docteur Gillet de Grandmont vient d'être nommé chirurgien oculiste de la Légion d'honneur.

— On vient de poser, dans le vestibule d'honneur de l'École normale, la plaque commémorative de la mort de M. Thuillier.

— Un télégramme daté d'Alexandrie, 18 octobre, nous annonce que le choléra s'est manifesté au village arabe de Chatby, dans le voisinage immédiat d'Alexandrie. Jusqu'à présent on a constaté quatre décès.

Une seconde dépêche mentionne trois autres décès cholériques à Esneh.

Le choléra. Étiologie et prophylaxie, par le docteur A. Proust, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Ouvrage accompagné d'une carte représentant la marche des épidémies, et suivi de l'instruction populaire sur les précautions d'hygiène à prendre en cas d'épidémie. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Essai sur l'influence de la musique et son histoire en médecine, par le docteur Hyacinthe Soula. In-8° de 68 pages. — Paris, A. Derenne.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15198.

N° 122. — MARDI 23 OCTOBRE 1883. 56e ANNÉE. MARDI 23 OCTOBRE 1883. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — **1** an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — **1** an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôtel-Dieu. I. Bec-de-lièvre double. — II. Cancroïde du sein. — III. Fistule anale borgne externe. — Le cuivre et le choléra. — Société de Biologie. — Variétés. Les Indiens Chiriguanos. — Faculté de Médecine de Paris. Année scolaire 1883-1884. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Bec-de-lièvre double. — II. Cancroïde du sein. — III. Fistule anale borgne externe.

I. Nous avons à compléter aujourd'hui une opération de bec-de-lièvre double chez un petit enfant, par la réunion des parties molles.

Le premier temps consistera dans l'avivement. En effet, nous avons au milieu un lobule médian dont une partie nous servira à faire la sous-cloison, mais dont la brièveté nous forcera à faire l'avivement des deux parties latérales de la lèvre supérieure, afin d'avoir deux lambeaux qui, renversés et rapprochés du lobule médian, également avivé, nous permettront de combler l'hiatus. Le tout sera maintenu par un certain nombre de sutures.

Cette petite opération amène toujours un peu de sang, mais j'y remédie par de petites pinces hémostatiques à ressort et dont les mors sont garnis de caoutchouc pour ne pas mâcher les tissus et ne produire aucun dégât.

Après le temps de l'avivement vient celui des sutures : 1° entre les lambeaux avivés, 2° entre les narines. La première se fait avec des aiguilles aussi petites que possible et des fils de soie très fins pour ne pas déchirer les lambeaux. Si l'on pouvait se servir d'un cheveu, cela n'en vaudrait que mieux encore. J'ai essayé plusieurs fois, en pareille circonstance, d'employer des fils métalliques, mais ils ne réussissent pas aussi bien que les fils de soie. J'ai même quelquefois voulu employer, dans la même opération, moitié fils de soie, moitié fils de métal ; j'ai constaté des différences très appréciables entre les uns et les autres ; les fils métalliques ont plus de tendance à couper les tissus, en raison de leur rigidité, que les fils de soie, et de plus ils ne servent pas aussi facilement que ces derniers. Je parle ici, bien entendu, des sutures superficielles seulement et non des sutures profondes. Pour soutenir ces sutures, il en faut une autre qui soit, pour ainsi dire, une suture complémentaire, générale, à cause de l'épatement du nez, dont les narines sont attirées, écartées l'une de l'autre par les maxillaires supérieurs. Dans ce but, je détacherai les deux narines du repli muqueux qui les unit à ces deux os, et après les avoir rapprochées, je les maintiendrai en place en faisant passer à travers le nez une grosse aiguille en argent, que l'on munit ensuite à ses deux extrémités d'une rondelle de gutta-percha sur laquelle on tord l'aiguille. Cette suture complémentaire ne laisse, par la suite, aucune trace, pas plus, du reste, que les sutures des lambeaux, et au bout de trois semaines ou un mois on ne voit plus rien.

Quant au petit lambeau médian qui proémine, les premiers jours, sur la lèvre inférieure, il est inutile de s'en préoccuper, il se rétracte généralement assez rapidement. Cependant, si au bout d'une année les choses n'étaient pas pas revenues en place, on procéderait alors à son excision.

Une précaution des plus utiles à prendre pour éviter tout tiraillement des sutures, c'est d'empêcher l'enfant de crier, tout au moins pendant les deux premiers jours qui suivent l'opération ; à cet effet, je prescris un looch contenant 10 grammes de sirop diacode, dont on donne une cuillerée toutes les heures. Grâce à ce moyen, j'arrive à engourdir suffisamment l'enfant pour obtenir, pendant quarante-huit heures, une sorte d'état somnolent.

II. Après cette première opération, nous aurons à faire l'ablation d'une tumeur du sein chez une femme de soixante-sept ans. Il s'agit d'un cancer externe développé non pas dans la glande elle-même, mais d'un de ces cancers qui se forment au-dessous du sein, dans ses replis cutanés, et où la transpiration détermine peu à peu, chez certaines femmes, une sorte de rougeur eczémateuse, un intertrigo très désagréable, une irritation plus ou moins vive, des démangeaisons telles que la malade se gratte et s'écorche; la peau saigne, et, au bout d'un certain temps, on constate l'existence d'un cancroïde.

Notre malade a eu ainsi de l'intertrigo des deux côtés, et en se grattant ses doigts ont rencontré, il y a quatre ou cinq ans, au-dessous du sein gauche, un petit point dur qui peu à peu s'est étendu, et les lymphatiques se sont pris à leur tour, entraînant progressivement la mamelle vers l'aisselle.

Aujourd'hui il s'agit d'une tumeur allongée, formant une corde très dure, d'un squirrhe ligneux ou atrophique, car le sein a réellement diminué de volume, en un mot de ce que l'on peut appeler, je le répète, un cancer externe, cancer qui a débuté par la peau, s'est enfoncé peu à peu vers les parties molles et a gagné l'aisselle.

Cette affection est d'un pronostic relativement favorable, en raison de sa marche allant de la circonférence vers le centre et montrant ainsi qu'il ne s'agit que d'un état local

seulement. Aussi suffit-il le plus souvent de barrer le chemin aux progrès du mal, en enlevant toute la partie atteinte, pour obtenir la guérison. Ici l'opération sera forcément d'une certaine étendue, et nous devrons aller jusque dans l'aisselle à la recherche de tous les ganglions envahis.

Ce genre de cancroïdes est toujours très douloureux par la compression des nerfs saisis comme dans un étau par la tumeur ligneuse : aussi notre malade paraît-elle souffrir beaucoup.

III. Enfin, chez le troisième malade que nous avons à opérer, il s'agit d'une fistule anale, dont le point de départ a été un abcès. Cette fistule est intermittente en ce sens qu'elle s'est ouverte et fermée déjà à plusieurs reprises. Elle me paraît borgne externe, bien que la sonde arrive jusqu'à la muqueuse rectale ; cependant celle-ci n'est pas encore perforée, mais, selon toutes probabilités, cela ne saurait tarder si l'on n'intervenait pas maintenant, et il y aurait alors communication directe avec le rectum. La petite opération que nous allons pratiquer consistera à compléter d'abord la fistule en perforant la muqueuse avec une sonde cannelée dont nous ramènerons l'extrémité à l'extérieur, de façon à former un demi-cercle, à pédiculiser pour ainsi dire, et d'un coup de bistouri on fend tout le foyer.

LE CUIVRE ET LE CHOLÉRA (1)

Par M. W.-R. Brame (de Westminster).

M. W.-R. Brame adresse, de Westminster, une note relative à un exemple d'immunité contre le choléra, qu'il considère comme attribuable à l'action du cuivre.

L'auteur rappelle que la ville de Fahlien, en Suède, au voisinage de laquelle se trouvent des mines de cuivre exploitées, a toujours été préservée du choléra. Les opérations métallurgiques répandent dans l'air des vapeurs qui rendent impossible toute végétation sur les collines environnantes. M. Brame pense que ces vapeurs doivent avoir aussi pour effet de détruire les germes qui servent à la transmission du choléra.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 octobre 1883. — Présidence de M. Bouley.

COMMUNICATIONS

Influence du morphinisme sur la grossesse. — M. **Ferré** communique l'observation d'une jeune femme de vingt-deux ans, hystérique, fille de mère hystérique et morphinique, abusant elle-même, depuis un certain temps déjà, de la morphine, et qui devint enceinte. Dès que l'on cherchait à diminuer la dose de morphine qu'elle prenait habituellement, cette jeune femme était prise de coliques utérines intenses.

Au moment où on commença à diminuer la dose, elle absorbait 25 centigrammes de morphine par jour. Au moment de l'accouchement, elle n'en prenait plus que 16 centigrammes. L'accouchement fut fait dans des conditions normales par M. Tarnier. On continua à diminuer progressivement la dose de morphine, mais chaque fois les coliques utérines se reproduisaient et les contractions de la matrice empêchaient l'écoulement des lochies. Il y avait donc là un danger qui obligeait à procéder avec beaucoup de prudence dans la diminution progressive de la dose morphinique.

Du côté de l'enfant, on observe également des phénomènes singuliers. D'abord, pendant la grossesse, les mouvements de l'enfant se ressentaient étrangement de l'absence de la morphine. Après la naissance, cet enfant resta quatre-vingts heures sans dormir. Il y avait, entre cette insomnie du nouveau-né et l'absence de la morphine chez la mère, une relation bien évidente. En pareil cas, il est donc formellement indiqué, non seulement dans l'intérêt de la mère, mais aussi dans l'intérêt de l'enfant, de procéder très prudemment à la diminution des doses de morphine.

Lésion cérébrale spontanée chez un lapin. — M. **Laborde** présente un lapin qui, aussitôt qu'on le pose sur le sol, tourne complètement sur son axe et a la tête baissée et penchée du côté où il exécute ce mouvement de giration. Cet animal, qui n'a servi à aucune expérimentation, présente ces phénomènes depuis environ trois mois ; il s'alimente d'ailleurs très bien et semble bien portant.

Il s'agit là probablement d'une tumeur kystique constituée par un cysticerque et siégeant dans les pédoncules cérébelleux moyens du côté droit, c'est-à-dire du côté où l'animal tourne. Lorsqu'on produit expérimentalement une lésion sur ce point, on provoque généralement, en même temps que cette giration, un certain degré d'hémianesthésie croisée ; or ce lapin présente également un certain degré d'anesthésie du côté gauche, côté opposé à celui de la lésion et des phénomènes giratoires.

M. Laborde fera connaître les résultats de l'autopsie de cet intéressant animal.

M. **Dastres** fait observer qu'il y aura intérêt, à l'autopsie, d'examiner la région des olives inférieures, les rapports de la lésion de cette région avec les phénomènes observés ayant été récemment discutés par les Allemands.

De la rotation. — M. **Delaunay** fait une communication sur la rotation d'un animal sur lui-même. Les animaux tournent parfois sur eux-mêmes étant en liberté et tournent presque toujours quand on les place sous une cloche dont le diamètre est un peu supérieur à la longueur de leur corps. M. Delaunay a constaté que certains animaux tournent à droite, d'autres à gauche, d'autres indifféremment des deux côtés, mais il ne peut tirer aucune conclusion de ces observations qui sont très incomplètes.

En ce qui concerne l'espèce humaine, il importe d'abord de bien poser la question. M. Delaunay appelle rotation à droite le mouvement dans lequel l'épaule droite se porte en arrière en même temps que l'épaule gauche est portée en avant, rotation à gauche le mouvement inverse. La rotation peut avoir lieu sur un pied ou sur l'autre ou sur les deux dans certaines proportions, comme dans la valse par exemple, mais lorsque l'individu tourne plusieurs fois sur lui-même sans changer de place, il le fait sur le pied droit s'il tourne à droite, sur le pied gauche s'il tourne à gauche.

Certaines races humaines inférieures ne tournent pas : exemple les Canaques, les nègres. Les races moyennes tournent à gauche : Chinois, Japonais, Turcs, Brésiliens, Mexicains, Araucaniens, Kalmouks. D'autres tournent dans les deux sens : Hindous, Marocains, Tunisiens, Transylvaniens. Les races supérieures européennes tournent à droite ; cependant la proportion des individus tournant à gauche est considérable en Portugal, en Espagne, en Grèce, et encore assez forte en Angleterre, en Italie, en Allemagne. En Hongrie, le *sezardasez*, danse nationale qui se dansait à gauche du temps de Charlemagne, se danse aujourd'hui à droite.

En France, dans toutes nos danses nationales, on tourne à droite. Tous les traités de danse proscrivent la rotation à gauche comme contraire aux usages et aux convenances. Les professeurs de danse qui enseignent à tourner également des deux côtés, constatent que leurs élèves sont étourdis beaucoup plus vite quand ils tournent à gauche. « Les danseurs de ballet exécutent sur le pied droit leurs faits les plus remarquables. Le pied et la jambe gauches ont un tel manque d'adresse relative que, dans les répétitions de l'Opéra, il faut doubler les exercices qui les concernent. » (Houzeau.)

D'après les observations de M. Delaunay, la plupart des femmes tournent aussi bien à gauche qu'à droite. Beaucoup préfèrent la

(1) Note lue à l'Académie des sciences dans la séance du 11 septembre 1883.

rotation à gauche et tournent de ce côté quand elles dansent entre elles.

Il résulte d'expériences faites par M. Delaunay dans les crèches et les salles d'asile que les enfants tournent d'abord à gauche, puis, en grandissant, se mettent à tourner à droite. Sur 68 enfants de trois ans et demi à sept ans, 38 tournaient à droite, 19 à gauche, 11 indifféremment. A partir de dix ans on tourne généralement à droite.

Au point de vue de la constitution, les enfants qui tournent à gauche sont moins forts que les autres. La grande majorité des idiotes tourne à gauche. C'est ce qui résulte d'expériences faites par M. Delaunay à la Salpêtrière avec M. Charpentier, médecin de cet établissement. La proportion des individus qui tournent à gauche est plus grande parmi les employés que parmi les étudiants.

Les gauchers tournent plus facilement à gauche qu'à droite.

Conclusion. — La rotation à gauche étant commandée par le cerveau droit, ce cerveau l'emporte chez les races inférieures, les femmes, les enfants, les faibles d'esprit. Au contraire, le cerveau gauche, qui produit la rotation à droite, l'emporte chez les individus supérieurs : hommes, adultes, individus intelligents. Il en résulte que l'évolution va de la prééminence du cerveau droit à celle du cerveau gauche. M. Delaunay rappelle qu'il est arrivé à la même conclusion quand il a étudié la tendance à prendre sa droite ou sa gauche.

M. Delaunay se propose d'étudier de la même façon les divers mouvements, les sensations et même les facultés morales et intellectuelles dont l'exercice s'accompagne de mouvements musculaires d'un côté ou des deux côtés, mais n'ayant jamais la même intensité à droite et à gauche.

Le cuivre, le choléra et la fièvre typhoïde. — M. BURQ fait une communication relative à l'enquête qu'il a entreprise sur les faits avancés par M. Bailly à l'Académie de médecine (voyez *Gazette des hôpitaux*, nº du 18 octobre 1883).

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les Indiens Chiriguanos.

Nous extrayons d'une lettre de M. A. Thouar, parti il y a déjà plusieurs mois à la recherche des restes de notre regretté confrère le docteur Crevaux, si malheureusement assassiné par les Indiens Tobas, les passages suivants relatifs aux mœurs et coutumes des Indiens Chiriguanos.

Cette lettre, datée de Caiza, dans le grand Chaco boréal (Bolivie), 1er août 1883, est arrivée ces jours derniers à la Société de géographie.

La tribu des Indiens Chiriguanos compte environ 7,000 à 8,000 individus, presque entièrement soumis à la civilisation. Elle s'étend du 19e au 22e degré de latitude sud, tout le long de la Cordillère de Machareti, et est limitée à l'est par le 64e degré de longitude ouest de Paris.

Le type masculin est caractérisé par les particularités suivantes : la taille est petite, elle oscille entre 1m,55 et 1m,60, chiffre maximum. Les yeux sont petits, à la japonaise ; la barbe est assez rare, et le peu qu'ils en ont, ils l'arrachent à l'aide d'un petit instrument spécial, de telle sorte que la face serait absolument glabre, n'étaient les sourcils et les cils qui sont également peu fournis. Les narines sont larges et en l'air ; la bouche est moyenne. Les cheveux sont noirs et longs, ils sont enroulés autour de la tête et retenus par un mouchoir. Les pieds et les mains sont petits ; les pommettes des joues sont colorées avec l'*achote*, l'*onoto* ou le *curusu*. Les hommes vont nus jusqu'à la ceinture, laquelle est protégée par un tablier de cuir ou une serviette de coton. Leur peau est couleur terre de Sienne claire. Enfin ils portent à la lèvre inférieure un ornement appelé *tembeta*, sur lequel nous reviendrons tout à l'heure.

Le type des femmes ne diffère pas de celui des hommes. Elles ont, presque toutes, les joues, les cils et le front peints en rouge avec l'*achote*. Leur costume se compose d'une sorte de chemise bleue en coton, qu'elles nouent à la ceinture ou qu'elles arrêtent aux épaules par deux longues épines.

Elles n'ont, pour tout ornement, qu'un collier dont les grains sont formés de coquillages fluviatiles du Pilcomayo....

La femme accouche avec la plus grande facilité. Quand elle est délivrée, on lui serre le ventre fortement avec une corde et on la couche sur un lit de sable, *bouche en bas*. Le père et les enfants se mettent aussitôt au lit et observent un jeûne rigoureux qui dure, pour le père, environ neuf à dix jours, et pour les enfants, deux ou trois jours. Pendant ce temps, le père ne peut ni boire de chicha, — cette liqueur fermentée chère aux Indiens, — ni assister aux fêtes, ni couper le bois, etc., car s'il en était autrement, disent-ils, le nouveau-né mourrait. La femme se lève environ sept à huit jours après sa délivrance.

Si l'enfant naît difforme, les parents le tuent ou l'enterrent vivant ; si la mère accouche de plusieurs enfants, ils n'en gardent qu'un et tuent les autres, à moins que la mère ne s'y oppose formellement, ce qui est rare. Si le père de l'enfant sait tuer le tigre, ses enfants sont réputés devoir naître forts...

La *tembeta*, dont nous parlions tout à l'heure, est un ornement que les Indiens portent enchâssé dans la lèvre inférieure dès l'âge de six à sept ans. Il se compose d'un bouton circulaire dont le diamètre varie entre celui d'une pièce de 1 fr. et celui d'une pièce de 5 fr. en argent. Il a pour base une plaque de métal, — généralement de plomb, — large de 1 centimètre et longue de 2 centimètres 1/2. Voici, du reste, l'opération que la tembeta exige : quand l'enfant mâle atteint l'âge que nous venons d'indiquer, on le prépare à l'opération par un jeûne de plusieurs jours. Puis on appelle un *brujo*, sorte de médecin et sorcier. Il couche l'enfant à terre sur le dos et avec un fil qui va du haut de la tête en passant au milieu du front et du nez, il détermine l'endroit où il percera la lèvre inférieure. « Allons », dit-il, « il est temps que tu sois homme. Tu as joué suffisamment, et dès maintenant tu devras travailler, faire la guerre, vaincre tes ennemis. Tu ne pleureras pas, car tu me prouverais que tu n'es pas encore un homme, et tu ne dois plus dire, comme les *guaguas* (1), hùm, hùm, mais bien, comme nous, taà, taà. »

Après cet exorde, il lui perce la lèvre au moyen d'une corne de chèvre aiguë bien effilée ; l'enfant ne dit rien et ne fait pas un geste. Puis il lui introduit une petite paille dans la plaie, afin qu'elle ne se referme pas, et, tous les jours, on la retourne en tous sens, et quand la blessure est guérie laissant une ouverture suffisante, on place la tembeta dont on augmente peu à peu les dimensions. Le plus généralement elle ne dépasse pas celles d'une pièce de 1 franc ; parfois cependant son diamètre atteint celui d'une pièce de 5 francs. La tembeta représente la virilité et la nationalité des Indiens Chiriguanos ; pour rien au monde ils ne s'en sépareraient.

Une autre marque encore de virilité consiste, pour ces tribus, à laisser croître les cheveux que, sous un aucun prétexte, ils ne se feraient couper. Ils les laissent tomber en avant, sur le front, jusqu'à la hauteur des sourcils.

Quand l'Indienne est devenue nubile, les parents la couchent dans un hamac suspendu au point le plus élevé de la case et la laissent ainsi trois jours et trois nuits, sans autre aliment qu'un peu de maïs bouilli (*mote*), qu'ils lui donnent chaque jour vers les quatre heures. Personne ne peut ni l'approcher ni lui parler ; la mère ou la grand'mère ont seules accès auprès d'elle, et quand elles la descendent du hamac pour les besoins naturels, elles prennent les précautions et les soins les plus exagérés pour éviter que, dans leur imagination, elle ne marche sur le *boyrusu* (grand serpent qui, au dire de la tribu, l'avalerait) ou sur des excréments de poule ou de chien, ce qui lui occasionnerait des plaies, des tumeurs, etc.,

(1) Les filles.

aux seins. Le troisième jour des règles, elles la descendent et la font asseoir dans un coin de la case, entourée d'un treillis de roseaux. Elles lui coupent les cheveux aussi ras que possible, — contrairement aux hommes qui les portent dans toute leur longueur, ainsi que nous l'avons dit plus haut, — et la tête tournée dans l'angle. Enfin dès ce moment la jeune Indienne ne doit ni parler, ni manger autre chose qu'un peu de maïs vers quatre heures du soir, et jamais ni poisson ni viande d'aucune sorte, et ceci pendant l'espace d'une année. Cependant vers les derniers mois ses parents deviennent un peu moins rigides à son égard...

Beaucoup d'entre elles succombent à ce rigorisme barbare et sortent, amaigries et malades, d'un aussi long jeûne.

L'année écoulée, la jeune fille est considérée comme étant en âge de se marier. Lorsque celui qui a l'intention de l'épouser a été agréé par ses parents, — après maintes formalités de demande sur lesquelles M. Thouar s'étend assez longuement dans sa lettre, — il pénètre dans la case, se couche aussitôt avec sa fiancée, et le mariage est fait, indissoluble, sans aucune autre cérémonie. Le mari vit désormais dans la famille de l'Indienne. Néanmoins tout homme peut avoir trois ou quatre femmes, mais la première a droit à plus de considération que les autres...

Quand l'Indien Chiriguano est malade, il appelle un *brujo*, sorte de médecin ou sorcier, comme nous l'avons dit plus haut, pour le délivrer de son mal ou *brujeria*. S'il souffre d'une douleur, le *brujo* souffle sur la partie malade et suce pendant quelques instants jusqu'à ce qu'il ait extirpé la *brujeria*, qu'il représente soit par un morceau de bois, soit par une petite pierre, soit par tout autre objet, de petite dimension, qu'il a eu soin de dissimuler dans sa bouche ou dans l'une de ses mains. Si, malgré tout, le malade meurt, le brujo déclare qu'un de ses confrères qui lui est contraire, qui lui veut du mal, l'a vaincu.

Quand l'Indien éprouve des douleurs dans les membres inférieurs ou qu'il est fatigué d'une longue marche, il se fait lui-même, avec un fragment de verre, de longues entailles sur le genou, mais peu profondes...

Quand le Chiriguano est sur le point de mourir, ses parents et ses amis se réunissent dans sa case. Ils lui prodiguent alors des caresses, lui passent les mains sur les yeux, les joues, le menton, et au moment où il vient de rendre le dernier soupir, sa femme pousse un grand cri que les assistants répètent à l'envi, et tous pleurent. Le mort est immédiatement enseveli dans ses vêtements, après avoir été peigné et lavé. Puis on lui rompt la colonne vertébrale et on lui attache les jambes contre le corps replié sur lui-même, après quoi on le place au milieu de la pièce. Là il est d'autant plus pleuré et veillé que sa situation dans la tribu était plus élevée, et pendant tout ce temps le jeûne le plus rigoureux, le plus absolu est observé par chacun des membres de la famille et de ses amis. La moindre durée du jeûne est de trois jours et trois nuits consécutifs. Les enfants, eux-mêmes sont, pendant ce temps, tenus couchés sur des lits ou cadres en roseaux et privés d'aliments et de boissons.

Enfin la vénération du défunt s'affirme par la profondeur de la fosse dans laquelle il doit être enterré. Cette fosse, de forme circulaire, généralement profonde de 4 à 6 mètres, est creusée dans la case même, près d'un mur. La veuve, ayant fendu en deux, transversalement par le milieu, le grand vase de terre, appelé *yambui* (1), qui lui servait à fabriquer la *chicha*, vase haut de 70 à 80 centimètres et d'un diamètre de 25 à 30 centimètres au niveau de son orifice, on place la partie inférieure du yambui dans la fosse, on y dépose le corps du défunt, de façon à lui servir de cercueil, puis on place au-dessus de lui la partie supérieure du vase. La fosse est ensuite comblée, la terre tassée; puis, tous, parents, enfants, amis, se précipitent en courant vers le rio le plus proche, s'y baignent et y lavent tout ce qui a appartenu à celui qui vient de mourir. Ils reviennent ensuite à la case, s'assoient autour de la sépulture, coupent les cheveux à la veuve aussi courts que possible et les jettent sur la fosse. La veuve s'agenouille alors, pleure et crache jusqu'à ce que toute la surface de la terre fraîchement remuée s'imbibe de ses larmes et de sa salive. Puis elle se couvre la tête de vieilles guenilles, affirmant ainsi son deuil qui dure une année au moins, pendant laquelle elle ne peut se remarier, sous peine d'être méprisée ou déconsidérée par tous les membres de la tribu. Mais il n'en est plus ainsi à l'expiration de son deuil; le mariage lui est alors permis. Si elle a, de son premier mari, des enfants mâles, elle les remet à ses parents; si elle a des filles, elle les garde, souvent le nouvel époux ne se mariant avec la mère que dans l'espoir d'épouser la fille, et quelquefois le même jour il se marie avec toutes deux.

Quant à la veuve qui a des enfants mariés, elle ne se remarie pas.

(1) Il est fait d'une argile rougeâtre durcie au feu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année scolaire 1883-1884.

Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre.

Physique médicale : M. Gavarret. — Des phénomènes physiques de l'audition et de la phonation. — Lundi, à 4 heures (petit amphithéâtre). — M. Gariel, agrégé-suppléant : Notions sommaires de mécanique appliquée. — Acoustique; chaleur; optique géométrique. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale : M. Peter. — Les fièvres; les maladies infectieuses et les maladies virulentes. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Anatomie : M. Sappey. — 1° Appareils de la génération; 2° les systèmes qui contribuent à former l'appareil de la locomotion (système osseux, médullaire, cartilagineux, fibreux, musculaire et système nerveux périphérique); 3° les dix principales régions du corps, etc. — Lundi, mercredi, vendredi, de 5 à 6 heures.

Chimie médicale : M. Wurtz, suppléé par M. Hanriot, agrégé. — Chimie médicale; métalloïdes et métaux. — Mardi, jeudi, samedi, à midi.

Pathologie chirurgicale : M. Duplay. — Les maladies des organes génitaux de l'homme. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Opérations et appareils : M. Léon Le Fort. — Thérapeutique des opérations des organes génitaux et urinaires dans les deux sexes. — Thérapeutique opératoire des affections chirurgicales des membres. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Histologie : M. Robin. — Les tissus et les systèmes (2e partie du programme imprimé). — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Anatomie pathologique : M. Cornil. — Lésions anatomiques de la peau, de la glande mammaire, des organes de la circulation et de la respiration. — Lundi, mercredi, à 5 heures, Faculté (petit amphithéâtre). — Vendredi, à 1 heure 1/2, à l'École pratique.

Histoire de la médecine et de la chirurgie : M. Laboulbène. — Les médecins arabes et l'école de Salerne. — Histoire des pandémies et des quarantaines. — Biographie et bibliographie médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Conférences de médecine légale pratique : M. Brouardel. A la Morgue, tous les mercredis et vendredis, à 2 heures.

CLINIQUES

Cliniques médicales : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin. — M. Hardy, à la Charité, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin. — M. Potain, à l'hôpital Necker, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin. — M. Jaccoud, à la Pitié, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique des maladies des enfants : M. X..., à l'hôpital des Enfants-Assistés, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Fournier, à

Sont chargés, pendant le premier semestre de l'année scolaire l'hôpital Saint-Louis, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique des maladies du système nerveux : M. Charcot, à la Salpêtrière, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Cliniques chirurgicales : M. Gosselin, à la Charité, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin. — M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin. — M. Verneuil, à la Pitié, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin. — M. Trélat, à Necker, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique ophthalmologique : M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique d'accouchements : M. Depaul, à la clinique de la Faculté, de 8 heures à 10 heures du matin.

COURS AUXILIAIRES

Cours auxiliaire de chimie biologique : M. Henninger, agrégé. — Phénomènes chimiques de la digestion. — Mercredi et vendredi, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale : M. Raphael Blanchard, agrégé. — Zoologie. Étude particulière des animaux intéressant la médecine. — Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (grand amphithéâtre).

Cours auxiliaire de pathologie interne : M. Landouzy, agrégé. — Pathologie de l'appareil respiratoire. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (amphithéâtre Laënnec).

Cours auxiliaire de pathologie externe : M. Richelot, agrégé. — Maladies chirurgicales du tube digestif. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (amphithéâtre Laënnec).

Cours auxiliaire d'accouchements : M. Budin, agrégé. — Thérapeutique obstétricales et opérations. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de physiologie : M. Richet, agrégé. — Digestion; Sécrétions; Chaleur animale. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures 1/2 (amphithéâtre du chef des travaux anatomiques).

Cours auxiliaire d'anatomie pathologique : M. Raymond, agrégé. — Étude théorique et pratique des lésions et appareils organiques. — Jeudi, à 2 heures (École pratique, rue Vauquelin).

TRAVAUX PRATIQUES

Anatomie : M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Dissections. — Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours, de midi à 4 heures.

Anatomie, cours du chef des travaux anatomiques : M. Farabeuf. — Splanchnologie. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures 1/2 (École pratique, rue Vauquelin).

Histoire naturelle : M. Faguet, chef des travaux. — Exercices pratiques : zoologie et botanique. — Conférences et démonstrations. — Lundi et jeudi (1re série) ; mardi et samedi (2e série), de 9 heures à 11 heures.

Chimie médicale : M. Armand Gautier, agrégé, chef des travaux. — Manipulations de chimie. — Conférences et démonstrations. — Mardi, mercredi, jeudi, de 8 heures à 10 heures 1/2.

Physique médicale : M. Guebhard, agrégé, chef des travaux. — Manipulations de physique. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures.

Anatomie pathologique : M. Gombault, chef des travaux. — Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Tous les jours, à 2 heures (École pratique, rue Vauquelin, laboratoire d'anatomie pathologique).

SEMESTRE D'HIVER. — DIVISION DES ÉTUDES

Première année : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale. — Travaux pratiques : chimie, physique, histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe. — Travaux pratiques : anatomie, histologie, physiologie.

Troisième année : Anatomie, histologie, anatomie pathologique, physiologie, pathologie interne, pathologie externe, opérations et appareils, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques : stage hospitalier, anatomie, histologie, physiologie.

Quatrième année : Pathologie interne, pathologie externe, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générale, pathologie expérimentale, opérations et appareils, hygiène, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, accouchements et maladies des femmes, médecine légale, histoire de la médecine et de la chirurgie, cliniques médicale et chirurgicale, clinique obstétricale, cliniques spéciales. — Travaux pratiques : stage hospitalier, médecine opératoire, anatomie pathologique.

Le Musée Orfila et le Musée Dupuytren sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures.

La Bibliothèque est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 5 heures de l'après-midi, et tous les soirs de 7 heures et demie à 10 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons à l'instant la mort de M. le professeur Depaul, décédé hier dimanche, à Pau.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 octobre 1883, la décoration du Mérite agricole a été conférée à M. Mégnin, vétérinaire en premier au 12e d'artillerie, à Vincennes, auteur de travaux nombreux et importants sur la zootechnie, les animaux nuisibles à l'agriculture et les animaux domestiques.

— Par arrêtés, en date du 19 octobre 1883, la chaire de géologie et minéralogie de la Faculté des sciences de Nancy et la chaire de botanique de la Faculté des sciences de Grenoble sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Le décret du 1er août 1883 porte que tout candidat au diplôme d'officier de santé devra, en s'inscrivant, justifier, à défaut du diplôme de bachelier, du certificat de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement spécial.

Le ministre de l'instruction publique, par sa circulaire du 9 octobre 1883, a décidé que, durant une période de deux ans qui prendra fin le 1er novembre 1885, le recteur pourra, sur l'avis motivé de la Faculté ou École, accorder la dispense de cet examen complémentaire aux étudiants qui ont subi l'examen de grammaire avant le 1er août 1883, mais à ceux-là seulement.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Wurtz, professeur de chimie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année 1883-84, par M. Hanriot, agrégé ; M. Gariel, agrégé, est rappelé à l'exercice du 1er novembre 1883 au 1er novembre 1884.

Le personnel des travaux pratiques est composé, comme il suit, pour l'année scolaire 1883-84 :

Histologie. — M. Cadiat, chef ; Gaucher et Variot, préparateurs ; MM. Sapelier et Launois, aides-préparateurs.

Physiologie. — M. Laborde, chef ; MM. Rondeau et Gley, préparateurs ; Pignol et Martin, préparateurs-adjoints.

Anatomie pathologique. — M. Gombault, chef ; MM. Brault, Babinski et Chantemesse, préparateurs ; MM. Dubar, Durand-Fardel et Jardet, moniteurs.

Histoire naturelle. — M. Faguet, chef ; Brumauld de Montgazon, préparateur-adjoint de zoologie ; MM. Blondel et Bergé, préparateurs-adjoints de botanique.

Chimie. — M. Gauthier, chef ; M. Étard, préparateur ; MM. Brémond, Vilain et Groslous, préparateurs-adjoints.

Physique. — M. Guébhard, chef ; MM. Sandoz et Mergier, préparateurs.

1883-84, des cours auxiliaires ci-après désignés : MM. Landouzy (pathologie interne) et Richelot (pathologie externe).

Sont chargés, pendant l'année scolaire 1883-84, des cours auxiliaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent : MM. Raymond (anatomie pathologique) ; Budin (accouchements) ; Richet (physiologie) ; Gariel (physique) ; Henninger (chimie) ; Blanchard (histoire naturelle).

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Baudry, agrégé, est chargé du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Folet, appelé à d'autres fonctions.

M. Dubar, agrégé, est chargé du cours de médecine opératoire, en remplacement de M. Paquet, appelé à d'autres fonctions.

M. Gaulard, agrégé, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences d'accouchement.

M. Doumer, agrégé, est nommé maître de conférences de physique.

M. Morelle, licencié ès sciences physiques, pourvu du diplôme supérieur de pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux de physique.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont maintenus, pendant l'année scolaire 1883-84, dans les fonctions de chefs de laboratoire : MM. Magnien (histoire naturelle) ; Charpy (anatomie) ; Chandelux (anatomie générale et histologie) ; Linossier (chimie) ; Imbert (physique) ; Levrat (médecine opératoire) ; Arloing (médecine expérimentale et comparée) ; Reboul (physiologie) ; Coutagne (médecine légale) ; Guérin (chimie organique et toxicologie) ; Aubert (chimie médicale) ; Blanc (travaux biologiques) ; Bard (anatomie pathologique) ; Florence (pharmacie).

Sont maintenus, pendant l'année scolaire 1883-84, dans les fonctions de préparateurs de laboratoire : MM. Sicard (histoire naturelle) ; Pourcelot (anatomie pathologique) ; Reynaud (chimie) ; Jays (physique) ; Masson (médecine légale) ; Rangé (médecine opératoire) ; Gury (physiologie) ; Joly (pharmacie) ; Lavocat (clinique médicale) ; Vialleton (anatomie générale et histologie) ;

Sont maintenus, pendant l'année scolaire 1883-84, dans les fonctions d'aides de clinique : MM. Jubin (maladies des femmes) ; Brizard (maladies des enfants) ; Mathieu (clinique médicale).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Sont chargés des cours complémentaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent : MM. Tédenat (pathologie externe) ; Blaise (pathologie et thérapeutique générale) ; Baumel (pathologie interne) ; Carrieu (anatomie pathologique et histologie) ; Bimar (physiologie) ; Ville (chimie).

Sont chargés des cours auxiliaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent : MM. Granel (zoologie médicale) ; de Girard (physique) ; Dumas (obstétrique).

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Lenoel, professeur d'accouchements, est nommé pour trois ans directeur de ladite école, en remplacement de M. Herbet, nommé directeur honoraire.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Gautrelet, professeur d'accouchements, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école, en remplacement de M. Brulet, décédé.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Lachaize, suppléant, est chargé du cours d'anatomie, en remplacement de M. Poisson, appelé à d'autres fonctions.

— *École pratique des hautes études.* — M. le docteur Dubois, préparateur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, est chargé des fonctions de directeur-adjoint du laboratoire de recherches consacré à la physiologie des organes de la vision, en remplacement de M. le docteur Bertrand.

M. Untrau, élève de l'École des Pupilles de Villepreux, est chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de ladite école annexé au jardin de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Jolly, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. Dangeard, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Renault, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Violle, professeur de physique, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1883-1884, par M. Gouy, docteur ès sciences.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. Sabatier, docteur ès sciences, est chargé du cours de chimie, en remplacement de M. Filhol, décédé.

— M. le docteur Pennetier est nommé professeur de micrographie commerciale à l'école préparatoire de l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le docteur Péan reprendra ses leçons de clinique chirurgicale et le cours des opérations le samedi 27 octobre, à neuf heures, et les continuera les samedis suivants.

— M. le docteur H. Picard commencera son cours sur les maladies de l'appareil urinaire le vendredi 26 octobre, à huit heures du soir, 13, rue Suger, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— Le *Cosmos-les-Mondes*, revue hebdomaire des sciences et de l'industrie, vient de commencer la publication d'un *Voyage au Tonkin*, accompli il y a plus de deux cents ans, par le célèbre voyageur Jean-Baptiste Tavernier. Cette relation est accompagnée de nombreuses planches tirées à part, représentant les magnifiques gravures en taille-douce de l'édition du temps. On trouve dans ce travail, qui joint au mérite de l'ancienneté celui d'une grande exactitude, les plus curieux détails sur les mœurs et les coutumes d'un pays qui appelle en ce moment toute notre attention. Pour recevoir les quatre numéros qui contiennent le récit de ce voyage, envoyer un mandat-poste de 3 francs à M. le Directeur de *Cosmos-les-Mondes*, 49, rue de Grenelle, Paris.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile Rivière. — L'ouvrage formera un beau volume in-4° d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois, par Cusman, intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La neuvième vient de paraître et la dixième est sous presse. Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Clinique de l'hôpital des Enfants-Malades, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 664 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité théorique et pratique du massage, méthode de Meyger en particulier par le docteur Norstrom de Stockholm, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pour 1881, par Bourneville, Bromaire et Wuillamié. 1 vol. in-8° de 180 pages avec 18 figures et 7 planches en chromolithographie. — Prix : 6 francs. — Publications du *Progrès médical.*

Bulletins et mémoires de la Société française d'ophtalmologie. 1re année, 1883. 1 vol. in-8°, avec 10 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Variations de l'urée des chlorures et des phosphates dans la tuberculose, par le docteur Ronsin. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des angines de poitrine, par le docteur Henri Huchard, médecin de l'hôpital Tenon. In-8°. — Prix : 3 fr. — Paris, Germer Baillière.

Considérations sur quelques points de la paralysie générale, par le docteur Grégoire. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Recherches physiologiques et cliniques sur les modifications ou retard du pouls dans les lésions de l'orifice aortique, par le docteur Revals. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Jequirity, son emploi dans le traitement de la conjonctivite granuleuse, par le docteur Bardet. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Emploi des verres correcteurs en ophtalmologie, par le docteur Bagnéris. In-8° avec 10 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le choléra et la fièvre typhoïde, moyens pratiques de s'en préserver, par le docteur Fournel. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des lésions anatomiques et de la nature des myxœdèmes, par le professeur Henrot. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Bulletins et mémoires de la Société française d'otologie et de laryngologie. Tome Ier, 1er fascicule. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De la perforation du tympan, de ses cicatrices, moyens d'y remédier, par le docteur Baratoux. In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15211.

N° 123. — JEUDI 25 OCTOBRE 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 25 OCTOBRE 1883. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — MORT DE M. LE PROFESSEUR DEPAUL. — HÔTEL-DIEU. Bronchite, foyers osseux multiples de nature tuberculeuse, tuberculose testiculaire. — HÔTEL-DIEU DE MARSEILLE. Fréquence et dangers de l'intervention rénale dans les maladies. — Sur la forme et les caractères de la contraction musculaire réflexe. — Sur l'opération du strabisme au moyen de l'avancement capsulaire.—Enquêtes sur la prophylaxie cuprique. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

MORT DE M. LE PROFESSEUR DEPAUL.

Il y aura bientôt douze ans, c'était le 30 novembre 1871, M. Depaul, portant la parole au nom de la Faculté sur la tombe de son maître, Paul Dubois, rappelait, devant une assistance respectueuse, comment, après avoir été pendant trente ans l'une des illustrations de l'École, ce maître venait de succomber aux coups réitérés d'une mort lente qui s'y était reprise à plusieurs fois et à de longs intervalles avant de nous l'enlever pour toujours.

M. Depaul nous avait quittés au moment des vacances plein de vie et d'activité, pour aller se reposer quelque temps auprès des siens, au sein d'une famille qui compte dans ses ancêtres l'une des plus pures gloires du XVIIe siècle. Hier, à la dernière heure, nous apprenions sa mort, et aujourd'hui la séance de l'Académie ne s'est ouverte que pour entendre la lecture du télégramme qui informait M. Béclard que son collègue de la Faculté et de l'Académie venait de succomber en trois jours à une pneumonie.

Si nous rapprochons et ces deux dates et ces deux évènements, c'est d'abord parce que l'hommage public rendu alors par M. Depaul à la mémoire de Paul Dubois est, de tout ce qu'il a écrit, une des pages qui lui font le plus d'honneur, c'est une des plus touchantes expressions de la reconnaissance du disciple pour le maître; c'est ensuite parce que toute la première moitié de l'existence de celui dont nous déplorons aujourd'hui la perte toute récente, est en quelque sorte presque tout entière intimement mêlée à celle de son cher et vénéré maître, aux leçons et à l'amitié duquel il aimait, dans ses souvenirs, à faire remonter tout ce qu'il est devenu lui-même, ce qu'il a été et ce qu'il a fait.

Avec des qualités didactiques différentes, moins de distinction et d'élégance sans doute dans le langage, mais avec un fonds égal de savoir et d'expérience, qui n'avait jamais cessé de s'accroître, avec cet esprit d'observation et de méthode exacte dont il s'était pénétré aux leçons d'un autre maître, Louis, et surtout avec un zèle et une ardeur qui ne se sont jamais démentis un seul jour, M. Depaul a continué, pendant une période de plus de vingt années, sinon aussi brillamment peut-être, du moins aussi fructueusement pour l'instruction de nombreuses générations d'élèves, cet enseignement obstétrical si net, si précis et si pratique que Paul Dubois avait su du premier coup élever à la hauteur d'une de nos meilleures institutions.

Maintenir cet enseignement au niveau qu'il avait acquis sous son éminent initiateur, était déjà un titre à la considération qui grandissait incessamment autour de M. Depaul. Mais son activité et son ambition n'y trouvaient pas encore leur compte. Il avait publié, presque au début de sa carrière, un ouvrage qui l'avait déjà classé au nombre des bons observateurs, son *Traité théorique et pratique d'auscultation obstétricale*, dans lequel on trouve, disions-nous à l'époque de son apparition en 1847, un historique et un exposé complet de toutes les questions qui se rattachent à ce sujet, des recherches nombreuses et fécondes qui ont éclairci des points indécis, rectifié des erreurs accréditées et ajouté à ce que possédait déjà la science, enfin des préceptes capables de guider les élèves et les jeunes praticiens dans l'une des plus utiles applications de l'auscultation.

Cette première publication fut bientôt suivie de plusieurs autres, toutes relatives à des sujets d'obstétrique, de gynécologie et de pathologie infantile, qui étaient l'objet de ses études de prédilection, ses expériences sur l'insufflation de l'air dans les voies aériennes chez les enfants qui naissent dans un état de mort apparente, ses mémoires sur l'influence de la saignée et du régime débilitant sur le développement de l'enfant pendant la vie intra-utérine, sur la cause déterminante des contractions utérines dans l'accouchement, sur l'opération césarienne, etc. ; enfin ses nombreux et importants articles sur les questions les plus générales d'obstétrique dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et plus récemment la publication de sa *Clinique obstétricale*, leçons recueillies et rédigées par M. de Soyre, où l'on retrouve le cycle à peu près complet des sujets principaux du cours, exposition théorique toujours claire et méthodique de toutes les conditions et de tous les incidents de la grossesse et de l'accouchement, incessamment éclairé par le fait pratique. Dans une préface, qui est elle-même une leçon doctrinale tout à fait magistrale, M. Depaul a montré avec un sens clinique et un tact parfaits les difficultés réelles de la mission qu'il avait à remplir et l'étendue de la responsabilité qui lui incombait comme chirurgien et comme professeur à la fois. Dans cette pratique de l'hôpital des cliniques, où tous les cas les plus graves et les situations les plus compromises sont généralement accumulés, il nous

montre l'accoucheur constamment placé en présence de deux individualités dont chacune provoque une égale sollicitude, et parfois entre deux intérêts contraires entre lesquels il faut choisir, incessamment prêt pour toutes les éventualités, obligé de se déterminer, non à loisir, mais extemporanément, à des opérations presque toujours graves et toujours urgentes.

Cette publication a été en quelque sorte complétée par un recueil mensuel, les *Archives de tocologie des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés*, où, tout en continuant soit la reproduction de ses leçons, soit l'exposition des faits les plus intéressants de son service et de sa pratique privée, il a laissé une large part à ses collaborateurs, MM. Stoltz, Bailly, Bernutz, Blot, Bouchacourt, Charpentier, Guéniot, Hervieux, etc.

A côté de ces diverses publications, il faut placer une œuvre qui perpétuera le souvenir de son passage à la clinique, c'est la création d'un musée obstétrical déjà très riche et qui, s'il est continué par ses successeurs, deviendra certainement un jour un élément important d'instruction.

Mais nous n'avons vu jusqu'ici en M. Depaul que le professeur, l'académicien ne lui cède en rien et nous allons le retrouver sous un autre aspect et avec des façons peut-être un peu différentes, toujours actif, toujours zélé pour la science qu'il cultive avec amour, toujours prêt à la lutte et souvent sur la brèche. Entré jeune à l'Académie, en 1852, il y trouva bientôt l'occasion de s'y faire une place et d'y accuser sa personnalité, si bien qu'il ne tarda pas à être élu secrétaire, fonction qu'il garda pendant de longues années et qui le conduisit plus tard à la présidence. Mais ce qui a été surtout le point de départ de ses travaux académiques, c'est la succession de Bousquet qui lui échut comme directeur de la vaccine. Toutes les discussions qui eurent lieu depuis sur tout ce qui a trait à la variole et à la vaccine, l'a toujours trouvé prêt et armé de pied en cape. On n'a pas oublié notamment la fameuse discussion sur les origines de la vaccine, sur ses rapports avec le cow-pox et le horse-pox, où il s'est montré véritablement argumentateur supérieur en même temps qu'expérimentateur habile. Moins heureux dans la discussion sur la vaccination animale où il a dû faire une demi-retraite, il n'y a pas moins développé ses qualités oratoires et dialectiques habituelles. Dans la discussion sur la fièvre puerpérale, il a eu toute l'autorité de son expérience spéciale. Nous en passons, qu'il serait trop long de rappeler ici. Nos lecteurs les connaissent toutes d'ailleurs.

Dans les reproductions que nous avons faites souvent de son enseignement, comme dans nos appréciations des discussions académiques auxquelles M. Depaul a pris part, nous n'avons pas été toujours d'accord avec lui. Nous avons eu plus d'une fois à lui reprocher soit des partis pris, soit ce ton personnel, agressif et un peu cassant, qui refroidissait un peu les sympathies et qui a fait dire un jour spirituellement à un de nos collègues de la presse médicale, qui a souvent le trait, M. Tartivel, que dans ces luttes il s'armait plus souvent de la massue d'Hercule que du fleuret de Saint-Georges pour écraser son adversaire, — qu'il n'écrasait pas toujours, par parenthèse.

Nous pourrions dire aussi qu'il n'a pas été toujours parfaitement hospitalier dans son service comme dans ses jugements pour des innovations qu'il jugeait illusoires, inutiles ou dangereuses, alors qu'un avenir très proche devait leur donner une éclatante sanction.

Mais ce sont là ombres qui se dissipent devant l'importance et l'étendue des services qu'il a rendus à la science et à l'enseignement et qu'il faudrait d'ailleurs oublier devant la majesté de la mort.

Il serait superflu, tant la chose était notoire, de rappeler que, parallèlement à cette vie scientifique si bien remplie, Depaul faisait face aux exigences d'une immense clientèle, et avait acquis une telle célébrité comme accoucheur qu'il a été appelé plusieurs fois au delà de l'Atlantique pour donner ses soins à d'illustres clientes.

Nous nous plairons à ajouter aussi que plus d'une fois il a fait preuve d'un entier désintéressement et qu'il répondait toujours avec bienveillance à l'appel que lui faisait ses confrères pour leur propre famille.

HOTEL-DIEU. — M. PEYROT.

Bronchite, foyers osseux multiples de nature tuberculeuse, tuberculose testiculaire.

J'ai à vous parler aujourd'hui d'un malade dont l'histoire offre des particularités fort intéressantes, bien qu'elle ne soit pas sans exemple dans la clinique hospitalière.

Il s'agit d'un homme, âgé de trente et un ans, qui est depuis longtemps déjà dans le service et qui présente sur un très grand nombre de points des cicatrices plus ou moins profondes, tant sur les membres supérieurs que sur les membres inférieurs, ainsi que dans la région testiculaire.

Cet homme est entré à l'Hôtel-Dieu au mois de février dernier; mais, malade depuis plusieurs années, il avait déjà parcouru auparavant, plusieurs hôpitaux de Paris et de province.

Ses antécédents de famille sont assez douteux : son père, dit-il, est mort à l'âge de quarante-trois ans, à la suite d'accidents diarrhéiques, ce qui ne nous apprend pas grand'chose ; sa mère vit encore, elle a soixante-sept ans, mais elle tousse continuellement ; il n'a qu'une sœur, laquelle jouit d'une très bonne santé. Quant à lui, autrefois maçon de son état, il s'était toujours très bien porté jusqu'au mois de janvier 1877. Il n'est point scrofuleux, mais il est d'un roux — poils et cheveux — qui caractérise le type vénitien, le rouge de Rubens, et, ainsi que l'a fait très justement remarquer maintes fois M. Landouzy, dans cette teinte même du système pileux on trouve une prédisposition des plus marquées à la tuberculose.

C'est donc au mois de janvier 1877 que les premiers accidents de l'affection dont je vais maintenant vous entretenir se sont déclarés. A cette époque, étant à Reims, il contracta une bronchite. Les symptômes ne furent pas d'une très grande violence, mais d'une telle persistance que deux mois plus tard, toujours souffrant, toujours toussant, il entra à l'hôpital de cette ville. Peu de jours après commençait à évoluer la série des abcès osseux dont vous voyez aujourd'hui les nombreuses cicatrices sur les membres inférieurs et supérieurs. Le premier en date s'est montré à l'avant-bras et le plus grand nombre des autres ont apparu dans l'espace de trois mois, se formant et s'ouvrant tous successivement les uns après les autres. En même temps les testicules, envahis à leur tour par le même processus morbide, se tuméfiaient, devenaient douloureux (en commençant par le testicule du côté droit), s'abcédaient, s'ouvraient, suppuraient comme les abcès des os et devenaient fistuleux. Au

bout de six mois, tous ces abcès étaient guéris, cicatrisés, un seul excepté qui se forma au mois de décembre 1877 et se termina au mois de février 1878. C'est alors que notre malade quitta la ville de Reims et vint à Paris se faire soigner pour un commencement de tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. Il entra, à cette époque à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Lailler, qui, au premier moment, se demanda s'il ne s'agissait pas d'accidents syphilitiques. Mais bientôt il reconnaissait chez notre malade une tuberculisation à foyers multiples tous cicatrisés, la tumeur blanche du pied droit seule exceptée. Il s'agissait ici, du reste, d'une lésion plus profonde.

Cet homme resta pendant deux ans en traitement à l'hôpital Saint-Louis ; de là, et peu de temps après sa sortie, il entra à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Després, où il resta jusqu'en juillet 1880. Las de passer ainsi ses jours dans des services hospitaliers, désireux de gagner sa vie, de maçon qu'il était avant le début de sa maladie, il se fit ouvrier en parapluies, et par cette profession sédentaire put rester chez lui à travailler pendant trois ans. Cependant, au mois de février dernier, l'état de son articulation tibio-tarsienne l'a forcé de venir ici se soumettre de nouveau à un traitement sérieux.

Il est entré dans notre service à peu près tel, comme état général, que vous le voyez aujourd'hui, gros, gras, presque obèse, robuste en apparence, les fonctions digestives bonnes. Néanmoins, en l'examinant avec soin, on a bien vite reconnu que les poumons n'étaient pas indemnes ; on constatait en effet de la submatité ainsi qu'un souffle expiratoire aux deux sommets, en avant et en arrière ; en somme, une lésion pulmonaire encore peu avancée. J'ajoute que cet homme ne tousse pas et qu'il mange bien.

En résumé, nous sommes donc ici en face d'un malade qui semble avoir été surpris tout à coup par un orage pathologique donnant lieu simultanément, et pour ainsi dire partout, à des lésions plus ou moins profondes. C'est tout d'abord l'appareil respiratoire qui est le siège d'une bronchite, laquelle caractérise le début des accidents ; puis c'est le tissu osseux et le tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que les testicules qui sont envahis et dans lesquels éclatent des foyers de suppuration *froide* ; ostéite chronique, abcès sous-cutané, abcès testiculaires. Le tout évolue et se termine dans l'espace d'un an, ne laissant persister que le foyer tibio-tarsien.

Toutes ces lésions, survenant au milieu d'une bonne santé, apparente tout au moins, sont de même nature, et le diagnostic de tuberculose se trouve tout fait. Si l'on ne connaissait pas depuis un certain temps la nature parasitaire, infectieuse, de cette affection, l'observation que je viens de vous rapporter le démontrerait facilement.

Quel pronostic devons-nous émettre ? Soignée par la compression, par des pointes de feu, l'affection articulaire est curable et j'espère que sa résolution se fera ; j'espère aussi que notre malade, quoique gravement et violemment frappé, pourra s'en tirer, bien que la tuberculose reste toujours une menace suspendue sur sa tête.

Ce malade séjournera peut-être encore quelque temps dans nos salles ; mais comme il ne se considère pas comme malade, il serait possible qu'il nous échappât un jour ou l'autre : c'est pourquoi j'ai tenu à vous le présenter aujourd'hui et à en faire dès maintenant le sujet de cette conférence.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

Fréquence et dangers de l'intervention rénale dans les maladies.

Dans deux des trois autopsies de phtisiques qui ont été récemment pratiquées sous vos yeux, nous avons trouvé des lésions rénales, et la mort était survenue alors que d'après l'examen du poumon nous ne l'attendions pas encore. Je ne veux pas reprendre aujourd'hui la discussion de ces faits, mais, abordant une question plus générale, je désire appeler votre attention sur la fréquence et la gravité des altérations rénales dans divers ordres de maladies.

I

Parmi les *maladies chroniques et constitutionnelles*, la tuberculose ne passait guère jusqu'ici comme pouvant devenir dangereuse par les complications rénales. On n'a pas assez remarqué que les altérations du rein dans la phtisie sont assez fréquentes pour que Chambers ait pu rassembler soixante-quinze cas de lésion secondaire et quinze cas de lésion primitive du rein chez des tuberculeux ; que ces lésions, plus intenses et plus communes à gauche comme celles du poumon, sont le plus souvent doubles, 19 fois sur 32 d'après Bright, et par conséquent peuvent troubler assez profondément les fonctions urinaires. Elles les troublent non seulement dans la sécrétion, mais encore dans l'excrétion, car de même que les bronches dans la phtisie pulmonaire participent au travail morbide et contribuent à l'asphyxie, de même aussi dans la phtisie rénale les altérations des canaux aggravent le mal ; étroits et résistants, ils s'obstruent et forment ainsi des barrières multiples à l'excrétion urinaire.

La goutte retentit sur le rein d'une manière bien plus fréquente et bien plus énergique. Elle y produit une forme de petit rein contracté avec obstruction des canaux, c'est-à-dire un défaut de sécrétion avec défaut d'excrétion. Sans doute les causes de cachexie dans la goutte sont nombreuses et variées, mais parmi elles une des places d'honneur doit être réservée à ce défaut de fonctionnement des reins qui produit une intoxication, une sorte d'anémie par empoisonnement du sang, et une infiltration de l'organisme entier par les produits d'une désassimilation insuffisante insuffisamment éliminés. Sans doute les causes de mort subite dans la goutte sont variées et parmi elles les altérations vasculaires figurent enp remière ligne ; mais, parmi les causes de mort rapide, de terminaison non pas brusque mais précipitée, cet empoisonnement de l'organisme par défaut de fonctionnement d'un organe dépurateur se place aux premiers rangs.

Mais c'est surtout dans le diabète que la complication rénale est dangereuse. Vous connaissez tous la gravité des diabètes qui se compliquent d'albuminurie ; l'albuminurie est ici un signe de lésion rénale et par conséquent d'un défaut de fonctionnement rénal, et l'oligurie, signe plus direct encore de la même insuffisance rénale, expose absolument aux mêmes périls. Or ce qui fait le plus grand danger du diabète, c'est moins la glycosurie, la sortie du sucre par les urines, que la glycémie, l'accumulation du sucre dans le sang ; la lésion rénale facilite et aggrave la glycémie et toutes ses conséquences funestes pour l'organisme : voilà pourquoi elle annonce une mort prochaine.

Je ne vous parlerai pas de la syphilis, dont les néphrites récemment étudiées, par Cohadon entre autres, ne parais-

sent pas avoir une gravité extrême ; ni de l'impaludisme, dont les lésions rénales, soumises à l'examen microscopique par Kelsch et Kiener, ne paraissent pas avoir une grande importance clinique, dans nos pays du moins ; ni de l'alcoolisme, qui retentit sur le rein beaucoup et souvent, ce qui n'est pas contesté ; ni du saturnisme, qui produit parfois une albuminurie signalée surtout par A. Ollivier, albuminurie qui a été accusée de produire les phénomènes cérébraux du saturnisme : accusation calomnieuse, car nous avons vu deux fois au moins l'encéphalopathie saturnine éclater sans avoir été précédée ni être accompagnée de troubles urinaires. En somme, la plupart des maladies constitutionnelles ou chroniques peuvent être entachées de lésion rénale, mais il n'en est réellement pas beaucoup dont l'évolution soit précipitée vers une issue fatale par la lésion du rein.

Dans le groupe des *maladies générales à marche aiguë*, nous trouvons les néphrites infectieuses, dont l'influence nocive a été ces derniers temps fortement incriminée. Si la théorie urémique du choléra est généralement abandonnée aujourd'hui, si l'importance de l'albuminurie dans la diphtérie a été surfaite, il serait encore prématuré de se prononcer sur le rôle de la néphrite infectieuse dans la fièvre typhoïde. D'après Bouchard, elle serait fréquente, 21 fois sur 65 cas, et elle serait grave, 9 morts sur 21 cas ; elle serait de plus très riche en bactéries. Plus catégorique encore, Landouzy est allé jusqu'à dire : les déterminations rénales sont aux maladies infectieuses ce que l'endocardite est au rhumatisme. Le poison s'éliminerait par la voie urinaire et s'accumulerait dans l'organisme quand cette voie se serait obstruée. Ce sont là des vérités probables, mais qui ont encore besoin de démonstration.

Parmi les *lésions organiques*, il s'en trouve plusieurs dans lesquelles la mort est précipitée par une altération consécutive du rein. Tel est, par exemple, le cancer de l'utérus. Il nous est arrivé deux fois dans le service de voir une femme atteinte de cancer utérin mourir rapidement avec des phénomènes cérébraux ; à l'autopsie, nous trouvions, pour expliquer la mort, une oblitération de l'uretère par la tumeur et une dégénérescence consécutive du rein. Ces cas ne sont pas très rares ; Berdinel et Legroux en ont publié de semblables.

Il est une théorie, défendue surtout par Decaudin, qui veut que dans l'ictère grave on meure par l'altération secondaire du rein : théorie sans doute trop exclusive, car dans l'ictère grave le foie d'abord, le rein ensuite, sont causes de la mort. Toujours est-il que l'ictère grave produit une oligurie remarquable et que j'ai depuis longtemps été amené à poser cette règle de pronostic : la gravité de l'ictère varie en raison inverse de l'urine rendue.

Cette même règle peut s'appliquer aussi à certaines affections cardiaques, non pas aux affections aortiques, mais aux affections mitrales. Ce n'est pas que les affections de l'orifice aortique ne s'accompagnent d'un état rénal ; des néphrites interstitielles peuvent même les précéder, la lésion cardiaque et la lésion rénale n'étant l'une et l'autre que les localisations d'une maladie artérielle généralisée ou disséminée ; seulement, dans ces cas, les dangers de mort rapide ou subite viennent plus du cœur que des reins. Il n'en est pas de même dans les lésions mitrales. Ici l'oligurie, qui peut provenir en partie du trouble général de la circulation, est due également en partie à une altération consécutive des reins ; si cette oligurie persiste, l'œdème augmente, la congestion veineuse prend des proportions dangereuses, les principaux viscères sont gorgés de sang et troublés dans leurs fonctions, la cachexie cardiaque à veinosités suit une évolution rapide ; l'oligurie a précédé tous ces symptômes, une émission plus abondante d'urine est le signe le plus positif d'une amélioration prochaine.

Ce ne sont pas seulement les affections viscérales qui se trouvent aggravées par l'intervention rénale. On la retrouve, *en pathologie cutanée*, favorisant la persistance indéfinie et les complications dangereuses de certains eczémas.

Tout dernièrement encore j'observais deux eczémas chroniques. L'un s'était développé chez un vieillard arthritique ; la maladie durait depuis des années sans accident sérieux ; survint une lithiase urinaire suivie d'oligurie ; bientôt après se déclarait un catarrhe bronchique suivi d'une aortite à laquelle le malade succomba. On aurait dit que, chez cet homme, l'élimination de l'acide urique et autres produits excrémentitiels par les voies rénales une fois entravées, la peau se refusant à cette élimination, les résidus de désassimilation défectueuse qui ne manquent pas dans l'arthritis étaient allés enflammer la muqueuse des bronches et la paroi des artères. Le second cas est celui d'un eczéma qui se prolongeait sans complication viscérale chez une femme de soixante ans ; la sécrétion urinaire s'est troublée ; les urines sont devenues tantôt plus rares et tantôt plus aqueuses ; alors est survenue une diarrhée vraisemblablement urémique et la malade est en train de succomber à des phénomènes cérébraux.

En oculistique, l'intervention de l'albuminurie et surtout du diabète a une influence dès longtemps constatée sur le résultat des opérations ; mais ce qui n'a peut-être pas été suffisamment mis en relief, c'est l'influence de la fonction rénale sur la cataracte elle-même. Les sujets chez lesquels la cataracte se développe de préférence ne sont pas toujours ceux qui rendent beaucoup de sucre, mais bien ceux qui en gardent beaucoup ; ce ne sont pas les glycosuriques, ce sont les glycémiques, c'est-à-dire ceux qui, fabriquant une grande quantité de sucre, n'en rendent qu'une petite quantité parce que le rein ne déploie pas une suffisante activité fonctionnelle.

En otiatrique, il est à croire que les altérations rénales, suffisantes à produire par elles-mêmes des troubles de l'audition, comme Dieulafoy l'a démontré pour les néphrites albumineuses, peuvent, *à fortiori*, les aggraver ou les entretenir lorsqu'ils existent déjà. Pour ma part, j'ai observé des troubles de l'audition chez plusieurs sujets de race arthritique dont l'urine présentait des variations très grandes témoignant d'un fonctionnement saccadé du rein ; il est possible que les urates ou autres produits excrémentitiels qui ne trouvaient pas dans l'urine un écoulement assuré soient, dans ces cas, allés se fixer dans l'oreille moyenne ou dans l'oreille interne.

En obstétrique, l'action nuisible de l'albuminurie sur la femme, qu'elle expose à l'éclampsie et sur l'enfant, qui peut être tué par l'éclampsie de sa mère, est un fait depuis longtemps reconnu. Un fait qui, par contre, est, je crois, ignoré, c'est l'influence que l'oligurie peut exercer sur la position de l'enfant chez la multipare. L'oligurie, c'est-à-dire la diminution fonctionnelle du rein, est suivie d'une production exagérée de liquide amniotique ; de là une distension de l'utérus et, par contre-coup, des parois abdominales qui résistent moins que chez la primipare ; de là encore un défaut d'adaptation de l'utérus au fœtus ; les positions occipito-postérieures et les positions vicieuses en général deviennent alors plus fréquentes ; et c'est ainsi que nous voyons

des femmes dont le bassin est parfaitement conformé, qui n'ont pas serré leur ventre dans des corsets, qui n'ont commis aucune infraction aux règles de l'hygiène, et qui, après une série d'accouchements heureux, ont une présentation mauvaise. Les hémorragies et les coliques, après l'accouchement, facilitées les unes et les autres par la distension préalable de l'utérus et la difficulté qu'il éprouve à revenir régulièrement sur lui-même, sont aussi les résultats de toute surabondance du liquide amniotique, consécutive à l'insuffisance de la sécrétion rénale.

Enfin la *chirurgie* elle-même doit compter avec l'état des reins. Depuis qu'en 1869 Verneuil vit un phlegmon diffus du bras se développer à la suite d'un traumatisme, son attention fut fixée sur les lésions rénales qui peuvent causer cette complication, et avant d'entreprendre une opération, sa règle de conduite est de faire examiner les urines. L'albuminurie a, sous ce rapport, les dangers du diabète, avec cette charge aggravante qu'il est souvent plus difficile de supprimer ou de suspendre la cause de ces dangers.

Seulement ce que Verneuil n'a probablement pas observé et ce que j'ai eu occasion de constater moi-même, c'est que le sucre et l'albumine ne sont pas les seules substances dont la présence ou l'accumulation dans l'urine doivent aggraver le pronostic des lésions chirurgicales. Il y a d'autres diabètes que ces deux-là, d'autres principes dont l'abondance dans les urines peut faire prévoir que la guérison d'une plaie sera lente et difficile. Sans entrer dans les détails, sans vous répéter nos remarques sur l'azoturie et l'hyperchlorurie, je crois pouvoir vous prévenir que tout sujet chez qui la densité de l'urine est habituellement exagérée, atteint et dépasse 1,030, est un sujet dont les plaies auront peine à guérir. Il est vrai que dans ces cas la gravité des plaies tient non pas à une lésion du rein, mais à un trouble de la nutrition, et que le rein qui élimine les principes morbides, au lieu d'être ici le coupable, remplit un rôle doublement utile d'abord en les expulsant, ensuite en les dénonçant au médecin attentif. Le rein ne devient alors dangereux que lorsque sous le poids d'un travail exagéré sa structure s'altère et son fonctionnement diminue.

Dans ce cas seulement on peut répéter en chirurgie ce que nous avons reconnu en médecine non pas dans toutes les maladies, mais dans diverses catégories de maladies : une complication rénale aggrave les dangers ou prolonge la durée du mal.

SUR LA FORME ET LES CARACTÈRES DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE RÉFLEXE.

Par M. le professeur H. Beaunis.

(Note présentée à l'Académie des sciences, dans la séance du 15 octobre 1883.)

La forme de la contraction musculaire, telle qu'on l'obtient par l'excitation directe du muscle, du nerf moteur ou de la racine motrice, a été étudiée dans tous ses détails : les types de la secousse et du tétanos directs sont aujourd'hui classiques. Il n'en est pas de même de la contraction musculaire réflexe.

Cette contraction réflexe, obtenue par l'excitation de la périphérie sensitive, du nerf sensitif ou de la racine sensitive, doit être étudiée sous ses deux formes, celle de secousse et celle du tétanos.

La secousse musculaire réflexe : consécutive à une excitation unique, mécanique ou électrique, se distingue de la secousse directe par son amplitude moindre, sa durée plus longue, l'augmentation de la période d'excitation latente, et par la présence plus fréquente d'un certain degré de contracture consécutive. Ces caractères ont déjà été indiqués en partie par quelques physiologistes et, en particulier, par Wundt.

Le tétanos réflexe, ou, pour parler plus exactement, la contraction réflexe qui succède à des excitations tétanisantes, mécaniques ou électriques, possède des caractères qui le différencient complètement du tétanos direct, caractères sur lesquels ne s'est pas portée jusqu'ici l'attention des physiologistes.

Ce qui distingue surtout la contraction réflexe qui succède aux excitations tétanisantes, c'est la variabilité de sa forme, qui contraste avec la régularité du tétanos direct. Cette contraction réflexe peut en effet se présenter tantôt sous la forme de secousse simple, quelquefois allongée comme celle des muscles lisses, tantôt sous celle de secousses irrégulières plus ou moins fusionnées, tantôt sous celle de tétanos incomplet, plus rarement enfin sous la forme de véritable tétanos, mais qui, même dans ce cas, ne possède jamais la régularité typique du tétanos direct.

Le tétanos réflexe apparaît plus tard que le tétanos direct, et très souvent il ne se montre qu'après la cessation de l'excitation tétanisante, à moins que cette excitation ne soit prolongée très longtemps.

La durée du tétanos réflexe est indépendante, dans certaines limites, de la durée de l'excitation tétanisante. Du reste, d'une façon générale, il n'y a pas, entre l'excitation et le tétanos réflexe, l'étroite relation qui existe entre l'excitation et le tétanos direct.

La strychnine modifie la forme du tétanos réflexe et lui imprime les caractères du tétanos direct. C'est précisément parce que la plupart des expérimentateurs ont employé cette substance pour étudier les phénomènes réflexes que les formes normales du tétanos réflexe ont été méconnues.

La forme de la contraction réflexe paraît tenir à des phénomènes d'arrêt qui se passent dans les centres nerveux ; à ce point de vue, on pourrait dire que le tétanos réflexe n'est autre chose qu'un tétanos direct, modifié par des actions d'arrêt.

Les expériences qui m'ont permis d'arriver à ces conclusions générales ont été faites exclusivement sur la grenouille.

SUR L'OPÉRATION DU STRABISME AU MOYEN DE L'AVANCEMENT CAPSULAIRE.

Par M. le docteur L. de Wecker.

(Note présentée à l'Académie des sciences, dans la séance du 15 octobre 1883.)

Le traitement chirurgical du strabisme consiste actuellement dans des procédés de *reculement*, par rapport au centre de la cornée, de l'insertion tendineuse d'un muscle trop puissant, ou dans un *avancement* du tendon détaché d'un muscle trop faible vers ce même centre. Le contrôle ou réglage pour ces procédés nous est fourni par une disposition anatomique particulière des muscles de l'œil, qui possèdent deux insertions au globe oculaire, une *directe* par leur tendon implanté à la sclérotique, une *indirecte* par la capsule fibreuse qui entoure le globe oculaire et à laquelle s'attache le muscle, en la traversant pour s'implanter par son tendon à l'œil.

Détache-t-on ce tendon, le muscle ne conserve pas moins, grâce à la capsule (à laquelle Tenon a donné son nom), une action notable sur le déplacement du globe oculaire, et il ne lui est pas possible de se rétracter dans l'orbite et de perdre son attache au globe de l'œil, qu'il reprend, suivant le procédé choisi, plus en arrière ou plus en avant, par rapport au centre de la cornée. Le simple détachement du tendon, c'est-à-dire de l'insertion directe d'un muscle du globe oculaire, en conservant le plus possible intacte l'insertion indirecte de la capsule, ne lui retire donc qu'une certaine quantité de son pouvoir, quantité qui, dans nombre de cas, n'est même pas très sensible.

Il m'a paru qu'on pourrait donc aussi s'attaquer, pour la guérison de certaines formes de strabisme, et surtout pour renforcer le pouvoir musculaire dans les cas d'insuffisance connus sous le nom

de *strabisme latent,* non, comme cela a été fait jusqu'à présent, à l'*insertion tendineuse et directe* du muscle, mais à son *insertion indirecte et capsulaire.* En fortifiant cette attache, en la doublant par plissement, on pourrait donner un surcroît de force à des muscles trop faibles et guérir certains cas de strabismes apparents, et principalement le strabisme latent, l'insuffisance musculaire.

La réussite d'un pareil procédé nous donnerait les avantages suivants :

1° De rester strictement dans les principes de la chirurgie conservatrice, en donnant toujours de la force, mais en n'en soustrayant jamais, comme dans le reculement tendineux ;

2° D'échapper sûrement à toute surcorrection, comme il arrive en affaiblissant trop un muscle qui, dans le courant de la vie, peut devenir alors insuffisant ;

3° D'éviter tout écart disgracieux de la fente palpébrale, tout enfoncement choquant près du muscle reculé, inconvénients qui peuvent ôter une partie des avantages cosmétiques, même lorsque la position des cornées se trouve parfaitement régulière.

La justesse de ces raisonnements théoriques, la pratique nous l'a confirmée. Nous avons exécuté l'*avancement capsulaire* par le procédé suivant :

J'excise au devant du tendon du muscle que je veux renforcer un croissant de conjonctive large de 5 millimètres et haut de 10 millimètres, en plaçant l'excision exactement de telle façon que l'insertion tendineuse du muscle coupe le milieu du croissant dont la concavité contourne la cornée. Après cette excision, la conjonctive se retire fortement, de manière à mettre largement à jour, sur les côtés du muscle, la capsule de Tenon. On incise alors cette capsule près de l'insertion tendineuse du muscle, et on la dégage au-dessus du muscle et latéralement. Ce dégagement opéré, on suture la capsule en la tirant en avant, par deux sutures placées près des bords inférieur et supérieur de la cornée. La capsule, glissant en avant, se greffe alors plus près du centre de la cornée. Aussi, pour obtenir l'effet voulu, l'ouverture et le dégagement de la capsule sont-ils indispensables. C'est le degré de dégagement et la plus ou moins grande quantité de capsule prise dans les sutures qui nous permettent le réglage de l'effet que l'on veut obtenir.

ENQUÊTES SUR LA PROPHYLAXIE CUPRIQUE

DANS LE CHOLÉRA ET LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Par M. le Dr V. BURQ.

I

La préservation cholérique des ouvriers imprégnés de cuivre au point voulu est un fait aujourd'hui indéniable. Mais, redisons-le, de même que l'on voit des individus bien et dûment vaccinés contracter encore la petite vérole, il peut parfaitement se rencontrer des *cuivreux* atteints par le choléra. Nous-même, nous en avons cité seize qui sont morts dans l'épidémie de 1865-1866, et l'enquête de la préfecture de police n'y en a point ajouté un seul, il n'est pas inutile de le faire remarquer. Il peut donc aussi y avoir ici des exceptions même parmi les ouvriers qui sont habituellement le plus épargnés.

Rappelons en outre : 1° que la préservation est proportionnelle au degré d'imprégnation cuprique ; que, *presque* absolue tout en aut de l'échelle, chez les chaudronniers véritables, les monteurs en bronze, etc., elle est moyenne vers le milieu où se trouve placée la grande orfèvrerie en faux, faible chez les lamineurs, à peine sensible tout en bas chez les découpeurs, les graveurs, etc., et nulle chez les brunisseurs et les brunisseuses, les argenteurs, les doreurs, etc., de sorte que la qualification d'ouvrier en cuivre, toute seule, n'implique nullement la préservation au degré où l'on pourrait l'entendre.

2° Que, pour que la préservation ait lieu, même chez un chaudronnier, un opticien, un polisseur *à sec*, etc., il ne faut point qu'intervienne une cause *quelconque* pouvant atténuer et, *à fortiori*, annihiler ou neutraliser les effets de l'imprégnation cuprique, ou bien agir en sens inverse, comme des purgations répétées, une infection permanente de l'organisme par une cause délétère, une hygiène exceptionnellement mauvaise, etc.

3° Que le traitement du choléra lui-même par le cuivre est une question tout autre que celle de la préservation ; que les deux questions sont bien connexes en apparence par l'agent qui les relie, mais qu'en fait elles ne sont nullement solidaires l'une de l'autre. Sur ce point donc, pour Dieu, que les esprits droits ne s'en laissent point imposer par ceux qui, pour une raison ou pour une autre, s'efforceraient encore de faire confondre la préservation et le traitement du choléra par le cuivre, et mieux encore, la question du choléra et celle qui va suivre.

La préservation cholérique des ouvriers en cuivre une fois bien démontrée par l' « *immense* enquête » dont a parlé M. Vernois, la question suivante vint tout naturellement s'imposer à notre esprit :

Comment donc a pu agir le cuivre ? Est-ce comme antidote ? Est-ce comme antiseptique ou parasiticide, ou bien comme antidote et antiseptique tout à la fois ?

Si c'est comme antiseptique, il a dû protéger aussi, dans une certaine mesure tout au moins, ces mêmes ouvriers par rapport à d'autres maladies infectieuses dues également à la présence de germes morbides. Et alors nous n'avons pas pu nous empêcher d'entreprendre de nouvelles recherches à l'effet de trouver dans les faits une réponse probante.

Nous avons commencé par la fièvre typhoïde parce que l'observation y est des plus faciles, et, chemin faisant, nous avons relevé tous les cas qui pouvaient se rapporter à la préservation de la variole et de la diphtérie. Une fois en possession d'un nombre respectable de faits, nous avons dit ceci et rien de plus :

Que les ouvriers en cuivre paraissent jouir d'une immunité semblable par rapport à la fièvre typhoïde ; que cela résultait de cette observation, à savoir : que dans l'épidémie de 1876-1877 et dans celle de 1882-1883, ces ouvriers, bien que très répandus surtout dans le quartier du Château-d'Eau où la fièvre typhoïde fit, en 1876-1877, le plus de victimes, n'eurent ensemble que quatre décès avérés, alors qu'ils auraient dû en avoir au moins cent si la maladie les avait frappés dans la même proportion que tout le monde ; que la Société du Bon-Accord, exclusivement composée d'ouvriers tourneurs, monteurs et ciseleurs en bronze, n'a présenté, depuis l'année 1819, époque de sa fondation, qu'un seul cas de fièvre typhoïde, lequel encore ne fut pas suivi de mort.

Nous avons dit ensuite que cette même société avait joui aussi d'une immunité exceptionnelle par rapport aux autres maladies infectieuses ; que, pour toute cette longue période de soixante-quatre années, les registres médicaux ne portent, en effet, que deux autres cas de maladies infectieuses, un cas de diphtérie et un de variole, ce dernier seul mortel, pour tous les *membres actifs*.

A l'appui de ces assertions, nous avons donné les noms et adresses de tous les décédés suspects de cuivrerie de par la désignation professionnelle, plus le siège social de la Société du Bon-Accord, afin de mettre chacun à même de procéder à une vérification, s'il le jugeait bon.

Partant ensuite des observations ci-dessus, des succès des sels de cuivre dans le choléra, et aussi de ce que ces sels ne sont point à redouter comme l'acide salicylique et le sulfate de quinine lui-même, dont on a tant abusé, nous avons conçu de nouvelles *espérances* et nous les avons exprimées en ces termes :

Que dans la fièvre typhoïde le sulfate de cuivre, administré *larga manu* en potion et en lavements, pourrait *peut-être*, — nous disons peut-être, — rendre aussi des services avant que le contage n'eût produit des désordres irrémédiables ; que l'emploi en était d'autant plus indiqué que contre cette affection il n'y a point encore de médication qui prévaille ; que l'absorption du remède, à l'opposé de ce qui a lieu généralement dans le choléra, y est toujours certaine ; qu'on a toujours ici du temps devant soi, et qu'au cas où l'on aurait fait fausse route, on en serait quitte pour abandonner la médication cuprique. »

Ces paroles, on le voit, ne manquaient point non plus de la réserve voulue et méritaient bien d'être retenues, car, après tout,

les sels de cuivre, ainsi que l'a dit M. le professeur Paul Bert, peuvent tout au moins avoir ce résultat de débarrasser le gros intestin des éléments infectieux qui y abondent. *Malheureusement* elles ne paraissent, jusqu'ici, avoir été recueillies que par M. le docteur Moricourt. Nous disons *malheureusement*, parce que les expériences que notre distingué confrère a publiées dans la *Gazette des hôpitaux* sont venues plaider en faveur de nos nouvelles visées.

Il ne sera point non plus inutile de faire remarquer que la préservation cholérique, et partant typhoïque, nous l'avons surtout attribuée aux ouvriers en cuivre véritables, et que même pour ceux-ci nous fîmes les réserves les plus expresses quand ils respirent simultanément, ou à courte distance, des poussières d'un autre métal et surtout des poussières de fer, soit par leur propre travail, soit par celui d'ouvriers travaillant côte à côte comme cela a lieu dans tous les ateliers d'ajustage ou de mécanique. C'est pour cela, par exemple, que tout chaudronnier qui met en œuvre alternativement le fer et le cuivre, ou qui travaille pêle-mêle avec d'autres ouvriers qui chaudronnent les deux métaux dans le même atelier, ne fut jamais admis dans nos statistiques.

Il va sans dire que ces réserves s'appliquent aux ouvriers qui travaillent des alliages où le cuivre peut arriver à ne compter que pour 10 p. 100, comme dans l'or et l'argent monnayés.

Ainsi donc, sauf de rares exceptions — quatre —, immunité des vrais ouvriers en cuivre dans les épidémies de fièvre typhoïde de 1876-1877 et 1882-1883;

Immunité, on peut dire constante, par rapport à la même affection, des membres de la Société du Bon-Accord, durant une période de soixante-quatre années;

Possibilité *peut-être* de tirer des vertus antiseptiques du cuivre, de grands avantages pour le traitement de la fièvre typhoïde elle-même, voilà tout ce que nous avons prétendu sur le deuxième point : tout bon esprit l'estimera comme nous-même, nous l'espérons. Pour en dire davantage, pour être ici tout aussi affirmatif que sur la question du choléra, il nous eût fallu également un grand nombre de faits et nous n'avions, pour ainsi dire, qu'une *amorce* sur la voie nouvellement tracée, bonne seulement à l'indiquer à ceux qui voudraient aussi s'y engager et à nous permettre de prendre date.

Ces prémisses maintenant bien posées et entendues, nous pouvons entrer dans le vif du sujet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1883. — Présidence de M. A. Guérin.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'intérieur transmet un exemplaire du rapport qui vient d'être publié sur la statistique de l'émigration de l'année 1878 à l'année 1881.

Mme veuve Moreau, selon les derniers désirs exprimés par son mari, M. Alexis Moreau fils, offre à l'Académie le grand atlas de Hunter, un portrait du professeur Moreau, une épreuve du portrait de Lapeyronie, fondateur de l'Académie de chirurgie, et une boîte d'instruments ayant appartenu à Évrat et à Moreau père.

M. le docteur Liegey (de Choisy-le-Roi) se porte candidat au titre de membre correspondant.

M. le docteur Badal (de Bordeaux) adresse un mémoire sur le traitement du glaucome par l'arrachement du nerf nasal externe. (Comm. : MM. Perrin, Giraud-Teulon.)

PRÉSENTATIONS

M. JULES GUÉRIN dépose sur le bureau des documents pour servir à l'histoire de l'inoculation de la variole humaine aux animaux.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente une note de M. Lailler sur la poudre de lin inaltérable.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Depaul.

M. Depaul avait été président.

La séance est levée.

Sur la proposition de M. Denys Cochin, le conseil municipal de Paris a décidé d'urgence que le nom de Louis Thuillier serait donné à une rue de Paris, située dans le quartier Latin. — L'affaire a été renvoyée à la troisième commission pour la désignation de la rue.

— *Choléra.* — D'après une dépêche d'Alexandrie du 23 octobre, quatre nouveaux décès cholériques auraient été constatés.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15230.

N° 124. — SAMEDI 27 OCTOBRE 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 27 OCTOBRE 1883. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Du zona et de sa récidivité exceptionnelle. — Rétentions d'urine consécutives à des opérations. — Du refroidissement brusque du globe oculaire comme cause d'abcès de la cornée. — Accès répétés de manie aiguë pendant les périodes menstruelles. — Phlegmon de la paroi abdominale. — Le choléra au point de vue clinique. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du zona et de sa récidivité exceptionnelle.

Dans notre Revue clinique du 14 avril dernier, résumant les intéressantes recherches de M. le docteur Paul Fabre (de Commentry) sur le zona, nous faisions remarquer, entre autres propositions qui s'en déduisaient, celle de la non-récidivité habituelle de cette affection, circonstance déjà signalée d'ailleurs par M. le professeur Hardy et qui concourt, avec d'autres caractères, à justifier le rapprochement qu'on en a fait avec les maladies éruptives fébriles. Depuis lors, dans diverses communications récentes, la nature du zona, son origine ou ses relations nerveuses ont été mises de nouveau à l'étude. M. le docteur Ch. Deshayes (de Rouen), dans un mémoire lu au dernier congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, et qui a été résumé dans notre compte rendu de ce congrès (*Gaz. des hôpit.*, 1883, p. 932), soutenait, comme l'avait déjà fait son compatriote M. le professeur Leudet dans un précédent congrès, la nature nerveuse du zona, citant à l'appui une observation très curieuse d'éruption herpétique siégeant sur certaines parties de la face et de la cavité buccale et ayant pour siège anatomique les régions innervées par les deux branches terminales de la cinquième paire, le nerf lingual et le nerf dentaire inférieur.

Tout récemment, en septembre dernier, M. Landouzy, saisissant l'occasion de la présence simultanée dans les salles de clinique de la Charité de deux cas de zona thoracique, traitait, dans une de ses leçons, de la nature du zoster, qu'il considère comme étant, sinon toujours, le plus souvent du moins, une maladie générale.

Enfin tout dernièrement, dans le numéro du 20 octobre de la *Gazette médicale de Paris,* M. le docteur Paul Fabre publiait l'histoire d'un cas de récidive du zona, mais à titre tout à fait exceptionnel.

Il nous a paru qu'il y aurait quelque opportunité, en raison de l'intérêt qui s'attache à cette question, de résumer ici quelques-uns des points principaux de la leçon de M. Landouzy.

Des deux malades qui en faisaient le sujet, l'une était une femme de cinquante ans, couturière, entrée à la Charité pour une éruption dont elle s'était aperçue trois jours auparavant, par hasard. On constata l'existence sur la moitié gauche et supérieure du thorax, de plaques rouges surmontées de vésicules et de petites phlyctènes par place, descendant obliquement des apophyses épineuses dorsales supérieures à l'aisselle qu'elles contournaient pour passer sur le sein et finir au sternum, en dessinant exactement la position des second et troisième espaces intercostaux. En dehors de cette éruption typique, l'examen ni l'interrogatoire, ne révélaient rien. Il n'existait actuellement et n'avait existé à aucun moment de douleur spontanée ou provoquée sur la région envahie. Ses viscères étaient intacts. Et cependant on constatait un léger mouvement fébrile (38°,8), de l'inappétence, un enduit saburral sur la langue.

M. Landouzy, en présence de ce fait, n'hésita pas à admettre la relation nécessaire, en quelque sorte inéluctable, de l'éruption avec une lésion nerveuse, une neuropathie du troisième nerf intercostal et probablement du ganglion correspondant, bien qu'il n'y eût pas de manifestation douloureuse. Mais cette névropathie elle-même, d'où venait-elle? à quel état général était-elle liée? L'étiologie banale du coup de froid, qu'il n'y avait d'ailleurs aucun motif d'admettre ici, la malade n'en ayant eu nulle impression, lui eût paru, même en tout autre état de cause, absolument inadmissible en présence de ce fait général, expérimentalement établi aujourd'hui par un grand nombre de faits, de l'unicité et de la non-récidivité du zona. Les coups de froid peuvent se répéter, le zona ne se reproduit pas, une fois qu'il a accompli son évolution.

L'unicité et la non-récidivité du zona, à l'égal des oreillons, de la scarlatine et des autres fièvres éruptives, de la coqueluche, en un mot de toutes les affections générales infectieuses, tel a été le texte au développement duquel M. Landouzy a consacré cette leçon, qui peut se résumer par la formule des propositions suivantes :

Le zona ou zoster est une maladie générale, fébrile, spontanée, aiguë, presque cyclique, se terminant toujours par la guérison, conférant l'immunité, maladie générale à détermination cutanée circonscrite, laquelle détermination cutanée est subordonnée à une névropathie spécifique.

La caractéristique du zoster est moins dans l'apparition de l'exanthème vésiculeux circonscrit que dans la névropathie spécifique qui lui donne naissance. Ce n'est pas assez dire que de déclarer le zoster un trouble trophique, il faut le dire une névropathie spécifique.

Nous venons de signaler plus haut l'observation de récidive de zona que vient de publier M. P. Fabre. L'énoncé seul du fait semblerait impliquer contradiction et avec l'opinion de M. Landouzy que nous venons de formuler et avec celle de M. Fabre lui-même, que nous avons rappelée il n'y a qu'un instant.

La contradiction est-elle réelle? Non, comme on va le voir.

Dans la nouvelle observation de M. Fabre (il avait déjà mentionné, dans son travail précité, un premier exemple de zona récidivant recueilli en 1869 dans le service de M. Hardy qui voyait lui-même, pour la première fois, un fait de récidive de cette maladie), il s'agit d'un homme âgé de soixante-huit ans, que notre confrère avait déjà soigné seize mois auparavant pour un zona lobo-fémoral du côté droit, et que, au mois d'août 1882, cet homme revenait le voir se plaignant d'un point très douloureux sous l'omoplate gauche. Rien à l'auscultation. Un emplâtre de thapsia, appliqué sur le point douloureux, produisit une éruption qui avait disparu au bout de quelques jours, mais en laissant subsister la douleur qui était atroce. Elle suivait, sous forme d'élancements, tout le côté gauche de la poitrine depuis les dernières vertèbres dorsales jusque sous le mamelon. Une injection morphinée ne fit pas cesser la douleur. Au bout du neuvième jour, M. Fabre constata, les élancements persistant toujours, l'apparition de quelques taches érythémateuses, qui se recouvraient le lendemain de vésicules, en même temps que le pouls s'élevait à 104 et que la langue devenait saburrale. Le 26 août, c'est-à-dire du quatorzième au quinzième jour environ du début de la douleur et le cinquième jour de l'éruption, celle-ci avait disparu, les douleurs étaient calmées; mais il survint, les jours suivants, une abondante éruption furonculeuse disséminée sur toute la partie gauche du tronc. Plus tard se développa un véritable anthrax à la face externe de la jambe gauche, qui donna l'occasion de reconnaître de la glycosurie. Bref, le rétablissement fut long à s'effectuer; il ne fut constaté complet qu'à la fin de septembre dernier.

Ces deux faits de récidive, y compris celui qui avait été observé à l'hôpital Saint-Louis, sont les deux seuls que M. Fabre ait constatés sur un total de 64 cas de zona relevés par lui.

On sait que M. Hardy, de son côté, dans son immense pratique, n'a accusé tout au plus que deux ou trois récidives. Si l'on rapproche ces exemples de récidive si rares de la proportion des récidives constatées dans les fièvres éruptives réputées les moins récidivables, on ne peut voir dans ces cas exceptionnels qu'une confirmation de la loi formulée relativement à l'unicité du zona.

Rétentions d'urine consécutives à des opérations.

C'est un fait très connu que certains traumatismes accidentels ou opératoires entraînent parfois une rétention d'urine temporaire, d'une plus ou moins longue durée, sans lésion appréciable des organes urinaires ni obstacle matériel à la miction. Ces rétentions, dont des exemples ont été rapportés par les plus anciens auteurs, ont été plus particulièrement observées à la suite de lésions produites ou d'opérations pratiquées dans le voisinage du bassin ou sur des organes qui y sont contenus. Les premiers exemples signalés ont trait à des cas de luxations coxo-fémorales ou à des grands traumatismes portant sur le squelette du bassin, telles que les plaies du bassin par armes à feu, et à plus forte raison dans les affections des organes intra-pelviens, le rectum, la prostate, le vagin, l'utérus et particulièrement la vessie, ainsi que dans les opérations pratiquées sur ces divers organes. C'est ainsi, par exemple, que M. Blondeau a fait connaître, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1867 (numéro du 22 janvier), des accidents de rétention d'urine consécutifs à l'application de mèches dans le rectum après l'opération de la fistule et de la fissure à l'anus.

Mais ce n'est pas seulement à la suite d'opérations ou de manœuvres pratiquées dans le voisinage de la vessie qu'ont été observées les rétentions d'urine. On les a vues se produire aussi à la suite d'opérations pratiquées sur les membres ou sur les parties du tronc plus ou moins éloignées du bassin. Dans la thèse de M. Dartigues, de 1873, où sont rapportés surtout des faits de la pratique de M. Verneuil, on voit des exemples de rétention d'urine survenue à la suite d'amputations de la cuisse ou de la jambe, d'amputations du sein, à la suite d'une réduction d'ankylose du coude, etc.

Enfin des opérations peu graves par elles-mêmes, n'entraînant qu'un traumatisme léger et pratiquées sur des régions très éloignées du bassin, sur la tête par exemple, ont pu quelquefois être suivies de rétention d'urine.

Tels sont, par exemple, les deux faits suivants qui se sont passés tout récemment et simultanément dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu et sur lesquels M. Peyrot a appelé notre attention. Il s'agit, en effet, de deux malades qui ont présenté ce phénomène à la suite d'opérations légères.

Le premier est un homme de trente-neuf ans, atteint de cataracte de l'œil droit, qui a été opéré le 14 septembre; le deuxième est un homme de soixante-douze ans, qui a été opéré le 20 du même mois pour un cancroïde de la face. Tous deux, à la suite de l'opération qu'ils ont subie, ont été pris de rétention d'urine. Le premier, l'opéré de la cataracte, fut pris, le jour même de l'opération, de dysurie d'abord, puis d'impossibilité absolue d'uriner. Le soir même de l'opération, il fallut recourir au cathétérisme et on dut le pratiquer deux fois par jour les jours suivants. On le pratiquait encore le 22 septembre, c'est-à-dire juste une semaine après l'opération.

Le deuxième malade, entré à l'Hôtel-Dieu le 17 septembre, opéré le 20, a été pris également, deux ou trois heures après l'opération, de douleurs dans la région hypogastrique, avec un vif besoin d'uriner, sans qu'il pût y satisfaire. Le lendemain il était en proie à du ténesme vésical. Dans les vingt-quatre heures il n'avait pu rendre plus de 100 grammes d'urine. On dut également le sonder. Le 21, au soir, il a pu uriner un peu, mais toujours avec beaucoup de peine et après de fréquents besoins non satisfaits.

Chez ce deuxième opéré, la rétention a été moins complète et surtout moins persistante que chez le premier. L'urine n'a rien présenté d'ailleurs de particulier ni chez l'un ni chez l'autre. Ils n'avaient, non plus, ni l'un ni l'autre, ni inflammation ni hypertrophie de la prostate, ainsi qu'on a pu s'en assurer en les sondant, ni aucun antécédent morbide du côté des organes urinaires.

M. Peyrot nous a dit, à cette occasion, avoir vu récemment, en ville, un cas tout semblable, chez un homme de cinquante ans, auquel il avait pratiqué une opération pour une petite tumeur sarcomateuse. Le jour même de l'opération il n'avait pas pu uriner et il a conservé cette rétention d'urine pendant trois jours. Il n'avait, non plus que les deux

précédents malades, aucune lésion prostatique ou urétrale.

Nous n'avons pas à nous occuper ici des suites et des effets de ces rétentions d'urine qui cessent le plus habituellement d'elles-mêmes au bout d'un temps variable et auxquelles on remédie momentanément par le cathétérisme répété deux ou trois fois par jour; ce qui a été fait dans les cas que nous venons de rapporter.

Quelle est la cause et quel est le mécanisme de ces rétentions d'urine? C'est ce qu'on a beaucoup cherché, sans être parvenu encore à résoudre d'une manière satisfaisante la question. Est-ce une parésie nerveuse de la vessie ou un spasme? L'une ou l'autre, sans doute, suivant les circonstances. Mais comment l'une ou l'autre est-elle amenée? « Il n'est pas de médecin, disait Mercier, qui n'ait vu la rétention d'urine apparaître momentanément et disparaître sans que rien, du côté de l'urètre ou de la vessie, ait pu servir à expliquer ce singulier phénomène. » Quoi d'étonnant alors que ces troubles passagers de la miction puissent se produire spontanément, c'est-à-dire non-seulement sans le concours d'aucun obstacle organique ou matériel à l'issue des urines, mais même sans aucun trouble pathologique antécédent, sans aucune cause appréciable, en un mot, ils se montrent parfois à la suite des secousses, des commotions que tout traumatisme artificiel imprime à l'économie, comme à la suite des grands troubles nerveux ou des grandes commotions morales! On n'en est pas physiologiquement plus avancé; mais on a au moins la notion du fait qui n'est de nature ni à surprendre beaucoup ni à inspirer d'appréhensions sérieuses pour ses suites.

Du refroidissement brusque du globe oculaire comme cause d'abcès de la cornée.

M. le docteur H. Coursserant fils nous fait, sur ce sujet et sous ce titre, la communication suivante que nous soumettons à nos lecteurs :

« Il y a quelques années, dit-il, prenant mes vacances en Normandie, je fus consulté par une vieille femme des environs de Vernon. Cette malade présentait un vaste abcès déjà largement ulcéré de la cornée droite. Voici les détails que je relève dans mes notes sur ce cas intéressant. En revenant de travailler dans les champs, Mme X..., âgée de soixante-neuf ans, pour se rafraîchir, plonge, à différentes reprises, la face dans un baquet rempli d'eau très froide. Le lendemain, sensation de graviers dans les deux yeux; conjonctives légèrement injectées. Deuxième nuit, douleurs dans la branche frontale du trijumeau, larmoiement, vision trouble à droite. Le troisième jour, pas d'augmentation des douleurs, mais vision presque nulle; le miroir de l'œil droit, dit le mari de Mme X..., était tout gris. Le sixième jour, le centre de la cornée devient jaune. Quelques douleurs ciliaires sans photophobie... Je vois la malade le onzième jour; je constate une large perforation centrale de la cornée avec hernie de l'iris, et un peu de pus dans la chambre antérieure effacée. Je propose à la malade l'excision de sa hernie irienne : elle refuse; continuation du processus purulent, nécrose de la cornée. La malade se décide, le seizième jour, à une opération. J'excise tout l'iris hernié et je fais sortir le cristallin opaque engagé dans la perforation. Bandage compressif. Près de trois années après, la malade présentait un staphylôme légèrement conique, ne faisant encore pas à cette époque saillie entre les paupières. Globe ramolli, pas de douleurs, vision nulle. Comme point de départ de la maladie, je ne puis invoquer que le refroidissement brusque de l'organe visuel survenant chez une vieille femme dont les tissus sont déjà subi un degré avancé de dégénérescence sénile.

Ce fait avait attiré mon attention, lorsque tout récemment j'ai pu constater un cas absolument identique, du moins au point de vue étiologique. Au mois d'août dernier, me trouvant dans les environs de Fontainebleau, on m'amène un jeune bûcheron, garçon vigoureux de dix-sept ans, qui souffrait de l'œil gauche depuis deux jours. Je constate un aspect grisâtre de la partie inféro-externe de la cornée gauche, avec disparition de la couche épithéliale; un peu au-dessous du centre de cette zone, un petit foyer purulent de la grosseur d'une tête d'épingle. L'iris est contracté sans synéchies, l'humeur aqueuse un peu trouble, il existe déjà un très léger hypopion : un peu de rougeur conjonctivale, pas de photophobie, mais une anesthésie complète de cette cornée, avec quelques douleurs ciliaires. Je pense immédiatement à un traumatisme cornéen, accident fréquent dans la profession du jeune malade. Réponse négative; mais j'apprends que trois jours avant, après un travail très pénible, se trouvant en nage, le malade a plongé, à différentes reprises, la tête dans une des sources de la forêt; le soir même il s'est senti mal à son aise, a été pris de vomissements avec frissons. Pour moi, l'étiologie n'était plus douteuse; j'ajouterai que les compresses chaudes antiseptiques, l'usage alternatif d'un collyre à l'atropine et à l'ésérine, et la compression, eurent assez promptement raison de cet abcès cornéen au début. Comme le jeune homme était un fiévreux, je crus également indiqué d'administrer le sulfate de quinine à haute dose. A mon départ, la cornée était hors de cause, mais le malade était prévenu qu'il porterait probablement une légère taie cornéenne, fort heureusement très excentrique.

Si je publie ces deux faits, c'est que leur étiologie, pour moi indéniable, me paraît intéressante à connaître. Le froid est certainement une des causes fréquentes des abcès de la cornée. Comme mon confrère M. Galezowski, j'ai observé et signalé plusieurs cas d'abcès cornéens graves qui se sont présentés dans ma clientèle hospitalière pendant les deux derniers grands hivers parisiens. Chez les deux malades dont je parle aujourd'hui, il est permis de supposer que le refroidissement brusque des membranes externes de l'œil et principalement des éléments cornéens, a amené une anesthésie nerveuse et un arrêt dans la nutrition des éléments anatomiques suffisants pour provoquer chez des sujets surmenés (le jeune homme) ou débilités par l'âge (malade de Vernon) une inflammation rapidement purulente et nécrosique. Je n'insisterai pas sur la terminaison différente dans les deux cas : elle s'explique par la différence du terrain et des soins.

Je suis convaincu que l'étiologie que je signale est plus fréquente qu'on ne croit pour les abcès dits des *moissonneurs*. Ces pratiques hydrothérapiques, bien intempestives, sont d'un usage journalier chez les gens de la campagne pendant les fortes chaleurs de l'été : bien souvent on recherche, chez l'individu porteur d'un abcès cornéen la cause traumatique, et, si les choses s'y prêtent, on ne manque pas d'accuser l'épi de blé, souvent malgré les dénégations du malade.

Certes, dans bien des cas, c'est la cause déterminante des abcès chez des individus surmenés; mais pour ma part, à l'avenir, éclairé par mes observations, je ne manquerai pas de rechercher le seau d'eau fraîche parmi les causes étiologiques. On pourrait peut-être accuser la septicité des eaux employées. Je puis dire, en finissant, que cette cause ne me semble pas invocable dans mes deux observations. »

ACCÈS RÉPÉTÉS DE MANIE AIGUË PENDANT LES PÉRIODES MENSTRUELLES.

Par M. le docteur E. Cabadé.

Femme D..., quarante-six ans, tempérament bilieux, ne compte dans sa famille aucun aliéné, — réglée à quinze ans. — Sa mère, actuellement très âgée et jouissant d'une bonne santé, n'a présenté aucune particularité, digne d'être notée, dans l'évolution de ses périodes menstruelles; le père a succombé aux progrès d'une affection cancéreuse; ses frères et sœurs sont bien portants.

Cette femme perdit son mari en 1878, au moment où elle avait ses règles; cette mort, qui eut un caractère de soudaineté exceptionnelle, l'impressionna vivement. L'hémorragie menstruelle s'arrêta et ne reparut pas de huit mois. Pendant ce laps de temps cette femme présenta quelques manifestations spasmodiques et resta sous l'empire d'un état nerveux assez caractérisé, sans cependant que cet état la constituât malade : quelques cuillerées de sirop d'éther et la tisane de valériane suffisaient à la soulager très notablement. Au bout de huit mois, ses règles se montrèrent égales à ce qu'elles étaient précédemment. Depuis lors, elles ont eu assez de régularité dans leur apparition.

Dans le courant de 1880, chacune des époques menstruelles s'accompagnait de phénomènes nerveux peu importants, sensations de boule hystérique, état spasmodique général. Cet état fut de peu de durée et bientôt tout rentra dans l'ordre.

Au mois de janvier 1881, l'apparition des règles s'annonça par des troubles nerveux plus accentués; puis brusquement la malade fut prise d'une crise de manie aiguë. Elle courait hors de son logis, les cheveux épars, la voix égarée, se livrant à des actes d folie évidente, courant nue malgré la rigueur du froid, brisant tous les objets qu'elle pouvait atteindre et tenant une série de propos incohérents et dénués de sens. Il fallait la réintégrer de force chez elle, la coucher et la faire maintenir dans son lit par des personnes robustes. Bien que maintenue dans une position à peu près convenable, elle ne cessa pas d'être en proie à une exaltation maniaque incroyable, ses divagations étaient sans fin; elle confondait absolument les actes, les lieux, les personnes; ne reconnaissant pas même celles dont la fréquentation est quotidienne, et associant les idées les plus disparates.

Cet état dura environ quatre jours sans que le sommeil soit jamais venu y porter un répit, sans répondre une seule fois, d'une façon sensée, aux questions qui lui étaient posées.

Pendant ce temps, ses règles coulèrent comme d'habitude; puis à mesure que l'écoulement vint à diminuer, l'exaltation disparut; l'attitude fut plus calme; une sensation d'immense fatigue succéda à cette période agitée; une sorte de résolution générale s'empara de la malade; ses réponses furent à peu près pertinentes; le sommeil réapparut, et trois jours après la femme D... était revenue à son état normal, sans cependant avoir conservé le moindre souvenir de ce qui s'était passé.

Les deux menstruations suivantes s'accompagnèrent des mêmes phénomènes, qui ne purent être que très légèrement et très passagèrement atténuées par des injections sous-cutanées de morphine. Après la crise de mars, je mis la malade au traitement par le bromure de potassium à la dose de deux grammes par jour. Ce traitement dut être continué jusqu'à l'apparition de ses règles, le mois suivant, et cette apparition fut normale sans traces de désordres intellectuels. Le médicament lui fut prescrit de nouveau, après la période cataméniale, et les mois suivants se passèrent d'une façon absolument normale; si bien que la malade put, comme auparavant, se livrer aux travaux des champs et même louer ses services pour le temps de la moisson. Je lui recommandai de prendre du bromure de potassium pendant les dix jours qui précéderaient l'apparition présumée de ses règles, et je la perdis de vue.

Je fus appelé de nouveau auprès d'elle dans le courant du mois de novembre de la même année. Elle avait une nouvelle crise de manie aiguë survenue, brusquement au début d'une période menstruelle sans le moindre symptôme prémonitoire, sans avoir pré senté d'indisposition de nature nerveuse comme les mois précédents. Cette crise fut en tout semblable à la première.

Dès qu'elle fut en état de répondre à mes questions, elle m'avoua que, se croyant absolument guérie, elle n'avait plus fait usage du bromure, et cela depuis le mois de juillet; que, cependant, ses règles étaient revenues quatre fois, sans qu'elle eût la moindre atteinte cérébrale, et que la crise qui venait de prendre fin l'avait saisie au milieu des apparences de la santé la plus parfaite. Le même traitement fut institué : deux grammes de bromure de potassium furent pris quotidiennement et sans interruption jusqu'au mois de juin 1882. A cette époque, nous fûmes obligé de suspendre le traitement par le motif suivant : cette femme est absolument sans ressources pécuniaires; journalière, le prix de sa journée (2 francs) est son unique moyen d'existence, aussi est-elle assistée par le Bureau de bienfaisance. Les administrateurs de ce bureau, voyant cette femme en apparence absolument guérie, vaquant en toute liberté à ses travaux, ne présentant pas le moindre symptôme de son mal, déclarèrent que, vu le prix élevé du médicament, il leur était impossible de grever ainsi le budget restreint des pauvres de leur commune. Les ressources de la femme D... ne lui permettant pas de se soigner à ses frais, le traitement fut forcément interrompu.

La première récidive m'ayant mis en garde, je prédis une nouvelle invasion probable de la maladie; toutefois, l'état de santé fut parfait, du mois de juin 1882 au mois de février 1883. Pendant ce laps de temps, les règles n'ont pas manqué une seule fois; elles sont venues sans la moindre variation, avec une légère avance; leur durée et leur abondance ont été absolument normales; leurs apparitions n'ont donné lieu à aucun trouble intellectuel. J'avais prévenu la malade de venir me voir dès qu'elle ressentirait le moindre trouble, et je ne l'ai pas revue pendant cette période.

J'ai appris la récidive, au mois de février dernier, par la personne qui est venue me chercher pour l'aller voir. Je la trouvai en proie à une crise effroyable, les yeux hagards, la bouche écumante, liée de cordes, qui la maintenaient immobile sur son lit, jurant, hurlant et crachant sur les personnes qui l'approchaient. On me raconta qu'elle avait commis cent extravagances, dont les plus graves consistaient à avoir entièrement brisé les vitres d'une maison voisine; puis avait tenté d'incendier ce logis, en s'introduisant par la fenêtre; enfin, avait frappé avec la dernière violence sa mère qui tentait de la maintenir. Dans le village on n'avait pas de camisole de force; on en ignorait même et le nom et l'usage; aussi eut-on recours au moyen primitif de l'attacher avec des cordes. Je fis une injection de morphine, et pendant les quelques instants de répit que nous donna cette petite opération, j'improvisai une camisole de force qui lui fut passée et put la contenir d'une façon plus humaine. Il était temps; ses mains et ses pieds étaient horriblement gonflés et violacés. Le surlendemain, cette femme était absolument guérie et avait recouvré ses idées, sans conserver le souvenir de ce qui s'était passé durant sa maladie, sauf sur un point : la présence des gendarmes que l'on avait cru devoir aller prévenir et qui s'étaient transportés auprès d'elle et avaient rédigé dans la chambre l'inévitable procès-verbal.

J'ai pu faire comprendre aux membres du Bureau de bienfaisance de la commune qu'il y avait urgence absolue à s'imposer des sacrifices pour faire soigner cette malheureuse et la remettre en traitement sans tarder; c'est ce qui a été fait, et depuis elle a eu deux fois ses règles sans présenter le moindre désordre intellectuel, et le traitement dont tout le monde comprend maintenant l'utilité pourra, je l'espère, être longtemps continué.

L'observation précédente me paraît être très probante relativement à l'action du bromure de potassium sur les désordres vésaniques qui ont accompagné la menstruation. Les conditions dans lesquelles les faits se sont déroulés, et l'efficacité du médicament à chaque nouvelle administration, démontrent que chez la femme D... il a agi comme un remède véritablement héroïque. De plus, il est à remarquer que l'action du bromure a eu une assez longue portée et

que la protection et le calme du système nerveux ont continué quelque temps après son absorption, quatre mois la première fois, sept mois la seconde; la période de calme étant d'autant plus longue que l'administration du médicament a plus longtemps duré. Faut-il voir, dans cette rémission de sept mois, une sédation due au bromure ou un phénomène de la maladie? C'est ce que je ne saurais dire, et ce que démontreront de nouvelles expériences. Dans tous les cas, l'action sédative de cet agent me semble hors de conteste.

Quel sera l'avenir de cette femme? Au bout d'un temps plus ou moins long ne faudra-t-il pas augmenter la dose? L'action du médicament ne s'émoussera-t-elle pas? et le remède sera-t-il toujours aussi efficace? D'un autre côté, qu'en sera-t-il dès qu'elle sera à la ménopause? N'y aura-t-il plus d'accidents pareils? N'y aura-t-il pas alors une folie permanente?

Bien que cette femme soit très capable de se livrer aux travaux des champs, elle n'a pas l'intelligence absolument nette, son état permanent laisse un peu à désirer au point de vue de la parfaite rectitude de l'esprit. C'est une pauvre tête. Sa mémoire est indécise, les passions affectives peu raisonnées, ses joies et ses tristesses hors de proportion avec ce qui les cause; cependant, elle ne présente rien d'excessif, et bien des personnes, qui passent pour très sensées, ont au moins autant de bizarreries dans le caractère.

(*L'Encéphale.*)

PHLEGMON DE LA PAROI ABDOMINALE

Par M. le docteur Brioelle (d'Avignon).

L'appel fait aux confrères qui auraient été à même d'observer des phlegmons de la paroi abdominale me remet en mémoire une observation qui ne m'avait pas paru, il est vrai, très intéressante, mais qui m'avait frappé avec raison par son excessive rareté.

Il s'agit d'une dame originaire d'un village situé aux pieds du mont Ventoux, fixée depuis sept à huit ans à Avignon, où elle s'est mariée à l'âge de vingt-huit ans. Son père et sa mère jouissent encore d'une bonne santé; son frère, de quinze ans plus jeune qu'elle, a le bras gauche complètement atrophié; elle-même, d'une bonne santé habituelle, est néanmoins délicate, très nerveuse, mais, par-dessus tout, pusillanime au suprême chef.

La première fois que je fus appelé auprès de ma cliente, ce fut pour la soigner dans un cas d'hémorragie utérine, qui provenait probablement d'une fausse couche; la seconde fois, je l'assistai dans son premier accouchement, qui fut long et laborieux à plus d'un titre (1); enfin, la dernière, fois je fus mandé près d'elle au début de sa deuxième grossesse, avec recommandation expresse de continuer mes soins jusqu'à parfaite rémission.

Le second accouchement fut, comme le premier, long et laborieux. L'indication d'intervenir fut manifeste aussi; mais l'impressionnabilité de la parturiente fut telle cette fois qu'il me fallut procéder presque de vive force à l'application du forceps. J'insiste sur ce fait que la femme ne voulut jamais quitter le milieu du lit où elle se roidissait de toutes ses forces, fléchissant fortement sur le bassin des cuisses tenues en demi-adduction, ramenant sans cesse sur elles les couvertures, qu'elle maintenait d'une manière convulsive. Ce second enfant, du sexe féminin, était bien constitué, plein de vie et de santé.

Les suites de couche furent assez naturelles; tout paraissait rentré dans l'ordre quand je fus redemandé, à quelque temps de là, pour une difficulté d'uriner dont la malade commençait sensiblement à se plaindre. En même temps que la miction était rare et pénible, quelques douleurs étaient accusées dans le bas-ventre; mais, comme il ne me fut pas possible de faire le moindre examen, je me contentai de prescrire quelques remèdes anodins et je tins la malade en observation.

L'état restant stationnaire, le cathétérisme fut emporté comme d'assaut et ne m'apprit malheureusement qu'une chose: qu'il fallait chercher ailleurs le mal dont l'origine et la nature restaient inconnus. En interrogeant les fonctions les unes après les autres, je ne fus pas plus heureux. Cependant l'organisme était en souffrance, l'état général commençait à laisser beaucoup à désirer. Le mouvement fébril était assez accentué; une légère exacerbation se montrait tous les soirs, mais sans frissons caractérisés; l'appétit devenait nul, mais sans vomissement ni même de nausées. Bientôt après survint une toux qui impressionna vivement la famille, mais qu'expliquaient parfaitement les râles d'une simple bronchite. Décidément l'attention dut se porter exclusivement sur la cavité abdominale, qui était toujours douloureuse, et cela d'autant plus que la malade accusait un surcroît de douleur chaque fois qu'elle se mettait sur son séant pour me permettre d'ausculter sa poitrine. Bientôt la douleur devint si vive que tout mouvement qui n'était pas commandé par la plus impérieuse des nécessités était obstinément refusé; le décubitus dorsal était gardé avec une obstination rare et à peine croyable.

Nous traversâmes ainsi une assez longue période de jours bons et mauvais, pendant laquelle je ne pus me livrer à une exploration rationnelle par la palpation, le toucher, etc., qu'autant que j'éviterai, à tout prix, de heurter l'endroit douloureux. Partout où il me fut donné d'opérer avec méthode, je ne découvris aucune lésion ni dans les organes profonds ni dans la séreuse qui les contient; mais si je touchais *involontairement* à la région hypogastrique, c'était incontinent une véritable exaspération qui persistait un certain moment. Le doute n'était plus permis; du reste, sur ce fond empâté, je n'ose dire rénitent, deux petites éminences commençaient à pointer sous la peau. Je m'empressai de rassurer la malade et la famille: le diagnostic était bien fixé cette fois, la marche, la durée, la terminaison du phlegmon ne pouvaient plus être qu'une question de temps.

L'avouerai-je? Il fut convenu que la malade ferait elle-même des fomentations huileuses et que le mari entretiendrait les cataplasmes. Mon intervention dut se borner à délimiter le phlegmon avec un topique approprié et à favoriser (quand la nature aurait fait l'œuvre du bistouri), à favoriser, dis-je, l'évacuation du pus, à condition toutefois de ne point faire du mal.

Tout ce qui avait été prévu est arrivé; mais, depuis l'accouchement jusqu'à la résolution complète et définitive du phlegmon, il s'est écoulé un intervalle de plus de six mois, soit 200 jours environ.

(1) L'enfant présenta un exemple remarquable d'un tic, d'origine encéphalique, de tout le bras gauche. Ce tic, qui avait été manifestement reconnu pendant les derniers mois de la grossesse, causa probablement la mort de l'enfant, que les grands-parents, chez qui il avait été placé en nourrice, ne tardèrent pas à m'annoncer.

LE CHOLÉRA AU POINT DE VUE CLINIQUE (1)

Par M. Ramon de Luna.

Les résultats de mes études cliniques et physiologiques sur le choléra-morbus asiatique, recueillis en 1865 par moi à Madrid et aux îles Philippines, surtout à Manille, l'année dernière, par des personnes respectables, m'ont conduit aux convictions suivantes:

1° La *cause* du choléra se trouve toujours dans l'air, d'où il se propage avec les personnes et les objets;

(1) Note lue à l'Académie des sciences dans la séance du 10 septembre 1883.

2° Son action s'exerce *exclusivement* par les voies respiratoires ;

3° C'est surtout pendant l'état passif des individus, en particulier pendant le sommeil, que son incubation a lieu de préférence ;

3° L'action du microbe ou ferment agit particulièrement sur les globules du sang et empêche l'hématose, déterminant une espèce d'asphyxie graduée jusqu'à la mort ;

5° Le seul moyen vérifié par moi et par des médecins espagnols, en Espagne et à Manille, de sauver les individus atteints du choléra, dans la période algide, c'est de leur faire respirer avec prudence la vapeur hypoazotique mêlée à l'air. Deux ou trois inhalations ont suffi pour soulager immédiatement les malades et déterminer une réaction franche, après laquelle ils ont été hors de danger au bout de quelques heures ;

6° Enfin, comme moyen préservatif contre ce terrible fléau, j'emploie des fumigations hypoazotiques, dans les chambres, vaisseaux, etc., deux fois par jour, avant le coucher et au réveil. Pendant la terrible invasion du choléra à Manille, l'année dernière, trois cents ouvriers de l'hôtel de la Monnaie ont été soumis, par mon conseil, à l'action des vapeurs hypoazotiques et préservés absolument.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 octobre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

CORRESPONDANCE

M. Petit, bibliothécaire de la Société de chirurgie, adresse une lettre en réponse à la note lue dans la dernière séance par M. Labbé (voy. *Gazette des hôpitaux*, n° du 19 octobre 1883). Cette lettre est renvoyée à une commission composée de MM. Després, Trélat et Horteloup.

M. le Président annonce la mort de M. Depaul, ancien président de la Société, et, selon l'usage, lève la séance.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Décision ministérielle au sujet du placement des officiers du corps de santé militaire dans les corps de troupes et dans les hôpitaux de l'intérieur et de l'Algérie.

Paris, le 19 octobre 1883.

Dans le but de procéder avec justice et équité au placement des officiers du corps de santé dans les corps de troupes et dans les hôpitaux de l'intérieur et de l'Algérie, le ministre a arrêté les dispositions suivantes :

1° Les médecins-majors de deuxième classe appartenant à la moitié la plus ancienne du cadre pourront seuls être appelés à remplir les fonctions de chef de service dans les régiments de cavalerie, les bataillons de chasseurs à pied et d'artillerie de forteresse, ainsi que dans les escadrons du train des équipages militaires. Toutefois, les médecins de ce grade et de cette ancienneté employés dans les régiments d'infanterie et affectés au dépôt du corps lorsqu'il est séparé de la portion principale, seront considérés comme chefs de service et ne passeront dans un des corps précités que sur leur demande.

2° Les médecins-majors de première et de deuxième classe pourront passer, alternativement, des corps de troupe dans les hôpitaux et des hôpitaux dans les corps de troupe, suivant les besoins du service et à la suite de demandes qu'ils auront formées et qui seront revêtues de l'avis motivé des chefs de corps et de service et accompagnées d'un avis favorable du directeur du service de santé du corps d'armée. Ceux de ces officiers du corps de santé qui auront le moins de campagnes seront employés de préférence en Algérie ou en Tunisie.

3° Les demandes de changement de résidence ou d'emploi devront toujours être établies au moment de l'inspection générale du service de santé, et dans les conditions de la note ministérielle du 27 juillet 1883.

4° Les demandes de permutation de gré à gré demeurent soumises, sous peine de rejet, aux prescriptions de la note ministérielle du 18 avril 1875 insérée au *Journal militaire.*

5° Les emplois de tout grade qui deviennent vacants dans le gouvernement de Paris sont réservés aux officiers les plus anciens et ayant le plus de campagnes. Ceux qui préféreraient ne pas profiter des avantages de cette décision devront faire parvenir leur renonciation au ministre, par la voie hiérarchique.

Les dispositions des paragraphes 3, 4 et 5 sont applicables aux pharmaciens.

Les notes et décisions ministérielles des 22 octobre 1871, 20 janvier, 9 septembre 1876, 6 mars, 18 et 24 avril 1879 et 19 avril 1880 sont abrogées.

Le Ministre de la guerre,
E. Campenon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. Robinet et Georges Martin, conseillers municipaux, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris, en remplacement de MM. Thulié et Sigismond Lacroix, conseillers municipaux démissionnaires.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les étudiants pourvus de douze inscriptions sont priés de se faire inscrire à l'École pratique (laboratoire d'anatomie pathologique), pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, tous les jours, à partir du samedi 3 novembre 1883 jusqu'au 15 du même mois, et de une heure à deux heures de l'après-midi.

Une carte d'admission leur sera délivrée. MM. les étudiants sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— MM. les étudiants ayant subi avec succès le premier examen de doctorat (nouveau régime), à la présente session, sont priés de se faire inscrire immédiatement à l'École pratique, pour prendre part aux démonstrations d'ostéologie. La dernière série des démonstrations commencera très prochainement.

— Le nombre des candidats qui prennent part cette année au concours de l'internat est de 208.

— Depuis l'ouverture du concours de l'externat des hôpitaux de Paris, les questions suivantes ont été traitées par les candidats, au nombre de 325, comme épreuve orale :

1° Extrémité inférieure du fémur et fractures de l'extrémité inférieure du péroné, pour les volontaires d'un an ; 2° crosse de l'aorte ; 3° rapports de l'estomac ; 4° extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras ; 5° articulation coxo-fémorale ; 6° articulation temporo-maxillaire, pour les autres candidats.

— *Choléra.* — Un nouveau télégramme d'Alexandrie nous apprend qu'un assez grand nombre de personnes sont depuis quelques jours atteintes du choléra ; quatre nouveaux décès cholériques ont été signalés dans la journée d'avant-hier et neuf dans celle d'hier. En conséquence, les provenances d'Égypte vont être soumises aux règlements quarantenaires en vigueur.

— M. le docteur Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours élémentaire et complet d'ophtalmologie (maladies des yeux et des oreilles) le lundi 29 octobre, à deux heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants à sa clinique, 53, rue Saint-André-des-Arts.

— M. le docteur Chéron recommencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes à sa clinique, rue de Savoie, n° 9, le

lundi 5 novembre, à une heure, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur J. Baratoux reçoit, à sa clinique, 17, rue Séguier, les mardis, jeudis et samedis, de quatre heures à six heures, les malades atteints d'affections des oreilles, du nez et du larynx. — Exercices pratiques.

— La « Compagny of Grocers' », à Londres, offre au concours universel un prix de 25,000 francs pour la solution du problème suivant :

« Découvrir une méthode au moyen de laquelle le virus vaccinal puisse être cultivé dans un milieu indifférent. La méthode doit permettre de multiplier le virus indéfiniment par générations successives, et le produit de chaque génération doit accuser les qualités de la lymphe vaccinale naturelle (autant que le délai accordé en permettra l'épreuve). »

Les candidats devront remettre leurs travaux, en anglais, avant le 31 décembre 1886, et le prix sera décerné aussitôt que possible après cette date. On obtiendra de plus amples informations en s'adressant à *The Clerk of the Grocers Company, Grocers Hall E.-C. Londres.*

— *Erratum.* — Dans la note sur l'opération du strabisme au moyen de l'avancement capsulaire insérée dans notre dernier numéro (du 25 octobre 1883), il s'est glissé une erreur qu'il importe de rectifier, parce qu'elle implique une hérésie anatomique. Au lieu de : « On incise alors cette capsule (de Tenon) près de l'insertion tendineuse du muscle et on la dégage *au-dessus* du muscle et latéralement, » il faut lire : « *Au-dessous* du muscle ».

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours de physique, professé à la Faculté de médecine de Paris, 1882-1883, par O. Cadiat, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chargé du cours auxiliaire de physiologie. *Physiologie générale. Génération. Organes des sens.* 1 vol. petit in-4 de 250 pages (texte et dessins autographiés). — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

Des formes cliniques de la tuberculose laryngée, pronostic et traitement, par le docteur A. Ducan. In-8° de 170 pages avec figures. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Contribution à l'étude de non-cosmopolitisme de l'homme. La colonisation de la Guyane par la transportation. Étude historique et démographique, par J. Orgeas, médecin de la marine. In-8° de 112 pages et deux cartes. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Des ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement, par M. le docteur Paul Goullioud, ancien interne des hôpitaux de Lyon, lauréat de la Faculté de médecine (1879). In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Développement de la vessie, de la prostate et de l'urètre, par le docteur Ch. Debierre. In-8° de 110 pages avec 10 figures. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Développement des cavités et des moyens d'union des articulations, par le docteur G. Variot, ancien interne des hôpitaux, préparateur des travaux pratiques d'histologie à la Faculté. In-8° de 100 pages avec 3 planches dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15240.

N° 125. — MARDI 30 OCTOBRE 1883. 56e ANNEE. MARDI 30 OCTOBRE 1883. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU. Hypertrophie de la prostrate, rétention d'urine, infection purulente, mort. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. De l'alimentation des jeunes enfants par la farine d'avoine. — HÔTEL-DIEU DE MARSEILLE. Fréquence et dangers de l'intervention rénale dans les maladies. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Nouvelles.

HOTEL-DIEU. — M. PEYROT.

Hypertrophie de la prostate, rétention d'urine, infection purulente, mort.

Nous avons perdu dans la nuit de samedi dernier le malade qui était couché au n° 29 de la salle Saint-Landry. C'était un homme de soixante-deux ans, exerçant la profession de cocher, d'un aspect extérieur satisfaisant, gros et rougeaud, enfin jouissant ordinairement d'une bonne santé. Il était entré à l'Hôtel-Dieu le 19 du mois dernier.

Trois jours auparavant, sans qu'il se rappelle avoir éprouvé aucun phénomène prémonitoire, il avait été pris brusquement dans la nuit de rétention d'urine. Le lendemain matin, de bonne heure, il allait trouver un médecin du voisinage, lui demandant de le sonder. L'opération fut pratiquée avec quelque difficulté et donna issue à une grande quantité d'urine. De toute la journée il n'y eut pas la moindre miction, ni pendant la nuit suivante non plus, de telle sorte que le matin il dut avoir recours de nouveau au cathétérisme. Cette fois son médecin, jugeant que la situation pouvait se prolonger un certain temps, lui conseilla d'entrer à l'hôpital. Cependant ce ne fut encore que le lendemain soir, après avoir erré à la porte de plusieurs hôpitaux, qu'il se décida à venir à l'Hôtel-Dieu et ce fut le 20 au matin que je le vis pour la première fois.

Depuis l'avant-veille la rétention des urines était complète, notre malade n'avait même pas uriné par regorgement, peut-être quelques gouttes seulement avaient-elles coulé ; la vessie était très fortement distendue. Nous constations, de plus, un œdème des membres inférieurs assez prononcé, œdème sur l'origine duquel tous les chirurgiens ne sont pas absolument d'accord, les uns l'attribuant à quelque affection rénale, les autres la considérant comme symptomatique de la rétention des urines. Ici l'œdème n'avait pas d'autre cause que cette dernière. Pensant que nous pouvions bien avoir affaire à un individu prostatique, malgré l'absence de tous accidents prémonitoires, nous pratiquâmes le toucher rectal et nous reconnûmes aussitôt une prostate du volume d'une petite orange, dure et résistante. L'indication thérapeutique était, par suite, des plus simples ; il fallait sonder immédiatement notre malade de peur de voir survenir des accidents graves. A ce moment-là l'état général était encore très bon. Je le sondai avec une sonde molle en caoutchouc rouge, comme on doit le faire en pareils cas, parce que le cathétérisme ne présente généralement pas de difficultés, le canal n'étant pas d'habitude rétréci dans ces circonstances, mais seulement déformé par l'hypertrophie des lobes de la prostate. Une sonde rigide, au contraire, aurait l'inconvénient de buter contre l'obstacle prostatique, contre une prostate le plus souvent congestionnée, souvent ramollie, partant facile à être déchirée par le bec de la sonde.

J'employai donc la sonde molle, mais, contre mon attente, toutes mes tentatives furent vaines, quel que fût le volume des diverses sondes en caoutchouc auxquelles j'eus recours. C'était là une exception due très probablement à la tension exagérée de la vessie et à la pression considérable de la prostate contre le canal. Une sonde en gomme eut les mêmes résultats ; ce que voyant, je dus recourir à une sonde en argent à grande courbure, en ayant soin d'en diriger toujours le bec vers la partie supérieure. Cette fois je pénétrai immédiatement dans la vessie et le malade rendit environ deux litres et demi d'urine. Une ou deux petites gouttelettes de sang étaient apparues au méat urinaire. Il fut grandement soulagé ; le soir il allait bien, mais comme il n'avait eu aucune miction dans la journée, il fut sondé de nouveau avec une sonde en gomme qui passa facilement. Le 21 et le 22 nous avons pratiqué le même cathétérisme deux fois par jour ; l'urine était toujours très abondante. Il y avait une véritable polyurie (trois litres par vingt-quatre heures), comme c'est la règle chez les prostatiques qui vident ordinairement mal leur vessie, ainsi que M. le professeur Guyon l'a parfaitement fait connaître. Les raisons de cette polyurie ne sont pas absolument certaines ; cependant il semble qu'il y ait là une action réflexe de la vessie sur l'organe rénal, l'irritation vésicale déterminant ainsi une néphrite passagère ou durable.

Ainsi pouvait s'expliquer la polyurie de cet homme qui n'avait jusque-là jamais rien éprouvé du côté des organes génito-urinaires, lorsque le 23, à sept heures du matin, il fut pris d'un violent frisson, s'accompagnant d'un véritable état algide, lequel ne dura pas moins d'une heure et demie et fut suivi d'un stade de chaleur et de sueurs qui se pro-

longea jusqu'à midi et demi. Il y avait là comme une sorte d'intoxication très grave avec délire, agitation extrême, respiration haletante, langue blanche mais encore humide, pouls rapide et dépressible, battements du cœur précipités sans aucun souffle, etc. L'urine examinée ce jour-là était en moindre quantité que les jours précédents, elle renfermait une très petite quantité de pus, mais elle contenait surtout une quantité considérable d'albumine, dont une partie était rétractile. La présence de l'albumine pouvait être considérée comme la conséquence du violent accès de fièvre, ainsi qu'on le constate fréquemment en pareilles circonstances.

Qu'était-il donc survenu ? On sait que chez certains sujets un simple cathétérisme suffit pour déterminer des accidents fébriles auxquels on a donné le nom de fièvre urineuse. On sait aussi d'autre part que ces phénomènes sont quelquefois le signe de l'infection purulente. En était-il ainsi chez notre malade ? A quelle cause pouvions-nous rattacher l'accès fébrile ? Il ne nous était pas possible de nous prononcer, la marche seule de la maladie, dans ce cas-là, pouvant éclairer le diagnostic.

Le 24, la journée fut bonne, le malade se sentait bien, quoiqu'il eût une légère oppression, que la soif fût vive et qu'il se plaignît d'un point de côté à gauche. Il y avait encore un peu d'albumine dans les urines.

Mais, le 25, un nouvel accès survenait à la même heure que le premier et présentait les mêmes caractères ; la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures fut seulement d'un litre et demi. Le soir le malade se trouvait mieux, mais le testicule droit était gonflé et un peu douloureux. Quant au point de côté, il avait disparu. Si le premier jour j'avais songé plutôt aux phénomènes de la fièvre urineuse, à dater de ce moment ma pensée se porta plutôt vers l'existence possible de quelques abcès métastatiques en voie de formation. Cependant les poumons ne nous fournissaient aucun signe, non plus que les autres viscères, de telle sorte que le diagnostic restait forcément encore en suspens.

Le 26, le malade eut un nouvel accès de neuf heures du matin à midi, le soir il eut de la diarrhée ; il y avait aussi de l'œdème de la verge et du scrotum. Nous continuâmes la quinine et l'alcool que nous avions prescrit dès le premier jour des accidents fébriles, ainsi que des ventouses scarifiées le long des lombes. La nuit fut agitée, mais le lendemain il n'y eut pas de nouvel accès. La fièvre et les frissons reparurent le 28 et se renouvelèrent dès lors tous les jours, à peu près à la même heure, jusqu'au 6 de ce mois, où le malade succombait dans la nuit. Le 3, à l'auscultation, nous avions constaté pour la première fois des râles sous-crépitants dans les deux côtés de la poitrine. J'ajouterai que l'examen des autres organes ne nous avait absolument rien révélé et que le testicule était resté dans le même état, l'œdème avait seulement diminué un peu.

La mort est donc survenue sans qu'il nous ait été possible de faire un diagnostic précis entre les accidents de la fièvre urineuse et ceux de l'infection purulente, tant est grande la parenté qui existe entre ces deux affections lorsque les phénomènes ne sont pas plus nettement prononcés qu'ils ne l'ont été ici. La multiplicité des accès fébriles seule nous aurait fait pencher pour une infection purulente. L'autopsie nous a montré que ce diagnostic était le seul vrai. Du côté de l'intestin, du foie et de la rate, il n'y avait rien, non plus que du côté du cœur. Mais les poumons étaient farcis de petits abcès superficiels, depuis le sommet jusqu'à la base, abcès variant du volume d'un grain de mil à celui d'un grain de raisin. La prostate était très hypertrophiée ; le lobe moyen était peu volumineux, mais l'hypertrophie portait surtout sur les deux lobes latéraux et principalement encore sur le lobe latéral gauche qui pénétrait pour ainsi dire dans le lobe latéral droit. La prostate ne contenait pas d'abcès ; nous avons trouvé seulement un peu de pus autour du canal prostatique. Les uretères étaient très épaissis, leur diamètre était d'un centimètre. Quant aux reins, on apercevait à leur surface de nombreux petits points blanchâtres ressemblant à de véritables pustules d'ecthyma. On trouvait de la suppuration dans la substance médullaire du rein surtout, les bassinets et les calices contenaient un liquide trouble. En somme, il y avait là une véritable suppuration rénale très étendue, non pas considérable au point de vue de la quantité de pus, mais caractérisée par la multiplicité de foyers petits et très nombreux.

En résumé, nous avons eu affaire, chez notre malade, à des abcès métastatiques, à une infection purulente, résultant probablement d'une lésion très légère de la muqueuse prostatique que rien n'avait pu nous faire supposer.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut (1).

De l'alimentation des jeunes enfants par la farine d'avoine.

La question de l'alimentation des jeunes enfants et des différents procédés à suivre dans ce but se pose à chaque instant dans la pratique médicale. Le médecin est souvent embarrassé et il n'a pas toujours en dedans de lui des motifs sérieux et scientifiques à se donner pour conseiller un aliment plutôt qu'un autre.

Je ne parle pas de la question d'opportunité, c'est-à-dire du moment où l'on commence à nourrir les jeunes enfants autrement qu'avec le lait. Ici les règles sont précises. Tous les médecins sont d'accord. On sait que, dans les premiers mois de la vie, les organes anatomiques de la muqueuse intestinale ne sont pas suffisamment formés pour la digestion des féculents et qu'ils ne se constituent que par degrés. Ce n'est qu'au troisième ou au quatrième mois de la vie que les féculents peuvent être transformés et digérés par la muqueuse gastro-intestinale. Sous ce rapport on peut donc affirmer qu'il est dangereux de donner des bouillies, des panades et autres substances féculentes avant le quatrième mois. Pour moi, je ne commence qu'au cinquième.

Mais lorsque le moment est venu et qu'on commence à vouloir donner autre chose que du lait aux jeunes enfants, quel est le mode d'alimentation à adopter ?

La viande doit être sévèrement exclue. Tout au plus doit-on permettre le bouillon de poulet ou du bouillon de bœuf très faible. C'est le moment de commencer l'usage des potages féculents et des potages préparés avec les différentes substances farineuses connues. On peut employer l'arrow-root, le sagou, le manioc, ce qui se fait beaucoup dans nos colonies, la farine de riz ou de blé, la farine d'avoine de Morton, etc.

Des travaux entrepris sur la composition de la farin

(1) In *Paris Médical.*

d'avoine, il résulte que cette céréale renferme de la matière grasse, un *principe aromatique* qui a quelque rapport avec celui de la vanille, et qui donne à la graine fraîche une odeur qui enivre parfois les chevaux et l'homme. Journet a pu l'extraire au moyen de l'eau, puis de l'alcool.

D'après les travaux de Payen, de Franckland, la farine d'avoine possède l'*équivalent nutritif et calorifique* le plus élevé parmi les autres farines, et en outre contient le plus de fer.

D'après une analyse de Vogel, l'avoine contient :

Fécule	59
Albumine	4.30
Gomme	2.50
Sucre et principe amer	8.25
Huile grasse jaune verdâtre soluble dans l'alcool bouillant	2
Matière fibreuse	Q. V.

Davy, dans son analyse, y a trouvé 6 p. 100 de gluten, matière non signalée par Vogel.

Dans cette occurrence et pour fixer d'une façon plus précise la composition de cette farine, j'ai fait faire une analyse nouvelle par M. Brissonnet, interne de l'hôpital des Enfants-Malades et licencié ès sciences.

ANALYSE DE LA FARINE MORTON.

Pour 100 parties cette farine contient :

Eau			9.906
Substances protéiques.	Albumine soluble		2.10
	Albumine insoluble (gluten)		9.40
Matière grasse			6.525
Sucre			0.965
Gomme			1.57
Dextrine			1.324
Ligneux (son)			1.564
Amidon			64.57
Substances minérales (cendres).	Fer (ou oxyde ferreux 0.0186)	0.01456	2.076
	Chaux	0.09105	
	Magnésie	0.11652	
	Potasse	0.37833	
	Acide phosphorique (PhO^5)	0.46578	
	Silice (SiO^2)	0.37897	
	Acide sulfurique	0.09050	
	Acide chlorhydrique, soude, etc. (dosés par différence)	0.5383	
Azote total		1.614	

L'examen microscopique n'a montré que de l'amidon d'avoine.

BRISSONNET.

Comme on le voit d'après cette analyse faite avec tout le soin désirable, de façon à fixer la science sur la composition de la farine Morton, ce produit offre, pour l'alimentation des jeunes enfants, des avantages que l'on ne trouve pas au même degré dans les autres fécules habituellement en usage.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. FABRE.

Fréquence et dangers de l'intervention rénale dans les maladies (1).

II

Comment expliquer la gravité de ces complications rénales qui si souvent assombrissent le pronostic, entravent la guérison et hâtent la mort ?

L'explication est ici très facile à donner.

Toute lésion du rein peut devenir dangereuse non par elle-même et comme lésion, mais comme cause d'une perturbation fonctionnelle. Elle diminue ou supprime d'importantes fonctions.

Or le rein a une double mission à remplir. Il est chargé d'une sécrétion excrémentitielle, c'est-à-dire d'une dépuration, comme disaient les anciens. Il est de plus, dans une certaine mesure, régulateur de la circulation, à laquelle il enlève une certaine quantité de liquide, car toute admission d'urine peut être considérée comme une saignée aqueuse.

Dans les circonstances ordinaires et même dans un certain nombre de maladies, il n'y a pas grand mal à ce que le rein remplisse d'une manière incomplète sa double mission, de même qu'il n'y a pas danger quand les autres grands viscères, le foie et le poumon par exemple, fonctionnent d'une manière incomplète; la fonction elle-même et non pas la fonction de la totalité de l'organe est nécessaire à la vie.

Mais, dans certaines maladies, il est par contre absolument nécessaire que le rein fonctionne complètement et même qu'il fonctionne au delà de son activité normale. Dans certains cas, il faut que le rein fonctionne comme organe de dépuration; dans d'autres, qu'il fonctionne comme régulateur de la circulation.

Dans la première catégorie, nous trouvons toutes les maladies où la nutrition se fait mal, où des produits d'une assimilation imparfaite et d'une désassimilation hâtive encombrent l'organisme, maladies de nutrition dont la goutte est le type. Nous y trouvons aussi des maladies où des substances délétères empoisonnent l'organisme si elles ne trouvent une porte de sortie largement ouverte, groupe de maladies infectieuses auquel appartient la fièvre typhoïde.

La deuxième catégorie est constituée par les affections cardiaques, par celles du moins qui aboutissent à la cachexie cardiaque proprement dite, à la veinosité, à l'accumulation dans les organes d'un sang veineux qui les encombre et qui peut même les intoxiquer s'il n'y a pas dans le filtre rénal une élimination suffisante des résidus de la nutrition. Une altération matérielle et même un simple trouble fonctionnel du rein peut donc ici, vous le comprenez, être doublement nuisible.

Ajoutez à ces causes directes de danger l'action perturbatrice encore trop mal connue, mais, à mon avis, très importante, que le rein malade exerce sur le système vasomoteur, et vous comprendrez toute la gravité de l'intervention rénale dans une foule de maladies.

III

Pouvoir expliquer l'influence dangereuse des complications rénales dans certaines maladies, c'est quelque chose, mais ce n'est pas tout. Cette influence, il faut non seulement la

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 octobre 1883.

connaître, mais encore la reconnaître ou la diagnostiquer, et ce n'est pas toujours chose facile ; d'autant plus qu'il faut la reconnaître en temps opportun, avant que le danger n'ait éclaté, car ici lorsque le danger éclate, la mort est souvent très proche.

Le danger, remarquez-le bien, peut se manifester sans avoir été précédé de ces signes qu'on rencontre seulement dans les grosses lésions du rein : œdème, troubles oculaires, albuminurie.

Il se compose de deux éléments distincts : aggravation des phénomènes propres à la maladie primitive ; phénomènes directement produits par l'intoxication urémique. Ainsi les troubles diabétiques, ainsi les symptômes typhoïdes, ainsi les phénomènes cardiaques s'aggravent par l'accumulation dans le sang du glycose, des microbes ou des déchets organiques de la dothiénentérie, des éléments aqueux qui auraient dû être éliminés par le rein. Mais en même temps des phénomènes dits urémiques pourront se produire ; ce seront des symptômes nerveux, mais portant sur les centres nerveux, des phénomènes cérébraux, du délire, des convulsions, du coma ; ce seront parfois aussi des phénomènes bulbaires, des syncopes peut-être, des troubles respiratoires à coup sûr ; et c'est ainsi que des diabétiques, des cardiaques, des typhiques même meurent rapidement dans la dyspnée et le coma.

Il faut reconnaître la complication rénale avant qu'elle ait produit ces accidents terribles ; et pour y arriver vous avez deux moyens : l'étude des symptômes, l'analyse des urines.

Dans l'étude des symptômes, vous devez tenir grand compte de phénomènes avant-coureurs qui annoncent des dangers graves. Du côté des centres nerveux, ce sont des céphalalgies persistantes, des insomnies opiniâtres ou des sommeils irrésistibles, des accès de dyspnée mal justifiés par l'auscultation. Dans le système nerveux périphérique, ce sont certains refroidissements de la température des extrémités, un désaccord entre la température centrale relativement élevée et celle des extrémités relativement basse ; la paresse de la circulation capillaire, la lenteur dans le fonctionnement de la peau, cet auxiliaire infidèle des reins qui diminue son travail alors qu'il devrait travailler double. Notez encore certains phénomènes qui se passent du côté d'un autre suppléant du rein, le tube digestif où l'insuffisance du fonctionnement rénal produit souvent de la rougeur de la langue, des vomissements, de la diarrhée.

Dans l'analyse des urines, vous devez être pénétrés de l'idée que ce qu'il faut rechercher, c'est beaucoup moins la présence des éléments anormaux que la présence en quantité suffisante des éléments normaux, c'est-à-dire que vous devez examiner si le rein fonctionne d'une manière suffisante.

Sans doute la présence de l'albumine peut éveiller l'attention du praticien en lui montrant l'intervention de certaines néphrites. Il y a même, suivant la remarque de Bouchard, deux albumines : celle qui se rétracte par la chaleur et provient réellement d'une affection des voies urinaires ; celle qui ne se rétracte pas, provient d'un trouble de nutrition et disparaît vite. Mais ce qu'il faut que vous sachiez bien, c'est que le trouble organique ou fonctionnel du rein peut être dangereux sans albuminurie et que l'absence d'albumine dans les urines ne doit nullement écarter de votre esprit l'idée d'une complication rénale.

Règle générale : le rein ne fonctionne pas d'une manière suffisante s'il n'élimine pas chaque jour une quantité suffisante de matières liquides et solides. Pour apprécier l'élimination des liquides, vous n'avez pas besoin d'analyser l'urine, vous devez la mesurer ; pour apprécier l'élimination des solides, vous devez à la fois la mesurer et l'analyser, ou tout au moins en connaître à la fois la quantité et la densité.

Ce n'est pas cependant que cette double notion et même une analyse complète vous mette à l'abri de toute erreur. L'urine n'est pas seulement le produit de la sécrétion rénale ; elle est un résidu et, si je puis ainsi parler, un miroir de la nutrition. Dans certains cas, elle est augmentée en quantité et en densité, non pas parce que le rein fonctionne très bien, mais parce que la nutrition se fait très mal ; ce que l'on voit, par exemple, chez les diabétiques et les goutteux. Dans d'autres cas, par contre, sa densité descend à celle de l'eau, comme on le voit chez les chlorotiques et les nerveux, et sa quantité diminue jusqu'à la suppression presque complète, comme on le voit chez quelques hystériques. Il faut tenir compte aussi de l'influence de certaines altérations organiques sur certains éléments de l'urine : ainsi, dans les abcès du foie, nous avons vu l'urée diminuer d'une manière notable et l'acide urique augmenter. Il faut tenir compte enfin et surtout des ingesta et des excreta, du régime suivi par le malade, de l'état des autres sécrétions et du moment où l'urine est recueillie. Ces réserves nécessaires n'infirment nullement la valeur de l'examen des urines pour apprécier l'énergie fonctionnelle du rein, mais elles montrent de quelles précautions minutieuses il faut s'entourer en pareil cas.

IV

Et lorsque ces précautions ont été prises, lorsque le défaut de fonctionnement du rein a été constaté, certaines indications et contre-indications thérapeutiques se présentent.

Sans doute il est impossible de trouver un remède qui obvie à l'insuffisance fonctionnelle du rein dans tous les cas. Cependant, en règle générale, il convient de chercher un diurétique qui active la sécrétion sans favoriser l'inflammation. Le lait est ce diurétique. Après le lait, vous avez, parmi les aliments, les oignons, et parmi les médicaments, l'infusion de feuilles de digitale.

Telle est l'indication. La contre-indication concerne les aliments azotés pris en quantité trop grande et qui pourraient empoisonner l'organisme en poussant à l'urémie. Elle concerne aussi l'emploi de tous les médicaments susceptibles de devenir toxiques et qui, ne s'éliminant plus par le rein, peuvent s'accumuler dans l'organisme. Elle concerne enfin tous les agents susceptibles d'enflammer le rein et d'en suspendre le fonctionnement : tels sont les vésicatoires.

Supposez maintenant qu'un homme plus ou moins obèse, arthritique dans le sens le plus large du mot, c'est-à-dire atteint de nutrition retardante, diabétique peut-être, albuminurique à coup sûr, ait une inflammation profonde, au voisinage du cœcum par exemple. Si cette inflammation est diffuse, sans collection manifeste de pus, la chirurgie vous conseillant déjà de ne point agir, la médecine vous défend d'intervenir et l'abstention chirurgicale sera conforme à toutes les règles de l'art.

Mais si ce malade, dont l'organisme est encombré par des produits de désassimilation de matières azotées qui ne trouvent pas un dégagement suffisant dans des reins albuminuriques, au lieu de s'imposer la diète lactée dans toute sa rigueur, va manger des ailes de bécasse, évidemment il

nourrit son inflammation et la rend plus dangereuse. Cette inflammation paraît alors réclamer les révulsifs ; si vous croyez devoir recourir aux vésicatoires, laissez-les fort peu, ne donnez pas à la cantharide le temps d'être absorbée, sinon vous aggraveriez l'inflammation rénale et vous verriez se produire l'accident qu'en pareil cas Verneuil a vu se développer à la suite d'une simple piqûre, l'érysipèle phlegmoneux. Faites mieux encore, ne recherchez pas l'action révulsive du vésicatoire, vous pourriez en souffrir plus encore que le malade. Vous voyez, par cet exemple, combien, dans certains cas, il importe de connaître la gravité des complications rénales, afin sinon d'en prévenir, du moins d'en prévoir les dangers.

J'insiste surtout sur l'abstention des substances azotées qu'on administre si souvent chez les arthritiques et dans des affections diverses, sous prétexte qu'il faut combattre l'anémie. Rappelez-vous que beaucoup d'anémies, — je précise : d'anémies globulaires, — ne sont que des intoxications. C'est ainsi qu'il y a des anémies saturnines, des anémies palustres, des anémies goutteuses, bien différentes des cachexies. Si dans une anémie saturnine vous prescrivez des matières azotées, du jus de viande par exemple, vous n'attaquerez pas le mal dans sa cause, et la moindre dose d'iodure de potassium ferait bien mieux votre affaire ; l'anémie résistera, elle n'empirera pas. Mais si chez des sujets arthritiques vous donnez du jus de viande, vous n'attaquerez pas le mal dans sa cause, vous favoriserez la cause du mal, l'anémie persistera et même elle empirera ; elle empirera d'autant plus que la fonction rénale amoindrie éliminera, en moins grande quantité, les substances azotées. Combien de chloroses arthritiques n'ont-elles pas été gorgées de jus de viande en pure perte ! Pour le diabète, votre conduite sera différente suivant qu'il y aura ou non de l'albuminurie et de l'oligurie, que le rein fonctionnera régulièrement ou d'une manière incomplète. Dans le premier cas, le régime antidiabétique pourra ne pas être suivi avec une grande rigueur, la glycémie ne sera pas trop à craindre et il faudra même songer à remplacer les déperditions de l'organisme. Dans le second cas, par contre, le régime azoté avec abstention complète des féculents sera nécessaire pour éviter l'encombrement de l'organisme ; la diète lactée aura le double avantage de nourrir suffisamment le malade et d'activer le fonctionnement rénal.

A côté de ces indications et contre-indications majeures, il y a les indications et contre-indications accessoires. La règle est de favoriser toutes les sécrétions capables de suppléer en partie à la sécrétion rénale, c'est-à-dire les sécrétions cutanées et intestinales. Les sudorifiques, et à leur tête le sureau, le jaborandi en injections ou à l'intérieur, peuvent rendre quelques services ; j'ai même employé, non sans succès, l'acétate d'ammoniaque, bien qu'on ait rattaché l'urémie à l'intoxication ammoniacale. Les purgatifs hydragogues et même, au besoin, drastiques, comme l'eau-de-vie allemande, voilà des remèdes à utiliser.

La contre-indication ici, la raison non pas d'agir mais d'attendre, est basée sur la nécessité de respecter certaines hypersécrétions habituelles, surtout ces vieilles diarrhées qui, chez les goutteux et les vieillards, suppléent à l'insuffisance de la fonction rénale.

Enfin, dans chacune des maladies où la complication rénale se produit, il convient de choisir entre les divers remèdes que je vous ai énumérés. Pour la goutte, le lait, le régime non azoté, les eaux de Contrexéville qui lavent les voies urinaires. Pour le diabète, encore le lait et redoubler de sévérité dans l'abstention des féculents. Pour les fièvres, le lait coupé, surtout si la langue est rouge ; les purgatifs salins, surtout si la langue est saburrale ; ne pas abuser des bains froids et des applications froides ; user modérément de l'acide salicylique, qui peut diminuer l'urine, mais favorise la sueur ; employer au besoin quelques petites doses de digitale comme diurétique et fébrifuge. Pour le cancer utérin, point de diurétiques, parce qu'il y a obstruction de l'uretère, mais quelques purgatifs et quelques sudorifiques. Dans l'ictère grave, les acides minéraux étendus sont les diurétiques qui m'ont le mieux réussi ; les limonades nitrique et sulfurique combattent à la fois l'état hépatique et l'état rénal. Pour les affections cardiaques, il faut le lait, la digitale, les hydragogues. En cas de traumatisme, il faut la chirurgie conservatrice ou tout au moins, s'il y a nécessité d'opérer, la chirurgie précédée et suivie d'un traitement médical. Enfin, en obstétrique et en pathologie cutanée, l'insuffisance rénale réclame le lait et les diurétiques, moyens qui, vous le voyez, dans bien des circonstances, ont leurs indications rationnelles et leur utilité pratique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre 1883. — Présidence de M. Millard.

COMMUNICATIONS

La trachéotomie dans la phtisie laryngée. — M. **Gouguenheim** communique l'observation d'un malade atteint de phtisie laryngée et qui était sur le point de succomber lorsque M. Dujardin-Beaumetz, dans le service duquel il se trouvait alors, lui fit la trachéotomie. A la suite de cette opération, ce malade, bien que déjà arrivé à une période avancée de la tuberculose, se trouva singulièrement amélioré et M. Dujardin-Beaumetz l'envoya dans le service de son collègue M. Gouguenheim, où il vécut encore pendant six semaines après l'opération. Ce malade ayant fini par succomber aux progrès de la tuberculose, voici ce qu'on trouva à l'autopsie : il y avait de nombreuses et volumineuses végétations tuberculeuses sur le larynx dont le calibre était presque entièrement bouché, de telle sorte qu'au moment où fut faite la trachéotomie, la suffocation était imminente. Il y avait également de l'adénopathie trachéo-laryngienne et, à cette occasion, M. Gouguenheim fait observer qu'il existe en cette région de nombreux ganglions qui n'ont encore été décrits par aucun anatomiste et que l'hypertrophie de ces ganglions, en comprimant le nerf récurrent, peut amener des accidents très redoutables.

Dilatation stomacale. — M. **Dujardin-Beaumetz** fait observer que depuis quelque temps l'attention se trouve appelée sur certaines affections de l'estomac par suite de l'intervention chirurgicale à laquelle elles ont donné lieu de la part de chirurgiens allemands, en particulier de Billroth, et plus récemment encore à l'occasion de la maladie d'un personnage illustre. Il y a là, dit M. Beaumetz, tout un chapitre à faire sur ce que l'on pourrait appeler les faux cancers de l'estomac.

M. Dujardin-Beaumetz communique l'histoire d'un malade qui vomissait absolument tout ce qu'il prenait et qui avait un estomac extrêmement dilaté, comme dans les cas qui ont été désignés par les Allemands sous le nom de sténose cicatricielle du pylore. Ce malade, sous l'influence du lavage de l'estomac avec le tube Faucher, alla beaucoup mieux et put sortir de l'hôpital. Aussitôt parti de l'hôpital, il cessa ses lavages et se mit à prendre une quantité de pilules suisses. Il rentra presque aussitôt à l'hôpital, atteint d'une diarrhée très abondante, fut pris peu de temps après de tétanie généralisée et mourut, en vingt-quatre heures, asphyxique.

Le diagnostic porté, dans ce cas, par M. Dujardin-Beaumetz,

avait été le suivant : ulcère de l'estomac ou du duodénum ayant amené une bride cicatricielle, et, conséquemment, un rétrécissement et la dilatation stomacale. L'autopsie confirma ce diagnostic. Elle montra tout d'abord, fait intéressant au point de vue de l'intervention chirurgicale, que, dans ces cas, les rapports habituels de l'estomac se trouvent tout à fait modifiés. L'estomac, en effet, chez ce malade, descendait dans la cavité abdominale qu'il remplissait presque entièrement. Il n'y avait pas de cancer, mais il existait, dans le duodénum, un rétrécissement dont l'examen histologique fera connaître la nature.

En présence des faits de ce genre, on peut dire qu'il n'existe pas aujourd'hui, en dehors de l'existence d'une tumeur appréciable, de signes positifs de l'existence d'un cancer de l'estomac.

M. **Debove** croit que le nombre des faux cancers de l'estomac est beaucoup plus considérable qu'on le croit. Il cite l'exemple d'une dame âgée de plus de soixante-dix ans qui, à un moment donné, a présenté tous les signes caractéristiques d'un cancer de l'estomac; il n'y avait pas l'ombre d'un doute sur le diagnostic. Or cette malade va beaucoup mieux aujourd'hui et voilà plus d'un an qu'elle vit; il ne s'agit donc pas de cancer.

M. **Millard** a vu un nombre considérable de faits analogues à celui que vient de citer M. Debove. Bien des fois il a pu réformer le diagnostic de cancer à l'aide des trois signes suivants : l'abondance des vomissements sanguins, la longue durée de la maladie, les variations de poids. Quand un malade présente des signes de cancer stomacal, M. Millard le soumet à la diète lactée et se garde d'abuser du lavage; si après un certain temps le malade augmente de poids, s'il vit seulement un ou deux ans, M. Millard croit qu'on peut affirmer qu'il n'existe pas de cancer et qu'il s'agit d'une gastrite chronique. L'épaississement de la paroi stomacale peut donner lieu à une sensation de tumeur, de telle sorte que même lorsqu'on sent une tumeur, même lorsqu'il y a des évacuations sanguines, pour peu que la maladie dure un certain temps et que le malade augmente de poids, on peut affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cancer.

Nodosités rhumatismales éphémères. — M. Troisier fait une communication sur l'apparition soudaine, dans le cours du rhumatisme, de nodosités se produisant dans les tissus fibreux, soit autour des articulations, soit dans la continuité des membres, soit sur le périoste des os du crâne. M. Jaccoud, dans son *Traité de pathologie interne*, M. Meynet, dans un article du *Lyon médical*, un auteur allemand, en 1879, avaient déjà appelé l'attention sur ces faits lorsqu'il y a deux ans M. Troisier observa un cas semblable sur un homme de quarante-cinq ans, ayant eu deux attaques de rhumatisme articulaire dans le cours desquelles apparurent de petites bosses sur le front. Il était en convalescence lorsqu'il fut repris une troisième fois et vit apparaître de nouveau ces nodosités sur la face postérieure du crâne, sur le front. Huit jours après, toutes ces nodosités avaient complètement disparu et le malade était guéri.

Il y a quelques mois, M. Troisier eut l'occasion d'observer un autre fait du même genre. Il s'agissait, cette fois, d'un jeune homme de vingt-huit ans, qui entra le 19 mars, à l'hôpital, avec tous les caractères d'un rhumatisme assez grave, avec anémie rhumatismale, souffle cardiaque, etc. Le 16 avril, apparut sur le poignet, au niveau du tendon des fléchisseurs, un chapelet de petites nodosités. Au crâne, il n'y avait rien. Le lendemain 17, on en trouva sur le crâne de grosses comme des haricots. Le surlendemain, on en comptait une trentaine sur la surface du crâne. Quinze jours après, tout avait disparu; il n'en restait qu'une seule sur une rotule.

Guérin, Reille, avaient déjà signalé des faits analogues. Un auteur anglais en rapporte 27 observations sous le nom de nodules sous-cutanés, en rapport avec le tissu fibreux, chez les enfants atteints de rhumatisme ou de chorée. Herard en cite un exemple, etc.

Ces nodosités sont formées par des saillies plus ou moins prononcées apparaissant au-dessous de la peau qui glisse sur elles, adhérentes aux parties sous-jacentes, se développant dans le périoste, soit au crâne, soit sur les membres, d'une consistance très dure, si dure qu'on a pu croire, dans certains cas, avoir affaire à des exostoses, cependant d'une consistance plutôt élastique ou cartilagineuse qu'osseuse. La peau n'est ni rouge, ni œdématiée, ni douloureuse à leur niveau. Elles ne sont pas non plus spontanément douloureuses; elles le sont sous l'influence de la pression; leur nombre est variable. Elles apparaissent brusquement et disparaissent plus lentement. Elles ont leur siège dans le tissu fibreux; leur structure est conjonctive et fibreuse. On peut les considérer comme le résultat d'une hyperplasie du tissu fibreux. Le diagnostic est facile; elles ne pourraient être confondues qu'avec des gommes et la confusion ne saurait se prolonger.

M. Féréol a décrit cette affection à l'occasion d'un cas qu'il a observé et il la fait rentrer dans le cadre des œdèmes rhumatismaux. M. Troisier ne partage pas cette opinion.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 octobre 1883, le terrain appartenant à l'État, sis à Paris, en bordure des rues de l'Observatoire, des Chartreux et Michelet, et concédé, par décret du 20 septembre 1883, à titre provisoire, au ministère de l'instruction publique, pour l'installation de l'institut de chimie de la Faculté des sciences de Paris, est affecté, à titre définitif, à l'Académie de médecine.

L'Académie de médecine entrera en jouissance dudit emplacement dès qu'il sera possible de transférer le service de chimie sur les terrains de la Sorbonne.

— Par décret, en date du 27 octobre 1883, M. Margottet, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Dijon, en remplacement de M. Ladrey, admis à la retraite, sur sa demande, à partir du 1er novembre 1883, et nommé professeur honoraire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Il sera délivré gratuitement, à chaque étudiant inscrit à la Faculté, en vue de l'obtention d'un grade, une carte d'inscription. Cette carte sera renouvelée au commencement de chaque année scolaire contre la remise de la carte de l'année précédente.

En cas de perte, le titulaire devra en faire la déclaration écrite à M. le doyen ou à M. le secrétaire de la Faculté, pour obtenir un duplicata, s'il y a lieu.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Looten est chargé, pendant l'année scolaire 1883-1884, des fonctions de maître de conférences sur les maladies des enfants.

— Le concours des prix de l'internat s'ouvrira samedi prochain 3 novembre.

— *Choléra.* La recrudescence de l'épidémie s'accentue à Alexandrie; la mortalité cholérique a été de 7, 8 et 12 décès dans les journées du 25, du 26 et du 27 octobre.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Les concours de l'internat et de l'externat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Suzanne, Rabaine, Auché, Tronchet, Farganel, Tricot, Chevalier, Aubin.

Internes provisoires : MM. Girard, Canaque, Charazac, Boisvert.

Externes : MM. Larauza, Audebert, Jarjavay, Jeannot, Morange, Issoulier, Tessier, Petit, Rivière, Dichas, Eydon, Rey, Chanteloube, Arrout, Bodeau.

— L'École d'anthropologie ouvrira, le samedi 3 novembre 1883, à trois heures, au siège de la Société d'anthropologie, 15, rue de

l'École-de-Médecine. Les cours publics se succèderont dans l'ordre suivant :

M. de Mortillet. — Anthropologie préhistorique, les lundis à quatre heures, à partir du 5 novembre.

M. Topinard. — Anthropologie générale, les mardis et samedis à trois heures, à partir du samedi 3 novembre.

M. Mathias Duval. — Anthropologie zoologique, les vendredis à cinq heures, à partir du 9 novembre.

M. Dally. — Ethnologie, les mercredis à quatre heures, à partir du 7 novembre.

M. Bordier. — Géographie médicale, les samedis à cinq heures, à partir du 10 novembre.

— M. le docteur Gautrelet est nommé médecin du lycée de Dijon, en remplacement de M. le docteur Brulet, décédé.

— M. le docteur Gallerand, chargé des fonctions de médecin-adjoint au lycée de Marseille, est nommé médecin-adjoint audit lycée.

— M. le docteur Danthon, médecin du collège de Montluçon, est nommé médecin du lycée de Montluçon (emploi nouveau).

— M. le docteur Cartaz, ancien interne des hôpitaux, ouvrira sa clinique des maladies du larynx et du nez, le 1er novembre, 29, rue des Petits-Carreaux.

Consultations les mardis et samedis, à neuf heures et demie du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15250.

34

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate », — de chaux	sesqui-oxyde de fer	0.44
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

136

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions dfificiles.

Boites de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boites de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

94

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

7

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

2

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : Lebeault, Mayet et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

12

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Vin et Huile de foie de Morue

CRÉOSOTÉS du Dr G. Fournier.

0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,05.

Seules récompensées à l'Exp. univ. de Paris, 1878

Pharm. de La Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — Exiger la signature.

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.— Prix: 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

172

Huile DE FOIE DE MORUE de Godin

au benzoate de fer.

M. le dr Bazin apprécie ainsi cette préparation : « Cette huile est mieux supportée par les malades que l'huile de foie de morue et le sirop « de fer administrés séparément ou combinés « ensemble; son action est plus efficace que celle « de ces deux agents donnés séparément. »

Paris, 96, faub. St-Martin, et toutes pharmacies.

73

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

123

Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Etablissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu: 5 médailles d'or et 3 grands diplômes d'honneur.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assurent l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

33

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

19

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh Dethan

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

70

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisant au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

103

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

177

PHTISIE, ANÉMIE, RACHITISME.

Vin de Barabeau

PEPTONE ARSÉNIO-PHOSPHATÉE.

10 gr. viande, 1 gr. bi-phosphate de chaux arsénié par cuillerée à bouche.

Reconstituant énergique, entièrement assimilable,

Paris, Carmouche, 19, rue Vieille-du-Temple. — Angoulême, Barabeau, phen-chimiste, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

90

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIERS-PARIS. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. Résection sous-périostique de l'humérus et des os de l'avant-bras. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

Paris, le 2 novembre 1883.

Nous recevons communication de la lettre suivante, adressée par M. le docteur A. Després, chirurgien de la Charité, à M. le préfet de la Seine :

« Paris, le 31 octobre 1883.

Monsieur le Préfet,

Le Conseil de surveillance des hôpitaux vient de voter la laïcisation *immédiate* de l'hôpital Necker.

Ce vote est un simple avis dont M. le directeur de l'Assistance publique a le droit de ne tenir aucun compte. La loi de 1849 établit que le directeur de l'Assistance publique est sous la haute direction du préfet de la Seine, qui lui-même dépend du ministre de l'intérieur.

Si donc M. Quentin, directeur de l'Assistance publique, compromettant de nouveau les intérêts qu'il est chargé de sauvegarder, tient compte de ce vote, il n'y a plus ni loi ni gouvernement, il n'y a plus que M. Quentin, directeur de l'Assistance publique, instrument aveugle des actes de folie en commun dont le Conseil municipal nous donne périodiquement le spectacle.

Il y a lieu toutefois d'espérer que ce vote sera ramené à sa juste valeur. Le gouvernement doit savoir que la composition du Conseil de surveillance, élaborée, grâce à la faiblesse de feu Hérold, entre l'administration et M. Bourneville (ce dernier, en effet, a introduit dans le Conseil l'imprimeur peu connu d'un journal dont il est rédacteur), laisse à désirer. Presque tous les membres nommés directement par la préfecture ne connaissent nullement les hôpitaux et n'ont ni cette autorité, ni cette notoriété qui étaient jadis recherchées. D'ailleurs le Conseil n'ignore pas qu'une surveillante laïque d'un hôpital laïcisé depuis moins d'un an, l'hôpital Tenon, a été condamnée, il y a peu de temps, pour homicide par imprudence sur une malade confiée à ses soins. Si cet enseignement ne suffit pas au Conseil, à défaut de beaucoup d'autres, le Conseil de surveillance est moralement déchu de toute autorité, et le vote qu'il a émis à une très faible majorité éclaire le gouvernement.

Il est impossible, Monsieur le Préfet, que nous soyons réduits à voir le riche, seul, libre de se donner une bonne garde-malade, c'est-à-dire une religieuse, et le pauvre contraint de subir dans les hôpitaux des soins mercenaires insuffisants, pour l'unique satisfaction de quelques politiciens qui n'ont même pas eu le courage de venir discuter, loyalement, en public, entre républicains et libres penseurs, leurs obscurs projets.

Vous pouvez, Monsieur le Préfet, vous appuyant sur l'opinion motivée des médecins et chirurgiens exprimée publiquement, vous opposer à l'exécution de pareilles mesures. Une enquête a été faite il y a quelques mois, et le gouvernement sait aussi bien que nous que les vrais noms de la laïcisation sont : la désorganisation et le désordre.

Veuillez agréer, etc.

Dr A. DESPRÉS,
Chirurgien à l'hôpital de la Charité, etc. »

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la séance du 26 décembre dernier, M. le professeur Bouchard communiquait à l'Académie, tant en son nom qu'en celui de MM. Capitan et Charrin, les résultats de recherches faites en commun touchant la nature de la morve. Les résultats de ces recherches n'étaient autres que la découverte du microbe de la morve, non seulement dans les produits morveux où MM. Christot et Kiéner (de Berlin) l'avaient déjà trouvé, non seulement encore dans les parties exposées à l'air, telles que les ulcérations nasales et les abcès pulmonaires, mais aussi dans les tissus non exposés à l'air, tels que les ganglions, la rate, le foie, etc.; enfin la culture de ce microbe dans des solutions neutralisées d'extrait de viande et la transmission de la maladie à l'aide de ces liquides de culture. « Si nous n'avons pas été victime, dans nos opérations et dans nos interprétations, de quelque cause d'erreur que nous ne soupçonnons pas, disait alors M. Bouchard, la morve serait la seconde maladie virulente de l'homme dont la nature parasitaire serait démontrée, cette démonstration n'ayant été faite jusqu'à ce jour que pour le charbon parmi les maladies virulentes qui atteignent l'espèce humaine. » Et pour montrer que toutes les mesures pour éviter l'erreur avaient été effectivement prises, M. Bouchard avait le soin d'ajouter que ses collaborateurs et lui avaient eu la précaution d'inoculer ces seuls microbes développés en dehors de l'organisme malade dans les solutions neutralisées que nous venons d'indiquer, à l'aide d'ensemencements successifs, jusqu'à la huitième culture, des expériences préalables ayant démontré que la première et la deuxième culture gardaient la propriété virulente du pus morveux, et, par conséquent, sans mélange

possible, ou du moins probable, avec aucune particule provenant du corps de l'animal morveux.

Nous rappelons cette dernière circonstance des expériences de MM. Bouchard, Capitan et Charrin, avec une certaine insistance, parce qu'elle nous paraît répondre d'avance aux objections qui y ont été faites à l'Académie par M. Colin.

C'est, en effet, dans cette séance, que M. Bouley est venu lire à l'Académie le rapport qu'il avait été chargé de faire sur cette communication. Dans ce rapport, comme sait les faire M. Bouley, non seulement les expériences sont relatées avec une clarté et une netteté parfaites, mais le fait important qu'elles sont destinées à démontrer y est mis en pleine lumière et présenté comme un nouveau témoignage éclatant en faveur de la doctrine microbienne.

M. Colin n'a pas été de cet avis, il ne s'est associé ni aux convictions exprimées par M. Bouley, ni aux éloges décernés aux auteurs des expériences. Non seulement ces expériences ne l'ont pas convaincu, mais il y voit des sujets de doute et de critique. Nous avouerons qu'en entendant la lecture du rapport et en particulier l'exposé de quelques-unes des expériences faites sur les cobayes et les chats, l'idée nous est venue tout d'abord que les caractères de la morve n'y étaient pas peut-être cliniquement bien démontrés ; mais nous n'avons pas tardé à revenir sur cette première impression lorsque nous avons entendu le complément de ces expériences, c'est-à-dire la contre-épreuve par l'inoculation des microbes provenant des cultures successives des produits recueillis sur ces animaux aux grands animaux, le cheval et l'âne, ou en d'autres termes, lorsque M. Bouley nous a fait assister à la fermeure du cercle désormais complet de l'expérimentation.

Devant ce fait, les objections de M. Colin nous ont paru réduites à peu près à néant. Nous trouvons également dans le travail de MM. Bouchard, Capitan et Charrin la réponse toute faite d'avance à l'objection de M. Colin relative au petit nombre de cultures par rapport à la longue persistance de la virulence du pus morveux. Cette objection avait été prévue et prévenue, en effet, par les expérimentateurs, qui n'ont inoculé le produit qu'après la huitième culture, si notre mémoire nous sert bien, c'est-à-dire après s'être assurés qu'il ne pouvait plus subsister dans le liquide un seul des microbes primitifs provenant des matières recueillies, mais uniquement des microbes de culture.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Résection sous-périostique de l'humérus et des os de l'avant-bras.

J'ai aujourd'hui une pièce anatomo-pathologique fort intéressante à faire passer sous vos yeux, car elle est le résultat de la seconde ou de la troisième résection sous-périostique qui ait été pratiquée suivant le procédé de M. Ollier. Ces résections ont une importance considérable par leur bénignité, par leur innocuité et par les résultats auxquels elles donnent lieu ultérieurement. En effet, les malades qui ont été opérés par le procédé de M. Ollier n'ont généralement qu'une déformation à peine sensible de leur membre, ils recouvrent leur habileté passée à s'en servir et celui-ci conserve ses fonctions.

La femme à laquelle appartient la pièce anatomique que vous voyez sur cette table et dont M. Nepveu a très bien rendu, sur le tableau, les différentes particularités, les rapports des os entre eux, les insertions musculaires et ligamentaires, la forme de l'articulation, etc., entra, pour la première fois, à l'hôpital Lariboisière, en 1867 ou 1868. Elle était scrofuleuse et présentait une ostéo-arthrite du coude, ainsi que des abcès de la paroi thoracique. Je la soumis d'abord au traitement anti-scrofuleux, et si sous ce rapport notre thérapeutique est riche en médicaments, cependant, il faut bien le dire, elle ne nous donne, dans les hôpitaux, que de bien maigres résultats.

Le premier, en France, je pratiquai, sous la direction de mon excellent ami Ollier, la résection sous-périostique ; les conséquences en furent superbes. Aussi, encouragé par le succès, je proposai à ma jeune malade de lui faire subir la même opération. Elle l'accepta sans hésitation ; cependant, avant de la pratiquer et afin de m'assurer mieux encore toutes chances de réussite, je cherchai à améliorer son état général en l'envoyant à Berck-sur-Mer passer quelque temps. J'insiste là-dessus, car il est nécessaire, avant de procéder à une opération et même après que l'opération a été faite et que les soins consécutifs nécessaires ont été donnés, il est nécessaire, dis-je, d'en assurer les résultats en joignant une excellente hygiène à une bonne thérapeutique.

Cette malade alla donc passer plusieurs mois à l'établissement de Berck-sur-Mer et revint à Paris dans de bonnes conditions. La fistule des parois thoraciques était guérie ; la fistule du coude correspondant à l'ostéo-arthrite, seule, persistait encore. C'est alors que je pratiquai la résection sous-périostique. Mais pour faire cette opération il faut que le périoste soit conservé, de même que pour faire un civet il faut un lièvre. C'est ainsi que dans les points où le périoste existait j'ai obtenu la régénération osseuse, mais là où le périoste avait disparu l'os ne s'est pas reproduit ; de telle sorte que l'articulation s'est très bien refaite là où le périoste existait, et qu'elle n'a pu se compléter là où il faisait défaut. Dans ma résection, j'ai enlevé 3 centimètres de longueur de l'humérus et 3 centimètres également de chacun des os de l'avant-bras. Le résultat de l'opération a été, par suite, que la tête du radius et l'extrémité supérieure du cubitus se sont parfaitement reproduits et en totalité, tandis que l'extrémité inférieure de l'humérus ne s'est refaite qu'en partie. Ainsi l'épicondyle a été complètement régénéré, tandis que la trochlée et l'épitrochlée sont représentées par un simple petit noyau osseux. Par contre, l'olécrane est très solide et la tête du radius est à peu près normale.

L'axe du bras et celui de l'avant-bras ne correspondant pas complètement, il se fit une subluxation. Les mouvements de flexion et d'extension étaient complets, et la pronation ainsi que la supination existaient encore, parce que, dans le procédé de M. Ollier, tous les muscles sont conservés intacts.

Notre malade a pu ainsi se servir de son bras avec une très grande dextérité et remplir pendant plusieurs années, à l'hôpital des Enfants-Malades, les fonctions d'infirmière. Chargée de l'épilation des enfants, ce qui est très fatigant et demande une certaine adresse, elle s'en acquittait néanmoins avec beaucoup d'habileté.

Au premier abord, l'articulation paraît bizarrement constituée, par suite de l'écartement d'un centimètre qui existe entre les os de l'avant-bras et l'humérus, et le membre supérieur avait quelque peu l'aspect d'un fléau. Mais dès que cette femme remuait le bras, elle contractait son triceps et son brachial antérieur, de façon à obtenir la coaptation

des os. La pronation et la supination devenaient alors faciles et l'articulation était solide.

En 1878 ou 1879, la jeune fille, devenue femme, se mariait, et malheureusement elle devenait enceinte, car la grossesse fut le signal du réveil de l'affection tuberculeuse endormie depuis douze ans. Des abcès se développèrent dans le dos, c'est-à-dire dans le voisinage de l'ancienne carie costale. Grâce à de bons soins cependant, les accidents furent encore une fois enrayés et, quelques mois plus tard, elle reprenait son service. Mais le mariage devait lui être fatal en la rendant enceinte de nouveau. En effet, pendant le cours de cette seconde grossesse, elle se plaignait de douleurs lombaires ; des phénomènes de carie vertébrale apparurent, une collection purulente se forma dans la fosse iliaque droite, accompagnée de douleurs qui simulaient une coxalgie. En même temps la malade vomissait souvent, elle toussait continuellement, des phénomènes aigus se manifestaient du côté de la poitrine, elle se cachectisait rapidement et, cinq mois après être accouchée de son second enfant, elle succombait.

Le traumatisme puerpéral avait agi comme tout traumatisme, de quelque nature qu'il soit, en donnant une impulsion rapide aux lésions du rachis et des poumons.

Je l'avais suivie, pour ainsi dire, depuis sa première maladie, depuis l'opération de résection sous-périostique que j'avais pratiquée sur elle, car elle était entrée à la Pitié comme infirmière, il y a cinq ans environ, après avoir passé plusieurs années à l'hôpital des Enfants. Pendant ce temps elle avait fait une chute sur le coude et malgré la violence de la contusion il n'était survenu aucun accident.

Ainsi ce qu'il y a surtout d'intéressant dans le fait que je viens de résumer, dans l'histoire de notre malade, c'est la reconstitution partielle de l'articulation au point de vue anatomique, c'est aussi sa reconstitution physiologique, c'est-à-dire au point de vue de son fonctionnement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 octobre 1883. — Présidence de M. A. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend des lettres du Ministre du Commerce relative à la vaccine et à des remèdes secrets.

M. le Secrétaire donne lecture d'un pli cacheté déposé par M. Albert Calmettes, relatif à un appareil de son invention pour la pulvérisation des liquides antiseptiques.

RAPPORTS

De la portion brachiale du nerf musculo-cutané. — **M. Mathias Duval** lit un rapport sur cette question, qui a fait l'objet d'un mémoire envoyé par M. Testut.

Dans la première partie de ce travail, il étudie les nombreuses anomalies du nerf musculo-cutané, et en déduit une description générale, moyenne pour ainsi dire, surtout relativement aux rameaux que ce nerf donne aux trois muscles antérieurs de l'avant-bras.

Dans la seconde, l'auteur cherche à expliquer ces anomalies, à les ramener à une loi générale : dans ce but, il a disséqué 105 nerfs musculo-cutanés et a examiné les différentes dispositions de ce nerf sur un très grand nombre de mammifères. Parmi les anomalies constatées chez l'homme, M. Testut a observé 6 fois sur 105, le nerf musculo-cutané absent, ou plutôt fusionné avec le médian. Cette fusion est la règle chez la plupart des mammifères. D'autre part, contrairement à l'opinion classique qui considère le filet anastomotique entre le musculo-cutané et le médian comme partant du médian pour aboutir au musculo-cutané, M. Testut a pu se convaincre, par ces recherches, que c'était l'inverse qui, le plus souvent, avait lieu.

Il résulte de ces faits que l'on doit désormais considérer, avec l'auteur, le nerf musculo-cutané non plus comme un nerf distinct, mais seulement comme un gros rameau du nerf médian.

La morve et son microbe. — **M. H. Bouley** lit un rapport sur une note communiquée à l'Académie de médecine sur la culture du microbe de la morve et sur la transmission de la maladie à l'aide des liquides de culture, par MM. Bouchard, Capitan et Charrin.

La grande doctrine que la contagion est « fonction d'un élément vivant » sous quelque forme qu'elle se manifeste, dans le règne végétal aussi bien que dans le règne animal, vient de recevoir une nouvelle et éclatante confirmation des recherches sur la nature de la morve, dont M. le professeur Bouchard et ses deux collaborateurs, MM. Capitan et Charrin, ont fait connaître les résultats dans cette note.

Ces recherches démontrent, en effet, que la morve doit être rangée dès maintenant et d'une manière définitive dans la catégorie des maladies microbiennes, car son microbe a pu être vu, saisi, captivé, cultivé dans des milieux appropriés, et reconnu tout aussi actif, comme élément de la virulence après une série de cultures successives, que la matière virulente puisée directement dans les lésions propres à la morve et inoculée en nature à des organismes susceptibles.

La preuve est donc complète. Le microbe seul, dépouillé de toute gangue organique par des cultures successives qui l'épurent et permettent de le voir seul à son œuvre dans les organismes où on l'ensemence, le microbe seul donne lieu à la manifestation de la morve caractérisée par tous ses symptômes et toutes ses lésions, tout aussi sûrement que lorsque la morve procède de la matière virulente, inoculée à l'état de nature.

Voilà donc un nouveau pas qui vient d'être fait dans le domaine de la microbie.

Après avoir saisi cette occasion de mettre en relief la grande part qui revient à M. Chauveau dans la solution du problème de la nature intime de la virulence, M. le rapporteur analyse les faits contenus dans la note (voir la relation de ces expériences dans le numéro du 26-28 décembre 1882), qu'il rapproche ensuite d'un exposé sommaire de recherches semblables, qui ont été faites à l'Institut impérial d'hygiène de Berlin, et il conclut dans les termes suivants :

Voilà donc une vérité décidément acquise.

La morve est une maladie microbienne. Si le mérite de la démonstration expérimentale de ce fait si important au point de vue de l'histoire générale de la virulence revient, pour une part qui semble égale, à MM. Bouchard, Capitan et Charrin d'un côté, et de l'autre à MM. Schütz et Loffler, ce n'est que justice d'associer à cette œuvre, comme M. Bouchard l'a fait dans sa note, les noms de MM. Christot et Kiéner, qui, les premiers, ont signalé, en 1868, la présence des microbes dans les produits morveux.

En résumé, deux faits principaux ressortent de la communication faite à l'Académie par MM. Bouchard, Capitan et Charrin au mois de décembre dernier.

Le premier est la constatation confirmée de la présence constante dans les lésions de la morve d'un bacille signalé en 1868 par MM. Christot et Kiéner.

Le deuxième est la démonstration expérimentale que ce bacille isolable de la gangue organique, cultivable en dehors d'elle dans un milieu de culture approprié, est bien et exclusivement l'élément de la virulence de cette maladie, c'est-à-dire en constitue, à proprement parler, l'essence.

De pareils résultats marquent un travail d'un caractère d'assez grande originalité pour que votre commission croie devoir proposer, à l'Académie, de lui réserver une place dans ses mémoires.

Telles sont les conclusions de la commission.

M. Colin demande la parole. Il déclare n'être pas aussi facile

à convaincre que M. Bouley. Les expériences rapportées dans la note qui vient d'être analysée, sont en général très écourtées et manquent de détails suffisants pour une démonstration. Les animaux qui ont été les sujets de ces expériences ont été mal choisis. Les cobayes et les chats ne contractent pas facilement la morve. Aussi rien ne prouve que les phénomènes qui ont été produits chez eux soient les symptômes de la morve. M. le rapporteur nous a parlé de chancres, d'ulcérations, d'engorgements ganglionnaires, de tuméfactions de la peau, d'abcès, etc. Mais c'est ce que j'ai observé maintes fois dans mes expériences, toutes les fois que j'ai injecté du pus ou toute autre matière septique ou même des matières simplement irritatives. Chez ces animaux, ces phénomènes n'ont aucune signification par eux-mêmes. Ces expériences ne sont donc pas concluantes. Je n'en dirai pas autant de celles qui ont été faites sur des chevaux ou sur des ânes ; celles-là sont plus probantes ; mais encore faut-il, avant d'en tirer des conclusions, tenir compte des cas où les expériences auraient été faites sur des chevaux ou des ânes déjà atteints de morve chronique. Des expériences de ce genre pour justifier les conclusions qu'on en tire, doivent être beaucoup plus multipliées qu'elles ne l'ont été ici.

D'un autre côté, les cultures et les inoculations me paraissent avoir été beaucoup trop rapprochées. La virulence de la morve se conserve très longtemps, ce qui a été démontré par les expériences de Renault, que M. Bouley ne peut pas avoir oubliées. Rien ne prouve que dans ces liquides de culture ce soit le microbe qui ait été l'élément de la contagion. Ils contiennent bien d'autres choses que des microbes, ils contiennent des détritus organiques de diverses sortes, des globules lymphatiques, des granules, des micrococcus, etc. Je crois que la seule conclusion légitime qu'on puisse tirer de ces expériences, c'est que les liquides de culture peuvent transmettre la morve, mais je n'y vois nullement la preuve de l'existence d'un microbe spécial.

J'ai fait aussi des expériences avec du sang d'animaux morveux, jamais je n'y ai trouvé de bactéridies. Je n'en ai trouvé qu'après la mort, sur des cadavres. J'en dirai autant du microbe de la fièvre typhoïde que M. Pasteur prétend avoir découvert. J'ai fait des expériences avec du sang de sujet typhoïdique, jamais je n'y ai constaté non plus de bactéridies, tandis que j'en ai trouvé constamment, au contraire, sur le sang pris sur des cadavres.

En résumé, les conclusions de M. Bouley ne me paraissent pas fondées. Le fait de l'existence d'un microbe spécial de la morve n'est pas suffisamment démontré par les expériences qu'il vient de nous rapporter, du moins d'après l'exposé qu'il vient d'en faire.

M. BOULEY. J'engage M. Colin à se mettre en rapport avec M. Bouchard, à aller le voir dans son laboratoire, et, si saint Thomas soit-il, je l'avertis qu'il faudra bien qu'il se déclare converti quand on lui aura fait toucher du doigt les plaies encore saignantes. Quant aux expériences sur les cobayes et les chats, dans lesquelles il ne veut pas reconnaître les caractères de la morve, M. Colin oublie une chose, c'est que les inoculations reportées de ces animaux sur des chevaux et des ânes ont reproduit chez ces derniers la morve. M. Colin dit n'avoir jamais constaté, dans ses expériences, les bactéridies qu'il y a cherchées, mais ce n'est pas une raison pour en nier l'existence. Il a mis en cause les expériences de M. Chauveau, mais ces expériences ont été tellement multipliées, elles sont si nettes, si exactes, que vouloir les contester c'est nier l'évidence.

M. COLIN. M. Bouley invoque des faits qui sont des fictions. Dans une des visites que j'ai faites dans le temps au laboratoire de M. Pasteur, j'ai examiné divers liquides de culture, c'étaient des secondes ou troisièmes cultures ; je n'en ai jamais pu voir d'autres malgré mes instances réitérées auprès de M. Pasteur pour m'en montrer. Or dans ces cultures si récentes il y avait bien d'autres choses que des microbes et la virulence de la morve se prolonge bien au delà de la date de ces cultures. Ne parlez donc pas de cinquantaines, de centaines de cultures, quand celles qu'on nous montre ne dépassent pas la cinquième ou sixième tout au plus. Du reste, M. Pasteur a, pour la préparation de ses vaccins, des procédés à lui, qu'il n'a jamais voulu faire connaître.

J'ajouterai que je ne crois pas non plus davantage aux bacilles de la tuberculose de M. Cornil. J'y ai regardé et je n'ai pas vu autre chose que des filaments intimement liés aux parois des vaisseaux et auxquels il m'a été impossible d'assigner les caractères qu'on a voulu leur donner.

La discussion étant close, les conclusions du rapport de M. Bouley sont mises aux voix et adoptées.

Eaux minérales. — M. CONSTANTIN PAUL, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture du rapport général annuel sur le service des eaux minérales pour l'exercice 1881. Les conclusions de ce rapport sont discutées en comité secret.

LECTURE

M. DEZANNEAU, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers, lit un mémoire sur la laparotomie dans le traitement de l'occlusion intestinale.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Gosselin, Verneuil et Duplay.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 octobre 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

COMMUNICATIONS

La gastrostomie. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la lettre suivante adressée à la Société par M. le docteur Petit, en réponse à l'accusation portée contre lui par M. Labbé, dans la séance du 17 octobre (voyez *Gazette des hôpitaux*, n° du 20 octobre) :

« ..... M. Labbé s'étonne de voir que le procédé décrit comme sien à la page 55 de mon *Traité de la gastrostomie* soit devenu celui de M. Verneuil à la page 112, et pense que j'ai voulu lui enlever la propriété de ce procédé. A l'explication donnée par M. Verneuil de cette contradiction apparente, je crois pouvoir ajouter que M. Labbé a mal interprété mon texte.

Dans la partie de mon historique à laquelle M. Labbé a fait allusion, j'ai rappelé d'abord que la ligne d'incision, fixée pour la première fois avec exactitude par ce chirurgien pour la taille stomacale, avait été un des temps principaux de la gastrostomie, et la cause des progrès ultérieurs de cette opération.

J'ai montré ensuite qu'en pratiquant la gastrostomie dans un cas de rétrécissement de l'œsophage, M. Verneuil avait ajouté au procédé de M. Labbé d'autres éléments importants et que, sauf la ligne d'incision et l'emploi de l'antisepsie, tous les éléments de l'opération de M. Verneuil avaient été déjà mis en usage dans la gastrostomie par divers chirurgiens (Jouon, Hjort, Mœller, Waren Tay).

Ayant donc bien précisé la part qui, dans le procédé employé par M. Verneuil, revenait à chacun de ses devanciers, aussi bien à M. Labbé qu'aux autres, j'ai cru qu'il était inutile à la conservation de leurs droits de rappeler leurs noms dans mes conclusions.

Peut-être aurais-je dû indiquer la réserve de ces droits dans la conclusion incriminée, en disant, au lieu de « procédé de M. Verneuil », « procédé employé par M. Verneuil » ; mais après les déclarations si catégoriques que j'avais faites en plusieurs pages de mon travail sur la signification du terme « procédé de Verneuil », je ne pouvais supposer qu'il pût y avoir de confusion sur ce point.

Comment, d'ailleurs, M. Labbé a-t-il pu craindre qu'on s'appuyât sur un mot seul d'une de mes conclusions pour lui enlever la propriété de son procédé ? M. Labbé sait très bien que les questions d'histoire importantes comme celle de la gastrostomie ne peuvent être tranchées aussi légèrement par les écrivains sérieux ; et je me préoccuperais fort peu, pour ma part, de l'opinion de ceux

qui, pour juger un livre, se contenteraient d'en lire la dernière page.

J'espère que M. Labbé voudra bien partager ma manière de voir à cet égard et s'en tenir aux passages de mon travail où j'ai exposé tout au long le rôle joué par son procédé dans les progrès de la gastrostomie. »

M. LARGER, membre correspondant, fait une communication sur le siège qu'il convient de donner à la fistule gastrique dans l'opération de la gastrostomie. S'appuyant sur des considérations anatomiques et physiologiques, sur les résultats de nombreuses recherches et de nombreuses expériences qu'il a faites sur les animaux, M. Larger arrive à cette conclusion qu'il importe, autant que possible, de placer cette fistule sur la portion cardiaque de l'estomac, et que dans les cas où cette portion ne se présente pas devant l'incision, il y aurait lieu de chercher à l'y attirer.

Relativement au tube introduit après l'opération, M. Larger fait observer qu'il peut y avoir quelque inconvénient à l'introduire trop long, ce tube pouvant ainsi conduire les aliments trop près du duodénum.

M. BERGER fait remarquer que tous les chirurgiens partagent l'opinion de M. Larger sur les avantages qu'il y aurait à pouvoir placer la fistule sur la région cardiaque de l'estomac; malheureusement cela est impossible dans la grande majorité des cas. Quant à attirer cette portion en face de l'incision, en supposant que cela soit possible, il y aurait de sérieux dangers à le faire; on s'exposerait à déterminer une section trop rapide de la suture, une perforation péritonéale ultérieure et toutes ses fâcheuses conséquences. Donc, tout en reconnaissant la valeur des indications fournies par M. Larger, il importe de faire connaître qu'elles sont le plus souvent impossibles à mettre en pratique.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que, relativement à l'établissement de la bouche stomacale, on fait ce qu'on peut et non ce qu'on veut. Le conseil donné par M. Larger de tirailler la portion cardiaque de l'estomac pour l'amener en face de l'incision me paraît, dit M. Lucas-Championnière, plus théorique que pratique. Ce serait, en effet, s'exposer à de grandes difficultés et commettre une imprudence. Cette proposition ne semble donc pas acceptable. Quant aux réflexions physiologiques présentées par M. Larger, elles sont, sans contredit, fort intéressantes, mais elles me paraissent controuvées par les résultats mêmes qu'ont donnés les opérations de gastrostomie. Par exemple, dans le cas que j'ai récemment communiqué, la bouche stomacale avait dû être pratiquée sur la portion pylorique et cependant les fonctions digestives ne s'en sont pas moins bien accomplies pendant les quelques jours consécutifs qu'a vécu le malade. Je ne vois pas non plus, à la longueur du tube introduit dans l'estomac, les inconvénients signalés par M. Larger.

M. LARGER reconnaît que, dans l'opération de la gastrostomie, on place la fistule où l'on peut; il a seulement voulu faire ressortir les avantages qu'il y a à la placer sur la région cardiaque, chaque fois que cela est possible.

Luxations subites dans le cours du rhumatisme aigu. — **M. VERNEUIL** fait une communication sur ce sujet, et apporte à l'appui sept observations.

L'histoire des luxations pathologiques, dit M. Verneuil, est loin d'être faite et laisse fort à désirer. Nous avons la classification de Volkmann en trois variétés : 1° luxations par distension; 2° luxations par destruction; 3° luxations par déformation. Cette classification ne signifie rien au point de vue étiologique. L'étude de la pathogénie des luxations dites pathologiques, spontanées, etc., reste donc à faire. Je ne veux aujourd'hui appeler l'attention que sur une seule variété de ces luxations.

Au cours, soit au début, soit à la fin d'un rhumatisme articulaire aigu, il peut arriver que des articulations, dans une attitude vicieuse, se déplacent brusquement. Les os conservent leur intégrité; il n'y a pas de suppuration dans l'articulation et ces luxations sont susceptibles d'être réduites instantanément. Aussitôt après la réduction, le membre reprend sa forme, sa longueur, ses dimensions normales et la guérison complète s'opère dans un temps assez court. Il y a donc, comme on voit, une grande affinité entre ces luxations pathologiques et les luxations traumatiques.

Cette variété de luxation pathologique n'est pas rare. J'en ai rencontré sept cas et elle a été observée et signalée par d'autres chirurgiens. Il suffira de rappeler le fait de M. Marjolin publié dans la thèse de Gibert; les faits analogues de Sauvage et de Parise, etc. Voici, résumés, les faits que j'ai moi-même observés :

En août dernier, une petite fille de dix ans, bien constituée, sans la moindre apparence de scrofule, fut prise, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, d'arthrites rhumatismales fixées sur la hanche et le pied du même côté; rhumatisme d'une intensité extraordinaire, arrachant à l'enfant des cris continuels. Après dix jours d'atroces souffrances, cette enfant se trouva soudainement soulagée. Alors le médecin traitant put faire l'examen du membre et constata une déformation considérable. Je fus appelé à ce moment; je diagnostiquai une luxation spontanée et annonçai que la réduction corrigerait aussitôt la déformation. C'était, en effet, un type de luxation iliaque complète. On donna du chloroforme. Après une légère traction, puis un mouvement de rotation et d'abduction, la réduction s'opéra avec la plus grande facilité; la petite malade fut immobilisée dans la gouttière de Bonnet, la douleur fut réduite à son minimum et la déformation disparut aussitôt. Aujourd'hui cette enfant marche et sera promptement guérie. Il n'y a pas eu de traces de fièvre ni de suppuration.

En 1845, étant interne de Lisfranc, je vis une jardinière qui, de même, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, vit se produire subitement une déformation de l'un des membres inférieurs. Comme ces faits de luxations spontanées étaient alors à peu près inconnus, la réduction ne fut pas faite, et cette femme, qui a bien guéri de son rhumatisme, a conservé sa difformité.

En 1846, étant interne de Bazin, je rencontrai la même complication chez un jeune homme rhumatisant. La réduction ne fut pas faite non plus dans ce cas. Lorsque fut publié le cas de M. Marjolin, qui endormit son petit malade et réduisit la luxation, je me reprochai d'avoir laissé à ces deux malades leur difformité sans chercher à réduire leur luxation. Aussi quelques années plus tard, rencontrant, à Lariboisière, un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu avec déformation de la hanche, je reconnus l'existence d'une luxation et en opérai la réduction. Ce malade a bien guéri.

Dans les cinq cas dont il vient d'être question, il s'agissait de l'articulation de la hanche. Deux fois j'observai le même fait à l'articulation du genou. La première fois ce fut sur une jeune femme atteinte d'un rhumatisme d'abord généralisé, puis devenu mono-articulaire, s'étant localisé aux deux genoux. L'un des deux membres inférieurs se trouvant dans une attitude vicieuse, une luxation du genou s'opéra en une nuit. La réduction fut aisée et la guérison complète. Dans le second cas, il s'agissait d'une malade présentant une fracture compliquée de la jambe droite et une contusion de la jambe gauche, qui fut prise d'un rhumatisme articulaire aigu. Je vis, chez cette malade, s'opérer ce déplacement soudain. Séance tenante, je réduisis. Mais la luxation se reproduisit; j'endormis la malade, je réduisis de nouveau et appliquai un appareil inamovible. Pendant une courte absence que je fis, un ankylophobe enleva trop tôt l'appareil; nouvelle luxation, réduction imparfaite, nouvelle récidive, réduction complète impossible. Je fis alors une résection autoplastique; l'état général devint mauvais, cachectique; je crus devoir faire l'amputation de la cuisse. La malade refusa toute alimentation; elle mourut de diarrhée et de faim. Elle avait le foie gras.

Voilà donc sept cas de luxations subites produites dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Ces faits m'amènent à cette conclusion que, dans le rhumatisme articulaire aigu, il faut, avec le plus grand soin, surveiller les attitudes vicieuses, lesquelles peuvent singulièrement favoriser la production de luxations subites. Au cas où ces luxations viendraient à se produire, il ne faut pas hésiter à les réduire; cette réduction est généralement très facile et immédiatement après le membre reprend sa forme, ses dimensions et ses fonctions.

Au point de vue de la pathogénie, de ses luxations pathologiques, un grand nombre d'auteurs, qui les ont signalées, les ont attribuées à l'hydarthrose. Je ne conteste pas les luxations par hydarthrose, mais je déclare n'en avoir jamais vu et je ne puis m'expliquer d'ailleurs comment un hydarthrose pouvait produire une luxation; tandis que les luxations spontanées, se produisant à la suite d'attitudes vicieuses, ne paraissent devoir s'expliquer aisément par la paralysie d'un groupe musculaire et la contracture du groupe musculaire antagoniste.

M. TRÉLAT fait quelques réserves sur la valeur des explications et la réalité des preuves fournies par M. Verneuil relativement à la pathogénie de certaines luxations pathologiques. Il invoque l'exemple des luxations se produisant spontanément dans le cours de l'ataxie locomotrice.

M. DESPRÉS rappelle qu'il y a longtemps déjà que M. Verneuil a cherché à expliquer les luxations pathologiques par la paralysie musculaire. Si l'on admet la théorie de M. Verneuil, comment expliquer que, dans les cas de paralysie infantile, on ne voie jamais se produire ces luxations spontanées, ou tout au moins ne se produire très rarement qu'à la hanche et jamais aux autres articulations?

M. MARJOLIN, tout en admettant l'explication de M. Verneuil pour certains cas, croit qu'il ne faut pas rejeter d'une façon trop absolue l'influence de l'hydarthrose sur la production de certaines luxations coxo-fémorales. Il n'en ressort pas moins de la communication de M. Verneuil ce fait important au point de vue de la pratique : que chaque fois qu'on peut ramener dans la position normale un membre déformé, on voit aussitôt les douleurs disparaître. Il y a là une précieuse indication à retenir.

M. RECLUS reproche à M. Després de n'admettre la production des luxations paralytiques que dans la hanche; il est très fréquent d'observer ces luxations dans d'autres articulations, comme le prouvent les faits publiés par M. Charcot dans l'histoire de l'amyotrophie, les pieds bots paralytiques, etc. Récemment encore, M. Reclus observait une jeune fille qui présentait une luxation de la hanche, une luxation du genou et un pied bot paralytique.

M. DESPRÉS a dit que, dans la paralysie infantile, on ne voyait pas se produire de luxations, sauf à la hanche. Il ne faut pas parler des pieds bots : c'est une tout autre question.

M. RECLUS a rassemblé en deux ans cinq cas de paralysie infantile avec luxations de la hanche. Il y a donc lieu de considérer ces luxations comme fréquentes dans la paralysie infantile.

M. VERNEUIL répond que M. Trélat a contesté le fait de la paralysie des muscles dans les luxations dites pathologiques. C'est pourtant là un fait connu, aujourd'hui généralement admis et assez fréquent. On voit des muscles, tels que les muscles fessiers, par exemple, se paralyser et s'atrophier avec une rapidité extraordinaire. Roux a vu se produire une paralysie subite du deltoïde à la suite d'une luxation de l'épaule. M. Verneuil a eu soin d'insister sur l'influence des attitudes vicieuses. Quant à l'ataxie locomotrice choisie comme exemple par M. Trélat, les têtes osseuses disparaissent; on ne peut donc admettre qu'il s'agisse d'une luxation dans ces cas.

LECTURE

M. HENRIET lit une note sur l'application de la lithotritie au traitement des corps étrangers de la vessie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour les prix de l'internat des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le samedi 3 novembre 1883, se composera de MM. Hérard, Déjérine, Joffroy, Humbert, Cusco, Verneuil et Guéniot.

— Les candidats du concours de l'internat des hôpitaux de Paris qui sont appelés cette année à faire leur volontariat d'un an subiront exceptionnellement l'épreuve orale lundi prochain, 5 novembre 1883, à quatre heures du soir.

— Les dernières questions du concours pour la nomination aux places d'externes des hôpitaux de Paris ont été pour l'épreuve orale : 1° Les artères de la main; 2° les muscles grand pectoral et petit pectoral; 3° les vertèbres dorsales; 4° les muscles fessiers.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les étudiants pourvus de douze inscriptions sont priés de se faire inscrire à l'École pratique (laboratoire d'anatomie pathologique) pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, tous les jours, à partir du samedi 3 novembre 1883 jusqu'au jeudi 15 du même mois, et de une heure à deux heures de l'après-midi. Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seraient refusées.

— Le concours pour l'internat en médecine et en chirurgie de l'hôpital Sainte-Eugénie de Lille vient de se terminer par les nominations suivantes, internes titulaires : MM. Voiturier et Billaux; internes provisoires : MM. Durand et Monteunis.

— Par décisions ministérielles en date des 19 et 26 octobre, les mutations ci-après indiquées ont eu lieu dans le corps de santé de l'armée de terre :

Médecins aides-majors de première classe. — M. Camus, désigné pour les hôpitaux de Tunisie, est maintenu au 91e d'infanterie; — M. Cros passe des hôpitaux de Tunisie au 2e régiment d'artillerie pontonniers; — M. Derouet passe du 2e régiment d'artillerie pontonniers aux hôpitaux de Tunisie; — M. Élie Lucas, désigné pour les hôpitaux de Tunisie, passe au 135e d'infanterie par permutation avec M. Bernhard.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — M. Valissant, désigné pour le 31e d'infanterie, passe au 117e régiment de même arme; — M. Carlier passe du 15e dragons aux hôpitaux de Tunisie, par permutation avec M. Guégan.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1883-1884 s'ouvriront le lundi 5 novembre 1883, à la Sorbonne, et auront lieu dans l'ordre suivant :

Physique. — M. le professeur Paul Desains commencera son cours le mardi 6 novembre, à une heure et demie, et le continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure. Il traitera de la chaleur, du magnétisme, de l'électricité, de l'électro-magnétisme et de leurs principales applications. Les manipulations, dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront le lundi 5 novembre.

Chimie. — M. le professeur Troost ouvrira son cours le lundi 5 novembre, à une heure et demie, et le continuera les jeudis et les lundis suivants, à la même heure. Il exposera les lois générales de la chimie et fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Les manipulations commenceront le 5 novembre, sous la direction du professeur.

M. le professeur Debray fera son cours le mercredi et le vendredi. Il traitera des métaux et de leurs principaux composés. L'ouverture du cours sera annoncée ultérieurement.

Zoologie, anatomie, physiologie comparée. — M. le professeur de Lacaze-Duthiers commencera son cours le mardi 6 novembre, à trois heures et demie, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. Il traitera de l'histoire des vertébrés et dirigera, pendant toute la durée de son cours, les manipulations qui se font tous les jours dans son laboratoire.

Physiologie. — M. Dastre, suppléant M. le professeur Paul Bert, ouvrira son cours le lundi 5 novembre, à trois heures et demie, et le continuera les jeudis et les lundis suivants, à la même heure. Il traitera des fonctions de nutrition et étudiera, en particulier, au point de vue expérimental, les phénomènes chimiques et physiologiques de la digestion.

Minéralogie. — M. le professeur Friedel ouvrira ce cours le mercredi 7 novembre, à une heure et demie, et le continuera les ven-

dredis et les mercredis suivants, à la même heure. Il étudiera les caractères généraux des minéraux et les principales espèces minérales. Les manipulations dirigées par le professeur commenceront le 5 novembre.

Chimie biologique. — M. Duclaux, maître de conférences, commencera ce cours annexe le mardi 6 novembre, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de mathématiques, et le continuera les jeudis et les mardis suivants, à la même heure. Il traitera de l'étude des propriétés biologiques des microbes.

— M. le docteur Berrut commencera, le jeudi 8 novembre, ses leçons, à sa policlinique de chirurgie des femmes, 29, rue de Bellechasse. — Le jeudi, à neuf heures, Leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leurs cartes. A dix heures, consultations. — Les vendredis et samedis, à neuf heures, leçons ; à dix heures, consultations ouvertes aux élèves inscrits.
On s'inscrit tous les jours, de trois à cinq heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15270.

N° 127. — MARDI 6 NOVEMBRE 1883. 56e ANNÉE. MARDI 6 NOVEMBRE 1883. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Charité. Phymatose pulmonaire et ganglionnaire, médiastine probable, compression de l'œsophage, rétrécissement. — Rétrécissement cancéreux de la partie supérieure de l'œsophage; alimentation artificielle; mort par syncope; autopsie. — Société de Biologie. — Correspondance. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Phymatose pulmonaire et ganglionnaire, médiastine probable, compression de l'œsophage, rétrécissement

Le malade du n° 7 de la salle Saint-Charles est un homme de trente-six ans, employé d'assurances, d'un tempérament nerveux, qui est entré récemment ici pour des troubles très prononcés de la déglutition.

Jusqu'à il y a un mois environ, dit-il, sa santé était bonne; mais, à dater de cette époque, il a commencé à éprouver une difficulté de plus en plus grande à avaler les solides d'abord, puis les liquides. C'est ainsi qu'à son entrée ces jours derniers à l'hôpital, non seulement aucun bol alimentaire ne pouvait plus arriver dans l'estomac, mais même une simple goutte de liquide ne pouvait plus franchir l'œsophage. Nous avons pratiqué le cathétérisme œsophagien avec l'olive, et celle-ci n'est parvenue à passer qu'après de longues hésitations, nous montrant que le rétrécissement existait à 22 centimètres de l'arcade dentaire, c'est-à-dire à 6 ou 7 centimètres de l'entrée de l'œsophage.

A l'état organique matériel de l'œsophage, cause du rétrécissement qui nous occupe, s'ajoute un état spasmodique. De plus, le malade a la voix sourde, enrouée, une sorte de voix de fausset; à la moindre fatigue, il éprouve de la dyspnée. Il tousse assez facilement, toux sourde un peu éructante, qui devient quinteuse dès qu'il veut avaler quelque chose et s'accompagne alors d'une dyspnée tellement effrayante qu'elle nous a fait craindre plusieurs fois de voir survenir des accidents d'orthopnée, de syncope et la mort immédiate.

Lorsque l'on pratique l'examen laryngoscopique, on voit que le rebord de l'épiglotte est intact, qu'il n'y a ni œdème ni rougeur, ni ce que l'on appelle des crêtes de coq. La corde vocale droite est également saine au point de vue organique et fonctionnel, tandis que la corde vocale gauche, au contraire, nous a paru paralysée.

Notre malade n'a pas d'antécédents syphilitiques, il paraît d'une bonne constitution, il est jeune et fort, l'aorte est saine, le cœur ne présente rien de particulier. En résumé, d'après les phénomènes morbides que nous constations d'une part, et de l'autre les caractères négatifs que nous venons de relever, l'hypothèse la plus vraisemblable serait que nous sommes en présence d'une tumeur du médiastin, peut-être de quelque ganglion hypertrophié comprimant l'œsophage et le nerf récurrent du côté gauche. Mais, pour cela, il faudrait admettre l'existence d'un ganglion devenu malade primitivement, ce qui est très rare. Or, en examinant le système ganglionnaire dans ses différentes régions, nous ne trouvons rien, rien du côté des ganglions inguinaux, rien du côté des ganglions axillaires, etc., etc. Mais ce qui se passe du côté externe doit se passer du côté interne, et, comme nous ne voyons rien à suspecter, nous en arrivons, par éliminations successives, aux appareils thoraciques et nous nous demandons si cet homme ne serait pas quelque part en puissance de tuberculose, laquelle aurait pu retentir suffisamment sur les ganglions thoraciques pour agir par suite sur l'œsophage et la corde vocale gauche. En un mot, notre malade serait-il sous l'empire d'une tuberculose pulmonaire dont quelque ganglion serait le miroir, de telle sorte que nous aurions une tuberculose ganglionnaire médiastine qui troublerait l'action du nerf récurrent par compression et par compression aussi expliquerait la toux, la phonation voilée, etc. Cependant la tuberculose ganglionnaire n'a guère comme allures de se montrer chez les adultes, et, de plus, notre malade est d'un tempérament sec; son passé ne rime pas avec l'état ganglionnaire. Aussi, le diagnostic est-il des plus difficiles à faire chez lui.

Si donc je ne puis pas affirmer une tuberculose ganglionnaire, s'agirait-il de quelque sarcome, de quelque épithélioma de l'œsophage ayant débuté d'emblée sur cet organe comme maladie primitive? Je ne suis pas en mesure de rejeter complètement non plus ce diagnostic.

Cet homme a trente-six ans, c'est-à-dire d'un âge un peu jeune pour le cancer; cependant cela n'est pas impossible. L'un des motifs, entre autres, qui m'éloigne quelque peu de l'idée de cancer, c'est la hauteur à laquelle le néoplasme se serait développé dans l'œsophage; c'est aussi que le cancer n'aurait donné lieu jusqu'alors à aucun retentissement sur les ganglions de la région cervicale; enfin c'est l'évolution même de la maladie.

En effet, qu'est notre malade ? Un déclassé qui a des antécédents alcooliques de la plus belle eau ; il nous avoue boire de 10 à 12 bocks de bière par jour, plus deux fois du café toujours additionnée d'eau-de-vie, chaque jour également de l'absinthe ; quant au vin, il n'en sait pas la quantité. Nous trouvons chez lui un certain degré d'hypéresthésie, d'imotivité, des pituites matinales, une perte d'appétit assez

prononcée, quelques athéromes de l'artère radiale, un peu de néphrite interstitielle, mais en résumé, comme antécédents personnels, aucune maladie *générale* antérieure. Voici maintenant ses antécédents héréditaires : mère bien portante, âgée de soixante-seize ans, père mort à la suite d'un accident, un frère mort de phtisie laryngée, une sœur morte de méningite.

Quant à lui, il n'a pas eu d'autre maladie qu'une fluxion de poitrine contractée en 1870, pendant la retraite du Mans ; il avait à cette époque vingt-trois ans.

Il y a donc un mois que, sans éprouver aucune souffrance, sans être malade, sans tousser même aucunement, cet homme a commencé à maigrir et à avaler difficilement, et c'est quinze jours plus tard qu'il est entré à l'hôpital, présentant les troubles fonctionnels œsophagiens que je viens de décrire et par lesquels la maladie a débuté, du moins d'une manière apparente; puis sont survenus les phénomènes du côté du larynx, enfin la toux quinteuse consécutive à tout effort de déglutition, même de la salive. Bien que les accidents prédominants se manifestent du côté de l'œsophage, je suis très porté à soupçonner un état tuberculeux ; non pas une phtisie laryngée malgré les troubles que l'on observe du côté de la phonation, l'examen laryngoscopique ne nous ayant rien montré d'autre qu'une paralysie de la corde vocale gauche ; il n'y a pas d'infiltration tuberculeuse du larynx. Mais je me demande si nous ne serions pas en présence d'une tuberculose pulmonaire, extrêmement peu développée encore, je le veux bien, mais qui n'en aurait pas moins cependant retenti sur le système ganglionnaire du médiastin. En effet, une auscultation des plus attentives de la poitrine nous a révélé une respiration un peu moins nette dans la fosse sus-claviculaire et dans la fosse sus-épineuse du côté gauche, en même temps qu'il y aurait un peu moins d'élasticité en avant sous la clavicule gauche. De plus, à droite, nous avons trouvé presque de la matité, ainsi que les signes d'une bronchite très circonscrite et localisée au sommet en avant et en arrière. Quant à l'expectoration, elle est à peu près négative, les crachats sont ceux de la trachéite et de la laryngite ordinaire mêlés de quelques autres muco-purulents, en rapport avec la bronchite, mais ne renfermant aucun bacille.

En résumé, notre véritable diagnostic est un diagnostic de suspicion de tuberculose pulmonaire commençante, d'autant plus que tous les soirs aussi le malade présente une légère élévation de la température, tuberculose de forme anomale, phymatose pulmonaire et ganglionnaire.

Dans tous les cas, le pronostic est noir, sombre, quelle que soit la cause des troubles fonctionnels actuels, car l'alimentation est des plus difficiles, pour ne pas dire impossible par les voies supérieures, en raison des dangers de perforation que peut offrir le cathétérisme de l'œsophage. Quant à une intervention chirurgicale, je ne crois pas qu'il soit possible d'y songer, en raison même du diagnostic de tuberculose très probable.

RÉTRÉCISSEMENT CANCÉREUX

DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DE L'ŒSOPHAGE ; ALIMENTATION ARTIFICIELLE ; MORT PAR SYNCOPE ; AUTOPSIE.

Par M. le docteur A. Fort.

U..., Basque d'origine, quarante-cinq ans, habitant la province de Buenos-Ayres, où il a une *estancia* (ferme), souffre de dysphagie depuis un certain nombre de mois. Les aliments solides ne passent plus depuis trois mois. Depuis plusieurs semaines, le malade ne peut prendre que du lait. Les médecins qu'il a consultés lui conseillent d'aller se faire traiter à Paris. C'est une vieille coutume des médecins de l'Amérique du Sud d'envoyer en Europe les malades incurables ou considérés comme tels. Les uns sont envoyés en Portugal, les autres à Paris, à Londres, etc. Plus que dans tout autre pays, on a l'habitude, dans l'Amérique du Sud, de rendre le médecin traitant responsable de la mort du malade, quelle que soit l'incurabilité de sa maladie. Mais lorsque le malade guérit, le médecin est obligé de partager la gloire de sa cure avec la sainte Vierge, le pharmacien, l'infirmière, le hasard et les remèdes de bonnes femmes. Revenons à notre malade.

Le 8 août 1883, il prend passage à bord de l'*Équateur*, de notre excellente Compagnie des Messageries maritimes, avec une vache qui devait lui fournir son alimentation jusqu'à Bordeaux. A peine embarqué, le malade est pris du mal de mer, et, soit à cause d'un spasme œsophagien, soit à cause de la modification du rétrécissement sous l'influence des vomissements, le lait lui-même n'arrive plus à l'estomac. Notre homme, se mourant littéralement de faim, s'empresse de débarquer à Rio-de-Janeiro, et il se confie à mes soins.

Examen du malade le 14 août. — Homme petit, extrêmement maigre. Il essaie de boire de l'eau, mais cette eau qui s'accumule dans la poche, surmontant le rétrécissement, est rendue par régurgitation. Le bouillon et le lait sont également rendus. Le malade est dans un état d'anxiété qui fait peine à voir.

Je fais l'exploration de l'œsophage. La plus petite olive d'ivoire exploratrice est arrêtée vers la partie inférieure de l'œsophage. Aucune sonde œsophagienne ne peut pénétrer.

Je mène le malade dans une maison de santé. Comme il s'affaiblit de plus en plus, je lui prescris un *lavement nutritif* à prendre de deux en deux heures et ainsi composé : Extrait de quinquina dissous, 50 centigrammes ; vin de Porto, une cuillerée ; bouillon de bœuf, 100 grammes. Il les conserve parfaitement et paraît prendre un peu de forces pendant 3 jours (15, 16 et 17 août). Le 17, aucune sonde ne peut franchir le rétrécissement. Je songe à lui pratiquer l'opération de la gastrostomie, l'unique moyen d'empêcher cet homme de mourir d'inanition. J'appelle un confrère en consultation et je sonde mon malade pour montrer que la sonde ne passe pas. A mon grand étonnement, elle franchit le rétrécissement et parvient à l'estomac. La petite olive en ivoire y arrive également. Dès lors l'idée de gastrostomie est écartée et je songe : 1° à alimenter le malade en portant des aliments dans son estomac; 2° à tenter au niveau du point rétréci une opération analogue à celles qui se pratiquent sur les rétrécissements de l'urètre.

Le malade se plaignait d'une douleur au niveau du point rétréci. J'examine son cœur et ses poumons; je n'y trouve rien.

Au moment où j'ai commencé à traiter ce malade, je venais d'adresser à M. le docteur Dujardin-Beaumetz, pour être communiquée à la Société médicale des hôpitaux, l'observation très intéressante d'une jeune femme que j'avais guérie de vomissements incoercibles dus à l'hystérie, au moyen de l'*alimentation artificielle*. Je me demandai alors pourquoi je n'alimenterais pas de la même manière mon malade atteint de rétrécissement de l'œsophage.

Le 18 août, j'introduisis dans son estomac, au moyen de la sonde œsophagienne à laquelle j'adaptai un système de tubes de caoutchouc, un mélange de lait, 500 grammes ; de sucre, 100 grammes; de trois œufs crus et de pulpe de viande crue, 100 grammes. Le mélange alimentaire fut conservé. Je recommençai le soir. Les jours suivants, je fis la même cuisine et la même opération matin et soir. Le malade se fortifiait et engraissait à vue d'œil. Pendant ce temps, *le diagnostic se confirma*, et l'idée d'une opération palliative prenait de plus en plus racine dans mon esprit.

En effet, le 19, en passant l'olive d'ivoire dans le point rétréci, comme je le faisais tous les matins, je retirai un petit fragment

de substance rougeâtre que j'examinai au microscope. Le siège du rétrécissement, l'absence de cause directe, sa marche progressive et lente, la pâleur extrême du malade, qui n'avait pas la teinte *paille*, la longueur du rétrécissement, dont on se rendit compte en passant l'olive, tout cela me faisait supposer qu'il s'agissait d'un rétrécissement cancéreux. Cette présomption devint une certitude, lorsque je constatai, au microscope, que ce petit fragment était composé presque uniquement de grandes cellules rondes, transparentes, à un ou deux gros noyaux, cellules n'ayant aucun rapport avec celles de l'œsophage. Nous avions donc affaire à un *rétrécissement cancéreux*.

Je proposai au malade l'opération de l'*électrolyse*, qu'il accepta. Je fis préparer une longue tige métallique terminée par une lame de platine en forme de cœur ou de lance. Avec cette lame, mesurant 2 centimètres de largeur, je voulais me frayer une voie transversale dans le rétrécissement, puis une autre voie antéro-postérieure. Je voulais faire là ce que j'ai fait si souvent pour les rétrécissements de l'urètre. Pour éviter l'action de l'électrolyse à la pointe de l'instrument, j'avais fait terminer celui-ci par un petit cylindre de caoutchouc durci, et, pour éviter le contact de la tige métallique avec l'œsophage, je l'avais cachée dans une sonde œsophagienne qui ne laissait passer que les deux bords de la lame de platine.

Terminaison. — Le dimanche 26 août, tout était préparé pour l'opération; nous étions prêts, mais avant d'opérer je voulais faire une nouvelle injection de matière alimentaire. Un vrai drame se passa alors sous mes yeux.

Trois jours auparavant, le malade, se trouvant assez vigoureux, fit, malgré ma défense, une longue course en tramway découvert et visita le jardin botanique. Le lendemain, il sortit encore. Ces promenades lui furent-elles nuisibles? C'est possible, sinon probable. Le samedi 26, le malade fut pris de douleurs à la nuque et vers la dixième vertèbre dorsale. En même temps il se plaignit d'une douleur dans la région précordiale. Dans la journée du dimanche, les douleurs étaient plus violentes et le malade, se plaignant beaucoup, ne pouvait se coucher et se tenait, assis, la tête sur des oreillers. On lui pratiqua dans la journée deux injections de morphine d'un centigramme chacune. Ont-elles nui au malade? J'étais prêt à lui faire son injection alimentaire quotidienne; il était quatre heures de l'après-midi. Tout à coup, le malade se plaignit d'une forte douleur à la base du thorax, il pâlit extrêmement et son corps se couvrit de sueur. Puis il se sentit mieux et ne souffrit plus. Alors il prit la sonde œsophagienne et l'introduisit lui-même comme il aimait à le faire depuis quelques jours. Aussitôt que la pointe de la sonde arriva au point rétréci, il la retira brusquement et se plaignit d'une douleur tellement violente qu'il se plia en deux. Puis il se releva brusquement sur le dossier de la chaise, la tête étendue, les yeux convulsés dans l'orbite; il était mort. Il n'avait encore rien pris et il n'avait vu aucun des préparatifs de l'opération qu'on devait lui faire.

Comment cet homme était-il mort? Par syncope évidemment. Son pouls avait manqué aussitôt, son visage avait été d'une extrême pâleur. Mais quelle fut la cause de cette syncope? Les douleurs étaient produites par une lésion concomitante trouvée à l'autopsie. Cette mort soudaine m'a rappelé certaines expériences physiologiques dans lesquelles on voit mourir un animal par arrêt du cœur. Ne se pourrait-il pas que l'extrémité de la sonde, arrêtée par le rétrécissement, soit venue heurter l'un des nerfs pneumogastriques, ou plus simplement le plexus œsophagien, qui entoure l'œsophage, et que cette irritation du nerf ait produit l'arrêt du cœur, par action réflexe, comme cela se fait lorsqu'on excite directement ce nerf chez un animal? A un autre moment, le même phénomène ne se serait peut-être pas produit, mais avec les douleurs violentes éprouvées par le malade et surtout avec les lésions trouvées à l'autopsie, cette explication ne saurait être considérée comme déraisonnable.

Autopsie. — Les organes thoraciques offrent seuls de l'intérêt. Quatorze heures après la mort, j'ouvre le thorax. L'œsophage présente une infiltration cancéreuse des parois, à 2 centimètres au-dessus du cardia et sur une étendue de 5 centimètres environ. Le tissu est dur, mais peu épais. Je crois que l'opération de l'électrolyse linéaire aurait donné un bon résultat palliatif.

En avant du rétrécissement, il existe deux énormes ganglions infiltrés de matière blanchâtre, nulle, de même nature que celle de l'œsophage. Ces ganglions étaient en contact avec l'œsophage en arrière et avec le péricarde en avant.

Le péricarde contenait 350 grammes de liquide séreux, un peu opaque et troublé par de légers flocons fibrineux. La surface du cœur et du péricarde était recouverte d'une néo-membrane blanchâtre épaisse de 2 ou 3 millimètres, de nature fibrineuse, s'enlevant facilement sur quelques points. Au-dessous, le péricarde était vascularisé. C'était donc une péricardite produite par le voisinage des ganglions cancéreux.

Il est probable que cette péricardite datait seulement de quelques jours. C'est à cette complication qu'il faut rapporter les douleurs des deux derniers jours. Il est possible que le malade ait contracté la péricardite pendant ces promenades en des lieux humides. Avec une telle lésion, on comprend que la moindre irritation du pneumo-gastrique ait produit une syncope.

C'est un tort évidemment de n'avoir pas examiné avec un grand soin les viscères thoraciques, mais il était si naturel d'attribuer ces douleurs à la lésion œsophagienne elle-même! Le malade ne se plaignait d'aucun autre malaise. Il était sans fièvre et l'attention n'a pas été portée du côté d'une complication. Quoi qu'il en soit, l'observation n'en est pas moins instructive au point de vue de l'anatomie pathologique, du diagnostic et du traitement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 octobre 1883. — Présidence de M. Bouley.

COMMUNICATION

M. LE PRÉSIDENT, au nom de la Société, félicite M. Straus, présent à la séance, de son heureux retour d'Égypte et, après un juste tribut d'éloges adressés à ses courageux compagnons et de regrets à l'héroïque Thuillier, il exprime le désir d'entendre bientôt M. Straus rendre compte à la Société des résultats de leurs recherches.

De l'état de fascination chez des sujets non malades. — **M. DUMONTPALLIER** communique une note du docteur Brémaud sur un état nerveux spécial provoqué chez des jeunes hommes de seize à vingt-sept ans, très bien portants, non hystériques.

Chez ces jeunes gens le docteur Brémaud a provoqué, par les procédés ordinaires, la catalepsie, la léthargie et le somnambulisme. De plus, ces jeunes gens ont présenté un état particulier, précédant la catalepsie et dont le principal symptôme est un *état de fascination*.

Cet état s'est manifesté sous l'influence du regard brillant et rapproché, dans un lieu vivement éclairé, sous la condition que le sujet consentît à fixer lui-même son regard sur l'œil de l'opérateur.

L'état de fascination se produit avec une rapidité variable suivant les sujets; quelquefois une seconde suffit.

La figure du sujet s'injecte; l'œil reste grand ouvert; les pupilles, après une rapide série d'oscillations, restent dilatées; les vaisseaux de la conjonctive sont injectés; le pouls s'accélère et dès lors le regard du sujet reste attaché sur les yeux de l'opérateur. La figure du sujet fasciné offre une apparence particulière, elle est sans expression, les yeux sont fixes, les traits immobiles. La sensibilité tactile persiste, mais l'analgésie est complète. Le sujet a quelquefois conscience de son état et entend confusément ce qui se dit autour de lui, mais il ne peut se soustraire, par un acte volontaire, à l'état particulier qu'il subit.

Toute masse musculaire froissée se contracture violemment. Cette contracture disparaît si l'on excite les muscles antagonistes, mais elle ne se produit pas par l'excitation directe du nerf.

Une contraction instantanée se produit sur tous les muscles *contractés volontairement* au moment de l'invasion de l'état de fascination.

De plus, on observe, dans la période de fascination, une tendance irrésistible du sujet à l'imitation *automatique* des mouvements faits par l'opérateur. Cette imitation peut aller jusqu'à la répétition des paroles de l'opérateur avec leur intonation.

Les idées suggérées sont admises par le sujet qui résiste et finit par céder. Ces idées suggérées sont suivies de l'exécution d'actes en rapport avec l'idée imposée. La volonté du sujet est paralysée.

Un léger souffle sur les yeux suffit pour faire disparaître l'état de fascination.

Après l'état de fascination on peut provoquer la catalepsie, la léthargie et le somnambulisme en faisant usage des moyens ordinaires.

Pour expliquer ces faits, M. Brémaud suppose une action vaso-dilatatrice ou contractrice sur les centres nerveux dont le point de départ serait une irritation des nerfs ciliaires.

M. Dumontpallier ne croit pas le moment venu de discuter cette théorie. Il remarque seulement que cet état de fascination décrit par M. Brémaud présente un grand nombre des caractères de l'état cataleptique provoqué : contraction des muscles froissés, phénomène de suggestion, imitation automatique. Quoi qu'il en soit, le fait le plus important de cet état nerveux, très analogue sinon identique à l'état cataleptique, est qu'il a été observé chez des jeunes hommes, non hystériques.

De la suggestion à l'état de veille. — M. DUMONTPALLIER, à l'occasion de ces phénomènes nerveux, rappelle l'intéressante communication du professeur Bernheim (de Nancy), au dernier Congrès scientifique de Rouen, sur *la suggestion à l'état de veille*, et il expose les résultats qu'il a observés à l'hôpital de la Pitié sur une malade hystérique *en état de veille;* après avoir constaté l'analgésie et l'amyosthénie du côté gauche sur cette malade, il lui a suggéré l'idée que c'est du côté droit qu'existent l'analgésie et l'amyosthénie; la malade se refuse à croire qu'il en est ainsi, et, à son grand étonnement, la malade ne sent plus les piqûres du côté droit et ne donne qu'une force de 1 à 2 kilogrammes du côté droit au dynanomètre, tandis que du côté gauche la main donne 15 kilogrammes de force et sent très bien les piqûres. Séance tenante, on persuada à la première malade qu'elle s'est trompée et que c'est bien du côté droit qu'elle sent la piqûre et qu'elle a le plus de force. Ce qui est immédiatement constaté.

Il ressort de cette double expérience que, chez une hystérique *non prévenue* et *en état de veille*, nous avons pu, par la suggestion, déterminer en quelques minutes le transfert de la sensibilité à la douleur et de la force musculaire du côté droit au côté gauche, puis du côté gauche au côté droit. Notons que chez cette malade les troubles de la sensibilité et de la mobilité étant *alternes croisés*, pour les membres supérieurs et inférieurs, les résultats de la double expérience ci-dessus rapportée ont été en accord complet avec les modifications *alternes croisées* de la sensibilité et de la motilité.

Nous ignorons, continue M. Dumontpallier, comment d'autres expérimentateurs expliqueront ces phénomènes en apparence si extraordinaires de la suggestion *à l'état de veille;* mais, pour nous, il nous semble qu'ils peuvent être expliqués en accordant à l'idée suggérée une action analogue à celle des agents physiques qui déterminent la sensibilité, la motilité et les actes psychiques.

Les agents psychiques, par l'intermédiaire du système nerveux périphérique, déterminent l'activité des centres psycho-moteurs et psycho-sensitifs; de même l'idée suggérée, par l'intermédiaire du système nerveux auditif, détermine l'activité psychique intellectuelle, laquelle activité se manifeste par des actes psycho-moteurs ou psycho-sensitifs des deux côtés du corps ou d'un seul côté, et cette activité peut être transférée par des commissures cérébrales d'un hémisphère cérébral à l'hémisphère du côté opposé.

Dans l'état de veille, la suggestion est substituée, après une lutte très appréciable, à la perception première du sujet. Cette lutte se traduit par une résistance d'abord absolue, à laquelle succèdent l'hésitation, puis enfin l'acceptation de l'idée suggérée, imposée, laquelle se manifeste par des phénomènes sensitivo-moteurs en rapport avec l'idée suggérée.

M. LABORDE fait observer que l'extraordinaire n'a plus de limites dans ces sortes de faits. Il cite le fait suivant : Un attaché au laboratoire de physiologie commande *mentalement* à une hystérique d'avoir ses règles tel jour, à telle heure : elle n'y a pas manqué.

Le jequiriti. — M. CORNIL, en son nom et au nom de M. Berlioz, fait une communication sur le jequiriti. Cette substance est, on le sait, employée par les oculistes dans le but de provoquer des inflammations substitutives. MM. Cornil et Berlioz ont inoculé cette substance à des animaux; ils ont déterminé sous la peau de vastes phlegmons et ont constaté que ces animaux pouvaient être en quelque sorte vaccinés contre les microbes du jequiriti; ils ont fait des injections dans le péritoine et dans la plèvre et ont provoqué des péritonites et des pleurites. Ils ont amené ainsi la formation de véritables embolies contenant les micro-organismes du jequiriti, de vrais infarctus dans le foie et ailleurs, etc. En un mot, quand cette substance est inoculée dans le système sanguin, il n'y a pas un tissu, recevant du sang, qui ne contiennent ces micro-organismes. D'après les expériences de MM. Cornil et Berlioz, le chien serait, beaucoup plus que les autres animaux, sensible aux microbes du jequiriti.

Procédé de contention. — M. DARSONVAL appelle l'attention sur un nouveau procédé de contention des animaux en expérience employé avec succès par M. Brown-Séquard. Ce procédé consiste à faire des injections de gaz acide carbonique sur le larynx. Sur un singe, par exemple, on ouvre la trachée, on y introduit une canule et, à travers cette canule, on fait arriver sur la muqueuse du larynx un jet d'acide carbonique. Après une minute, l'animal est devenu absolument analgésique. Les plaies faites sur lui restent sept jours insensibles. On peut mettre le cerveau à nu, et pour répéter les expériences déjà faites par M. Brown-Séquard, il suffit d'excitations électriques sept ou huit fois plus faibles que celles qu'il employait auparavant.

PRÉSENTATION

M. A. BLOCH présente la première partie d'une série d'expériences sur la vitesse relative des transmissions visuelles, auditives et tactiles. (Sera publié.)

La séance est levée.

Séance du 3 novembre 1883. — Présidence de M. P. BERT.

COMMUNICATIONS

Origine des vaisseaux lymphatiques. — M. SAPPEY fait une communication sur le mode d'origine des vaisseaux lymphatiques.

Son opinion sur ce sujet est suffisamment connue; le temps de l'affirmation, dit-il, est passé, celui de la démonstration est arrivé. Or il a pensé qu'il ne pourrait trouver de jury plus compétent, plus bienveillant et plus indépendant que la Société de biologie.

Il rappelle qu'en 1830, il a été découvert un réseau injectable au mercure qui a été considéré comme l'origine des vaisseaux lymphatiques; mais, au delà, il en existe un autre plus délié, plus délicat, plus riche; c'est sur ce dernier que M. Sappey va surtout appeler l'attention.

Il y a donc deux réseaux : un superficiel ou sous-papillaire (c'est celui qui a été découvert en 1830); l'autre, au-dessous, dans l'épaisseur même des papilles, c'est celui que M. Sappey a découvert et qu'il a proposé d'appeler réseau intra-papillaire ou réseau des lacunes et

des capillicules. Ce second réseau est beaucoup plus fin, plus riche, et a des connexions beaucoup plus intimes que le premier. Il comprend des cavités de deux ordres, les unes étoilées, les autres cylindriques. Ces cavités sont limitées par des courbes à convexités rentrantes. Les bords de ces cavités se rejoignent pour former des conduits d'une extrême capillarité, puisque leur diamètre mesure 1 millième de millimètre. Les cavités étoilées mesurent 3 millièmes de millimètre. De ce réseau partent des troncules qui se portent de la base vers le sommet des papilles. La disposition de ces troncules est très variable. On constate leur existence dans toutes les papilles.

M. Sappey fait passer sous les yeux de la Société des pièces microscopiques sur lesquelles on peut voir la démonstration de ce qu'il avance.

Vitesse comparative des impressions sensorielles. — M. BLOCH termine la communication qu'il a commencée sur ce sujet dans la dernière séance. (Sera publiée.)

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Je viens de lire la thèse d'agrégation de M. le docteur Segond sur la cure radicale des hernies. Il n'est pas douteux pour moi que l'auteur de cette thèse eût posé des conclusions moins absolues s'il avait pratiqué la chirurgie dans l'Amérique du Sud, pour des raisons qu'il serait trop long de développer ici. Je me contenterai aujourd'hui de faire une simple remarque, c'est que M. Segond a montré trop de complaisance pour les étrangers, pour les Allemands surtout, dans les tableaux d'observations qu'il a citées comme pièces justificatives. N'est-il pas, en effet, étrange de voir que, dans la *Cure radicale des hernies inguinales non étranglées*, on ne trouve pas la citation d'un seul journal de médecine français. Or, si l'auteur de la thèse avait accordé à nos recueils scientifiques une petite partie de l'attention qu'il a eue pour les journaux allemands, il aurait trouvé dans le nº 117 de la *Gazette des hôpitaux*, 10 octobre 1882, l'observation d'une *cure radicale de hernie inguinale non étranglée*, pratiquée par moi, à Rio-de-Janeiro, le 22 juillet 1881, et suivie de guérison. Je me fais un plaisir de signaler cette omission à mon confrère, afin qu'il puisse compléter son magnifique tableau des hernies, lorsqu'il fera une nouvelle édition de son intéressante monographie.

Bahia, 30 septembre 1883.

Dr A. FORT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE.

Dans sa séance du 10 octobre dernier, la Société médicale des Bureaux de bienfaisance a pris la résolution suivante :

« La Société médicale des Bureaux de bienfaisance, considérant les inconvénients qui résultent du mode de nomination actuel des médecins des Bureaux et les inconvénients non moins considérables qui pourraient résulter de la mise à exécution du projet formulé par la commission du ministère de l'intérieur, trouvant d'autre part une amélioration sérieuse dans le projet du Conseil supérieur de l'Assistance publique, émet le vœu que ce dernier projet soit adopté.

« La Société médicale des Bureaux de bienfaisance émet en outre le vœu que le jury du concours soit composé de trois membres, dont un médecin ou chirurgien des hôpitaux et deux médecins des Bureaux de bienfaisance, conformément à l'opinion de la commission du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. »

Voici, relativement au mode de nomination des médecins, les articles correspondants des deux projets :

PROJET DE LA COMMISSION DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR.	PROJET DU CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.
ART. 19. Les médecins du service des secours à domicile sont nommés à l'élection. Tous les ans, au mois de janvier, dans chaque arrondissement, les docteurs en médecine domiciliés dans cet arrondissement sont convoqués par le maire pour élire un délégué. Les délégués des vingt arrondissements constituent le corps électoral chargé d'examiner les titres des candidats et de dresser la liste des élus.	ART. 19. *Les médecins des Bureaux de bienfaisance comprennent des médecins titulaires et des médecins suppléants.* *Ils sont nommés au concours.* *Les médecins titulaires sont pris parmi les médecins suppléants.*
ART. 20. Les médecins des Bureaux de bienfaisance sont institués par le ministre de l'intérieur pour trois années qui commencent à courir du 1er janvier qui suit leur institution. Ils peuvent être réinstitués tant qu'ils n'ont pas accompli leur soixantième année. La liste des médecins proposés pour une nouvelle institution est adressée au ministre au plus tard le 1er décembre.	ART. 20. *Les médecins de Bureaux de de bienfaisance sont institués par le ministre de l'intérieur pour quatre années qui commencent à courir du 1er janvier qui suit leur institution.* *Les médecins actuellement en exercice sont réinstitués par le ministre de l'intérieur, ainsi qu'il va être dit, sans qu'ils aient à se soumettre au concours. Ils sont répartis par le tirage au sort en quatre séries.* *La première série est réinstituée pour un an ; la deuxième série pour deux ans ; la troisième série pour trois ans ; la quatrième série pour quatre ans.* *A l'expiration du temps pour lequel ils ont été réinstitués, les médecins des Bureaux de bienfaisance peuvent être réinstitués par le ministre pour une nouvelle période de quatre ans, qu'ils tiennent leur titre de l'élection ou du concours.* *Aucun médecin ne peut rester en activité après sa soixante-cinquième année.*

La Société médicale des Bureaux de bienfaisance, désirant puiser dans l'approbation des Sociétés médicales d'arrondissement l'appui nécessaire pour soutenir le vœu qu'elle a formulé, soumet sa décision à la discussion et au vote de ces Sociétés, et, vu l'urgence, les prie d'envoyer le résultat du vote avant le mardi 13 novembre, à M. le docteur Passant, secrétaire général de la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance, rue de Grenelle, 39.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 novembre 1883, M. Fontan, médecin de première classe, a été promu au grade de médecin-professeur de la marine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques de première année, travaux de physique, de chimie et d'histoire naturelle auront lieu, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1883-1884, aux jours et heures ci-après désignés, dans les laboratoires installés, à cet effet, à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin.

1° *Physique :* Le mardi, le jeudi et le samedi de quatre heures à six heures du soir. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Guebhard, chef des travaux (ancien collège Rollin), du lundi 5 au samedi 10 novembre, de neuf heures à onze heures du matin.

2° *Chimie :* Le mardi, le mercredi et le jeudi de huit heures à dix heures et demie du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Gautier, chef des travaux (ancien collège Rollin), du lundi 5 au samedi 10 novembre, de neuf heures à onze heures du matin.

3° *Histoire naturelle :* Le lundi et le jeudi, pour la première série, et le mardi et le samedi pour la deuxième série, de neuf heures à onze heures du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (ancien collège Rollin), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de neuf heures à onze heures du matin. MM. les élèves devront, au préalable, s'être fait inscrire pour la chimie.

En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits.

Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils sont prévenus de leur mise en séries par MM. les chefs des travaux pratiques.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de :

MM. Orcel, Loison, Chaintre, Audry, Bernard, Michel, Faivre, Guillaud, Bouchet, E. Pitiot, Bonnaud, Stourme, Pic, Condamin, Favelier, Moncorgé, Bassot, Chalon, Chobaut, Fallot, Bonnevay, Riche, Marchessaux, Papoutzanis, Courtot, Cotton, Converset, Guilleret, Courmont, F. Pitiot, Bret, Garcin, Devillebichot, Chaumier, Groth, Tillier, Puig, Feyat et Chevallet.

— M. Nicolle, publiciste, est chargé d'une mission dans les pays d'extrême-Orient, à l'effet d'y entreprendre des recherches anthropologiques et ethnographiques.

— M. Humblot, naturaliste, est chargé d'une mission à l'effet d'explorer, au point de vue botanique et zoologique, les bassins du Gabon, de l'Ogooué et du Congo.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les conférences annuelles pour les sciences physiques et naturelles auront lieu dans l'ordre suivant. Les étudiants n'y seront admis qu'après s'être fait inscrire au secrétariat de la Faculté des sciences et sur la présentation de leur carte d'entrée :

Physique. — M. Mouton, maître de conférences, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis à neuf heures, dans le laboratoire d'enseignement de la physique. — M. Bouty, maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par M. le professeur Jamin. Ces conférences auront lieu les mardis et samedis à quatre heures, dans le nouvel amphithéâtre.

Minéralogie. — M. Jannetaz, maître de conférences, les mardis et les samedis à huit heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie.

Chimie analytique. — M. Joly, maître de conférences, les mardis et les samedis à dix heures et demie, fera, au nouveau laboratoire, des leçons et des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Debray.

Chimie. — M. Salet, maître de conférences, fera, les mercredis et les vendredis, dans son laboratoire, des conférences sur différents points indiqués par M. le professeur Wurtz. — M. Riban, maître de conférences et directeur-adjoint du laboratoire de chimie, tous les jours, de neuf heures à midi et de une heure à cinq heures, pour les travaux, tandis que les manipulations pour la licence auront lieu les lundis, mercredis, jeudis et vendredis à neuf heures.

Anatomie et physiologie. — M. J. Chatin, maître de conférences, fera, les lundis et jeudis à dix heures, dans le nouvel amphithéâtre, des conférences sur diverses parties de l'étude anatomique et physiologique des animaux indiqués par M. le professeur H. Milne-Edwards.

Zoologie expérimentale. — M. Joliet, maître de conférences, fera, au laboratoire de zoologie expérimentale, les jeudis à onze heures du matin et les samedis à sept heures et demie du soir, des conférences sur des sujets indiqués par M. le professeur de Lacaze-Duthiers.

Géologie. — M. Vélain, maître de conférences, les lundis et jeudis, à neuf heures, dans le nouvel amphithéâtre. De plus, les élèves seront exercés à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis de neuf heures à onze heures et demie.

— Les candidats aux baccalauréats ès sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté; les registres sont clos irrévocablement cinq jours avant l'ouverture des sessions qui ont lieu le 10 juillet et le 25 octobre 1884.

Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet. — Les sessions pour les trois licences auront lieu : la première en octobre 1883 ; la deuxième du 1er au 31 juillet 1884. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription sera close huit jours avant l'ouverture de la session.

— Samedi soir a eu lieu, 23, rue Richer, la quatrième séance d'ouverture de l'École et hôpital dentaires de Paris. M. le professeur Verneuil occupait le fauteuil de la présidence d'honneur, ayant à ses côtés M. Lecaudey, directeur de l'École, et M. le docteur Pinard, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Après une allocution de M. Verneuil, M. Lecaudey a exposé l'état prospère de l'École dentaire et annoncé la création de deux nouveaux cours : micrographie et prothèse. Lecture a été donnée ensuite des récompenses accordées aux élèves de l'année scolaire 1882-1883. Les deux premiers lauréats *ex æquo* sont : MM. Heide, de Christiania, et Lemerle, de Paris.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 14 novembre à huit heures précises du soir, à l'Administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : — 1° Constitution médicale du mois d'octobre ; policlinique. — 2° Pantographie. Applications chirurgicales, par M. Mallez.

— La « Compagny of Grocers' », à Londres, offre au concours universel un prix de 25,000 francs pour la solution du problème suivant :

« Découvrir une méthode au moyen de laquelle le virus vaccinal puisse être cultivé dans un milieu indifférent. La méthode doit permettre de multiplier le virus indéfiniment par générations successives, et le produit de chaque génération doit accuser les qualités de la lymphe vaccinale naturelle (autant que le délai accordé en permettra l'épreuve). »

Les candidats devront remettre leurs travaux, en anglais, avant le 31 décembre 1886, et le prix sera décerné aussitôt que possible après cette date. On obtiendra de plus amples informations en s'adressant à *The Clerk of the Grocers Company, Grocers Hall E.-C. Londres.*

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours de physiologie, professé à la Faculté de médecine de Paris, 1882-1883, par O. Cadiat, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chargé du cours auxiliaire de physiologie. *Physiologie générale. Génération. Organes des sens.* 1 vol. petit in-4° de 250 pages (texte et dessins autographiés). — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches anatomiques et physiologiques sur le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, par le docteur O. Maubrac. 1 vol. in-8° de 60 pages avec 7 planches. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Développement de l'utérus et du vagin, par Gustave Imbert. In-8° de 100 pages avec des figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Des inoculations préventives dans les maladies virulentes, à propos des vaccinations charbonneuses faites sous le patronage de la Société d'agriculture de la Gironde, au château de M. Bert, à Calais, par le docteur M. Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Brochure in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Des cystalgies et de leur traitement chirurgical, par le docteur Gergaud. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Hémorragie artérielle produite par une piqûre de sangsue, par le docteur Paul Fabre (de Commentry). In-8° de 8 pages. — Prix : 50 centimes. — Paris, O. Doin.

De l'érythème polymorphe exsudatif ou maladie d'Hébra, par le docteur Paul Fabre (de Commentry). In-8° de 48 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

La question médicale, enseignement et exercice de la médecine, par le docteur Deroye. In-8° de 61 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15283.

N° 128. — JEUDI 8 NOVEMBRE 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 8 NOVEMBRE 1883. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU. Phlegmon de la paroi abdominale. — LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE. Vitesse relative des transmissions visuelles, auditives et tactiles. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été occupée tout entière par deux lectures; l'une de M. Hervieux sur l'influence des épidémies puerpérales sur le terme de l'accouchement, l'autre de M. Bouchardat sur la genèse des parasites des maladies contagieuses.

M. Hervieux avait remarqué depuis longtemps qu'un grand nombre de femmes de son service à la Maternité accouchaient avant terme. Mais dans quelles proportions? Il l'ignorait. Sous l'influence de quelle cause? Il le soupçonnait, mais il n'aurait osé l'affirmer. Pour arriver à la solution de ce double problème, il a entrepris le dépouillement de tous les accouchements qui ont eu lieu à la Maternité dans une période de onze années, depuis 1861 jusqu'à la fin de 1872. C'est avec ce document considérable qu'il a pu arriver aux conclusions, fortement motivées, qu'il a développées dans ce mémoire et qui peuvent se résumer dans ces propositions : Ce n'est ni à la misère physiologique, ni à la misère morale, ni aux vicissitudes atmosphériques qu'il faut attribuer le nombre considérable des accouchements prématurés, comme on est généralement disposé à le faire; c'est dans l'état sanitaire même de l'établissement qu'il faut chercher les causes des différences observées dans le nombre des accouchements prématurés, c'est-à-dire dans la contagion et dans le séjour prolongé des femmes à l'hôpital avant leur accouchement. D'où la conclusion pratique, qui s'en déduit logiquement, de cesser d'admettre des femmes enceintes à la Maternité quand il y règne une épidémie de fièvres puerpérales, et, en tout temps, de ne les y admettre que le plus près possible du terme de leur grossesse.

Le mémoire de M. Bouchardat est une suite de ses études sur le rôle des parasites dans les maladies contagieuses. Le choléra, la fièvre typhoïde, la tuberculose, ont eu leur tour. C'est aujourd'hui celui du typhus fever, de la fièvre de famine. Il y trouve moins encore que pour celles-là la nécessité de l'intervention de l'étiologie microbienne, avec laquelle tout serait obscur pour l'intelligence de la genèse de cette affection, tandis que tout est clair, se suit et s'enchaîne logiquement avec les notions que nous fournit l'observation.

M. Hervieux aussi, dans son mémoire, a touché, mais incidemment et comme en passant, à la doctrine microbienne, pour se demander jusqu'à quel point elle pourrait être applicable à l'étiologie des épidémies de fièvre puerpérale. Il s'est déclaré acquis en principe à la doctrine des germes, mais tout en réservant la question jusqu'à démonstration par l'expérimentation ou par des observations cliniques nouvelles.

La journée, on le voit, a été un peu moins bonne pour la microbie que la précédente.

— A propos de la séance précédente, nous tenons à rectifier ici tout spontanément une erreur qui s'est glissée dans notre Premier-Paris du numéro du 1er-3 novembre.

Au sujet du rapport de M. Bouley sur les recherches de MM. Bouchard, Capitan et Charrin relatives à la nature de la morve, nous avons cité celles de MM. Christot et Kiéner, ajoutant à ces deux noms : *de Berlin*. Là était l'erreur. MM. Christot et Kiéner ne sont pas du tout de Berlin, ils sont parfaitement Français et connus de beaucoup d'entre nous. M. Kiéner est agrégé au Val-de-Grâce et membre de la Société médicale des hôpitaux. M. Christot, mort depuis, était un jeune médecin distingué de l'École de Lyon. Et ce n'est pas à Berlin, mais bien à Lyon, dans le laboratoire de M. Chauveau, qu'ils ont fait leurs recherches sur les affections farcino-morveuses, présentées en leur nom à l'Académie des sciences par Cl. Bernard dans la séance du 23 novembre 1868.

Ce qui a amené cette confusion, c'est qu'il avait été question, quelques lignes plus haut, dans le rapport de M. Bouley, d'expériences analogues à celles de M. Bouchard, faites à peu près à la même époque, en 1882, dans le laboratoire impérial d'hygiène de Berlin, par M. le docteur Schütz, professeur à l'École vétérinaire, et le docteur Loffter, assistant du docteur Koch. *Cuique suum et patria sua.*

HOTEL-DIEU. — M. PEYROT.

Phlegmon de la paroi abdominale.

Hier est entré dans notre service un malade très intéressant, un homme de quarante-deux ans, qui porte dans la fosse iliaque, dans la région hypogastrique gauche, une tuméfaction assez considérable, avec peau rouge et tendue. Le début remonte à quinze jours environ, il a été caractérisé par une douleur dans la fosse iliaque gauche, par de petits

frissons et de la fièvre. La palpation de l'abdomen au niveau de la douleur donne la sensation d'une fluctuation manifeste, d'un phlegmon suppuré, dont le développement a été assez rapide.

L'histoire des phlegmons des parois abdominales a été faite avec un très grand luxe de détails, et ceux-ci, bien que décrits selon les régions qu'ils occupent, rentrent beaucoup plus dans les phlegmons profonds que dans les phlegmons superficiels proprement dits. Il y a des phlegmons qui sont le résultat de la présence de corps étrangers au niveau de l'ombilic, tels par exemple que des matières grasses, de la poussière. Il y a aussi des phlegmons interstitiels de la paroi survenant par suite d'une altération des muscles, de leur inflammation, par suite de décharges infectieuses dans leur épaisseur comme dans le cours de la fièvre typhoïde par exemple. Enfin il y a une troisième classe de phlegmons qui siègent au-dessous des muscles et en dehors du péritoine.

Mais le phlegmon qui nous occupe aujourd'hui ne rentre dans aucune de ces trois classes. Notre malade nous raconte qu'il y a un mois, sans avoir commis aucun excès, il a été pris tout à coup d'une diarrhée très abondante et telle qu'il eut jusqu'à dix et quinze selles par jour. Cet homme, ouvrier en bâtiments, est sans aucune tare, scrofuleuse ou autre. Il s'est très mal soigné et a continué à travailler. La diarrhée a persisté pendant quinze jours et s'est arrêtée toute seule, à un moment donné, de telle sorte que le malade s'est cru guéri. Mais, dès le lendemain, il éprouvait une douleur un peu vive, contusive, profonde dans la fosse iliaque gauche; néanmoins elle ne l'empêcha pas de marcher, elle ne s'accompagna d'aucune irradiation nerveuse crurale ou sciatique. Bref, il ne se sentait pas très malade; et s'il s'est décidé à venir à l'hôpital, c'est à cause de la tuméfaction du ventre. Il est entré tout d'abord dans un service de médecine où au premier moment on s'est demandé si l'on n'allait pas avoir affaire à quelque péritonite. Mais, ayant été appelé à le voir avant-hier, j'ai constaté une induration sans fluctuation, sauf dans une petite étendue affectant les dimensions d'un œuf de poule et située un peu au-dessus de l'arcade de Fallope. La fluctuation en ce point était alors si manifeste, si superficielle, tellement sous la main, que je me demandais si ce que je prenais pour une collection purulente n'était pas une anse intestinale distendue par des gaz.

Ainsi donc, développement assez lent de la tumeur, douleur assez modérée et toutes les apparences d'un phlegmon profond et non d'un phlegmon de la paroi. Un instant ma pensée s'était portée aussi sur une péritonite localisée, mais je ne m'y suis pas arrêté et les antécédents diarrhéiques, entre autres faits, m'ont conduit à diagnostiquer une collection purulente. C'est alors que j'ai fait, avec l'aiguille de la seringue de Pravaz, une ponction exploratrice; deux gouttes de pus ont confirmé mon diagnostic.

Ces phlegmons de la nature de celui-ci n'ont aucun rapport avec les véritables phlegmons profonds de la fosse iliaque qui, par la propagation de l'inflammation au psoas iliaque, ont toujours un certain retentissement sur le membre inférieur et entraînent avec eux une raideur musculaire plus ou moins accusée. Ici nous n'avons rien de cela; c'est pourquoi également je dis que nous avons affaire à un phlegmon situé derrière la paroi antérieure de l'abdomen qui est son point de départ, phlegmon qui s'est développé d'une façon subaiguë. L'étiologie en est assez difficile; cependant nous avons une diarrhée continue pendant quinze jours, phénomène que l'on rencontre dans un très grand nombre de cas sans que l'on puisse dire souvent à quoi il tient. Quelquefois cependant cette diarrhée était due à la présence d'un corps étranger dans l'intestin qui était éliminé plus tard soit par les voies naturelles, soit par la voie phlegmoneuse.

Ici le malade a eu une entérite et il est probable que l'inflammation de l'intestin a été suivie de l'adhérence des deux feuillets de la séreuse, qu'une perforation a eu lieu et que l'inflammation a gagné le tissu cellulaire sous-séreux, sans donner lieu cependant à aucun accident de péritonite.

Notre diagnostic ayant donc été confirmé par la ponction exploratrice, il nous reste maintenant à intervenir chirurgicalement. Nous allons faire venir le malade et tout simplement pratiquer une incision verticale qui portera sur toute la hauteur des phlegmons, de telle sorte que nous avons tout lieu d'espérer une bonne et prompte guérison.

Je dois ajouter, avant de terminer ce que j'ai à dire sur ce malade, que l'on a signalé maintes fois, dans le pus de ces abcès, des caractères particuliers. C'est ainsi que le pus en est souvent rougeâtre, d'une teinte chocolat qui reste encore actuellement assez inexpliquée; il contient aussi quelquefois du gaz, surtout si le phlegmon est déjà de date ancienne. Ici je n'ai pas perçu, dans mon exploration de la tumeur, de bruit hydroaérique. Il est vrai, du reste, que le phlegmon est beaucoup trop récent. Cependant ces abcès dégagent généralement une odeur fétide, dont la cause n'est pas bien déterminée non plus, surtout lorsqu'il n'y a pas encore de gaz développés dans le foyer purulent.

Quant au pronostic, il me paraît ici très bénin, malgré les dimensions de la poche qui renferme le pus collecté; du reste, je l'ai déjà dit tout à l'heure, j'espère une bonne et rapide guérison.

Après l'opération, nous ferons des lavages du foyer avec l'eau phéniquée au cinquantième et nous placerons des drains dans la plaie.

LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE

Vitesse relative des transmissions visuelles, auditives et tactiles.

Par M. le docteur A. Bloch.

L'auteur n'a employé que les seuls instruments en usage dans le laboratoire de M. Marey, ce qui permet de contrôler aisément ses résultats.

Il divise son travail en trois parties distinctes, chacune comprenant la comparaison de deux sensations :

1° Audition et toucher;

2° Audition et vision;

3° Vision et toucher.

1° Dans la première série expérimentale, le son était produit par une lame d'acier qui, à chaque tour du cylindre enregistreur, venait heurter une épingle fixée sur la surface de l'instrument.

L'excitation tactile consistait dans l'effleurement d'un doigt de la main par un onglet de baleine amincie, fixé également sur le cylindre, normalement à sa surface.

Le moment où le son se produisait demeurait fixe; quant au choc sur la main, on l'avançait ou on le reculait, en glissant la main le long d'un tuteur placé devant le cylindre.

Les repères des deux excitations étaient pris sur une bande de papier noirci, au moyen du style d'un tambour à levier qu'on faisait jouer, pendant le repos du régulateur, aux instants précis où l'épingle était heurtée et où le doigt était effleuré.

La distance entre les repères était mesurée par les vibrations inscrites d'un diapason de 500 V. S.

Cela posé, l'expérience consistait à rechercher, par tâtonnements, dans quelles circonstances d'écartement entre les deux excitations on pouvait constater la simultanéité des deux sensations, auditive et tactile.

Cette simultanéité se manifeste seulement lorsque l'excitation tactile prend le son et dans toutes les positions comprises entre

$$\frac{14}{250} \text{ et } \frac{5}{250} \text{ de seconde.}$$

M. Bloch interprète ces résultats par les effets combinés des durées de transmission et des durées de persistance du toucher et de l'audition.

Il pose, en conséquence, les équations suivantes :

$$T + P = \frac{14}{250} + S$$

$$\text{et } T = \frac{5}{250} + S + P'$$

désignant par T, le temps de la transmission tactile ;
— par S, celui de la transmission auditive ;
— par P, la persistance du toucher ;
— par P', celle de l'audition.

Or, par des expériences directes, il a mesuré la durée des persistances, cherchant, pour le son, quel intervalle de deux sons pareils donnait une seule sensation auditive et, pour le toucher, quel écartement des deux onglets, frappant successivement le doigt, donnait un synchronisme apparent.

$$\text{Il évalue P à } \frac{1}{42} \text{ de seconde ;}$$

$$\text{P' à } \frac{1}{84},$$

et insiste sur cette considération que les persistances sensorielles varient avec la quotité des sensations et que les chiffres précédents représentent uniquement les persistances des sensations dont il s'est servi.

De là ressort la valeur relative des transmissions auditives et tactiles et les équations précédemment écrites deviennent :

$$T = S + \frac{1}{31}$$

$$T = S + \frac{1}{31}.$$

Chacune des deux parties de l'expérience venant contrôler l'autre et donnant, en dernière analyse, ce résultat :

La transmission tactile, pour un doigt de la main, dure $\frac{1}{31}$ *de seconde de plus que la transmission auditive.*

Comparant l'audition à la vision, l'auteur se sert, comme dans l'examen du toucher par rapport au son, du phénomène de la simultanéité des sensations.

Estimant à $\frac{12}{250}$ de seconde la persistance de la vision, pour l'objet lumineux dont il a fait usage, il trouve la simultanéité, lorsque le son, S, est premier, jusqu'à $\frac{7}{250}$ de seconde, et, lorsque l'excitation visuelle, V, précède le son, jusqu'à $\frac{9}{250}$ de seconde.

De là, il pose les équations :

$$S + \frac{1}{84} = \frac{7}{250} + V$$

$$\text{et } V + \frac{12}{250} = \frac{9}{250} + S,$$

d'où la moyenne :

$$S = V + \frac{1}{72}.$$

Il insiste sur la variabilité des temps de persistance, relativement aux intensités des excitations sensorielles, et, au lieu d'un papier métallique donnant $\frac{12}{250}$ de seconde pour la persistance de la sensation, il fait une expérience de contrôle au moyen d'une bande de papier blanc.

Ici, la persistance n'est plus que de $\frac{7}{250}$ de seconde, mais les intervalles varient d'une façon correspondante dans l'expérience des simultanéités et le résultat est le même.

Le rapprochement des deux équations :

$$S = V + \frac{1}{72},$$

$$T = S + \frac{1}{31},$$

$$\text{donne } T = V + \frac{1}{21}.$$

Mais, en expérimentant directement, au moyen de deux excitations, l'une visuelle, l'autre tactile, il est possible de contrôler le résultat du calcul.

L'auteur a trouvé $\frac{1}{19}$ et $\frac{1}{25}$ de seconde par le procédé direct ; il se dit, par conséquent, en droit de conserver $\frac{1}{21}$ de seconde pour moyenne, et il termine par la conclusion suivante :

Des trois sensations physiques, la vision est la plus rapide. Puis vient le son, dont la transmission dure $\frac{1}{72}$ *de seconde de plus que la transmission visuelle ; enfin le toucher, sur la main, dont la transmission dure* $\frac{1}{21}$ *de seconde de plus que la transmission visuelle.*

En dernier lieu, il estime que l'expression : équation personnelle, ne doit être employée que lorsqu'il s'agit d'une réponse volontaire à une excitation sensorielle.

Il propose d'appeler : LIMITE D'APPRÉCIATION, l'intervalle, irréductible et impersonnel, qui dépend des actions combinées des transmissions et des persistances.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° une note de M. le docteur Mandon (de Limoges) sur l'emploi rationnel du chlorate de potasse dans les angines diphtéritiques ; 2° divers documents sur la préservation des maladies infectieuses par le cuivre adressées par M. Burq.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. Rochard, qui remercie l'Académie des témoignages d'intérêt et d'affection qu'elle lui a donnés à l'occasion de l'accident dont il a été victime.

COMMUNICATIONS

Pathogénie des accouchements prématurés. — M. HERVIEUX fait une communication sur ce sujet.

Il a fait le dénombrement des accouchements accomplis à la Maternité du 1er janvier 1861 au 31 décembre 1872. Il s'y est fait, dans cet espace de temps, 16,173 accouchements. Sur ces 16,173 accouchements il y en a eu 5,236 avant terme, soit environ 32 p. 100. Tandis que la moyenne a été, pour les six premières années, de 33,96 p. 100, elle a été seulement de 27,56 p. 100 dans les six dernières. Quelles sont les causes de ces différences ?

On a invoqué, pour expliquer la fréquence des accouchements prématurés, la misère physiologique, la misère morale. Si ces causes étaient les seules qu'il fallût invoquer, on devrait avoir des chiffres d'autant plus élevés dans le nombre des accouchements prématurés que l'on aurait affaire à des années moins prospères. L'action de ces causes aurait donc dû se faire sentir d'une façon toute particulière pendant les années 1870 et 1871. Or le nombre

des accouchements prématurés observés dans le cours de ces deux années correspond au chiffre minimum; il est de 19 à 21 p. 100. Les chiffres maxima correspondent, au contraire, aux années les plus prospères. On ne saurait donc attribuer à la misère physiologique ni à la misère morale l'augmentation du nombre des accouchements prématurés.

On a fait intervenir les vicissitudes atmosphériques pour expliquer les différences observées dans le nombre des accouchements prématurés; mais comment expliquer par cette cause les différences observées entre les six premières années et les six dernières?

On a également invoqué les constitutions médicales. Mais, pour M. Hervieux, il n'y a pas de vraies constitutions médicales, il n'y a que des pseudo-constitutions médicales en ce qui concerne la puerpéralité.

Il est tout un ordre de causes sur lequel veut insister particulièrement M. Hervieux, c'est le suivant : les vétérinaires ont remarqué que lorsqu'une vache avorte dans une étable, d'autres vaches avortent comme s'il y avait une sorte de contagion. M. Hervieux passe en revue les différentes explications qui ont été données de ces avortements épidémiques dans les étables, puis rapprochant ces faits de ceux qu'il a constatés à la Maternité, il arrive à cette conclusion que c'est dans l'état sanitaire de la Maternité qu'il faut chercher les causes des différences observées dans le nombre des accouchements prématurés.

Comparant en effet la courbe indiquant la progression croissante pendant les six premières années, décroissante pendant les six dernières, des accouchements prématurés avec la courbe de la mortalité, on voit que c'est dans les années où le fléau puerpéral a le plus sévi que le nombre des accouchements prématurés a été le plus considérable. Toutefois, alors qu'à partir de 1864 la courbe de la mortalité indique une notable décroissance, la courbe des accouchements prématurés continue à s'élever jusqu'en 1867. Pourquoi cette différence? C'est parce que, dans la courbe de la mortalité, on ne tient compte que de la mortalité des femmes, tandis que si l'on observe ce qui se passe chez les enfants, on voit que la mortalité infantile continue à être considérable de 1864 à 1867. On sait, en effet, que le fléau puerpéral agit tantôt à la fois sur la mère et le fœtus, tantôt seulement sur la mère, tantôt seulement sur le fœtus.

M. Hervieux accorde également une grande importance à l'influence du séjour à l'hôpital sur le chiffre des accouchements prématurés. Plus une femme enceinte séjourne dans un milieu infecté, plus elle a de chances d'accoucher avant terme.

Voici les conséquences théoriques que M. Hervieux tire de ce mémoire :

Il est une doctrine extrêmement séduisante que Cruveilhier avait soutenue avec son talent habituel dans la discussion académique de 1858 sur la fièvre puerpérale ; cette doctrine, c'est celle du traumatisme puerpéral. Cruveilhier avait le premier comparé la surface utérine après la délivrance à une plaie d'amputation. C'est sur cette comparaison que repose la théorie qui fait dépendre de ce traumatisme physiologique les accidents généraux et locaux auxquels sont exposées les femmes en couche.

On savait depuis longtemps qu'un certain nombre de femmes enceintes sont susceptibles de contracter une septicémie purpérale, qui tantôt se borne à provoquer l'accouchement avant terme, et tantôt se développe avec tous ses caractères après l'expulsion prématurée du fœtus ; mais ces faits si connus, si indiscutables qu'ils fussent, étaient considérés comme des exceptions.

Aujourd'hui nous savons, grâce à la statistique que j'ai établie, que les prétendus faits isolés ou négatifs se chiffrent par milliers. Le traumatisme puerpéral n'est donc point la condition obligée, indispensable, du développement de la septicémie puerpérale. Il peut être une condition favorable, prédisposante, occasionnelle, d'accord ; mais nécessaire, *sine quâ non*, nullement.

Une autre conséquence théorique de notre travail, c'est qu'il démontre victorieusement que la plaie placentaire n'est pas la porte d'entrée du poison puerpéral ou tout au moins ne serait pas la seule voie par laquelle il pénètre. Chez la femme enceinte, la cavité utérine est close, et par conséquent il n'y a pas de surface interne comparable à une plaie, pas de bouches vasculaires béantes et par suite aucun point accessible au principe septique. Une large voie existe pour expliquer l'absorption de ce principe, c'est la voie respiratoire. Or, si tel est le mode d'introduction du poison, l'empreinte placentaire se trouve dépossédée, au moins en partie, du privilège de faire pénétrer l'agent toxique dans l'économie. Faut-il admettre pour la femme enceinte, comme MM. Franck (de Munich) et Roloff pour les femelles de l'espèce bovine en état de gestation, que des bactéries peuvent s'introduire dans l'utérus, s'y développer, s'y multiplier et amener la décomposition de l'œuf et de la membrane? J'ai toujours défendu l'idée d'une cause matérielle pour les maladies puerpérales et, par conséquent, je suis d'avance acquis à la théorie des germes. Mais cette théorie est-elle applicable, telle que l'a conçue et formulée M. Pasteur, à la septicémie des femmes enceintes. Je pense, d'accord avec M. Bouley, qui est parmi nous le représentant des idées de M. Pasteur, qu'il y a lieu de réserver la question de la théorie microbienne en tant qu'elle s'appliquerait à la fièvre puerpérale jusqu'à ce qu'elle fût tranchée soit par l'expérimentation, soit par des observations cliniques ultérieures.

En conséquence, je m'en tiendrai là de cet exposé et le terminerai par deux conclusions pratiques : En temps d'épidémie, toute Maternité doit être fermée aux femmes enceintes. Hors le temps d'épidémie, les femmes enceintes ne doivent être admises dans une Maternité qu'autant qu'elles sont aussi rapprochées que possible du terme de l'accouchement.

Genèse des parasites des maladies contagieuses. — M. BOUCHARDAT lit un travail intitulé : *Études sur la genèse des parasites des maladies contagieuses.*

Dans la séance du 4 septembre, M. Bouchardat a commencé l'exposition de ses études sur la genèse des parasites des maladies contagieuses, par celui de la tuberculose ; il se propose, dans ce travail, de discuter l'étiologie du typhus fever. Avant de le faire, il émet quelques considérations générales sur ce sujet et il résume sa dissertation dans les termes suivants :

De cette discussion et des observations médicales sur lesquelles elle repose. Je me crois en droit de conclure : 1° que le parasite du typhus fever n'existe point partout; — 2° qu'il prend naissance par la transformation d'organites normaux, suite de l'exténuation provenant de la continuité de la famine ou de la continuité des affections typhigènes ; — 3° que le parasite, en évoluant des corps des affamés ou de malades atteints d'affections typhigènes, est à son maximum de puissance, qu'il ne se propage pas à distance, qu'il est dangereux pour ceux qui s'approchent d'un malade atteint de typhus de genèse, que le danger s'accroît avec le nombre des malades encombrés ; — 4° que le parasite se modifie dans la nocuité, dans son mode d'action sur l'économie humaine par une suite de transmissions ; puis qu'il s'éteint définitivement.

L'efficacité des prescriptions hygiéniques qui s'appuient sur les conclusions précédentes est confirmée par d'unanimes observations. On doit éviter, par-dessus tout, d'encombrer des malades victimes de la famine ou atteints d'affections typhiques. La dispersion des foyers est d'urgente nécessité. Les médecins, les sœurs, les infirmiers, doivent prendre les plus grandes précautions contre le danger que fait courir, aussi bien pendant le jour que pendant les heures de sommeil, le parasite de genèse. Un des devoirs les plus impérieux d'un gouvernement, c'est de prévenir la famine dans toutes régions qu'il administre s'il veut éviter la genèse du typhus. L'Angleterre, qui n'a reculé devant aucun sacrifice pour détruire l'esclavage, fera les mêmes efforts pour prévoir et prévenir les famines de l'Irlande qui contribuent par leurs fréquents retours à y rendre le typhus endémique. Dès qu'un médecin d'armée verra dans un siège, dans une campagne, se multiplier les affections typhigènes, il devra annoncer l'évolution probable typhus, et, si cela est possible, le rapatriement des troupes épuisées. Si l'hygiène du typhus a une marche assurée quand elle s'appuie sur les notions que la clinique nous a fournies, sur la genèse et la propagation du parasite, aucune indication utile ne ressort de l'hypo-

thèse que ce parasite existe partout. Tout est caché, obscur avec cette hypothèse; tout s'explique facilement en admettant les conditions de sa genèse et de sa propagation. D'après l'observation des malades et de la connaissance de ses causes découle une hygiène irréprochable.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de zoologie (1), par C. Claus, professeur de zoologie et d'anatomie comparée à l'Université de Vienne.

La deuxième édition française de cet important ouvrage marche avec rapidité. Trois nouveaux fascicules (V, VI et VII) nous conduisent des Ostracodes aux Ascidiacés.

Après les Ostracodes, nous étudions le troisième ordre des Crustacés :

Les *Copépodes*, à corps allongé, en général nettement articulé, sans duplicature cutanée testacée, avec deux paires d'antennes, une paire de mandibules, une paire de mâchoires, quatre ou cinq paires de pattes biramées et un abdomen à cinq articles et dépourvu de membres.

Le quatrième ordre, *Cirripèdes*, comprend les crustacés sessiles, en général hermaphrodites, à corps indistinctement articulé, entouré par un repli cutané renfermant des plaques calcaires, munis dans la règle de six paires de pieds en forme de cirres.

M. Claus nous présente ensuite l'histoire des *Malacostracés*, qu'il divise en *Leptostracés*; en *Arthrostracés*, ces derniers se subdivisant en plusieurs ordres : Amphipodes, Isopodes ; en *Thoracostracés* (Cumacés, Stomatopodes, Podophthalmaires) ; et en *Gigantostracés*, groupe renfermant des fossiles ou le genre *Limulus*. Cette partie se termine par l'étude des *Trilobites*.

Le cinquième fascicule nous donne enfin le commencement de l'histoire des Arachnides. Ces arthropodes à respiration aérienne ou trachéales sont dépourvus d'ailes. Ils présentent un céphalothorax, deux paires de mâchoires, quatre paires de pattes et un abdomen apode.

Les Arachnides se subdivisent en Linguatulides, Acariens, Tardigrades, Aranéides, Phalangides, Podipalpes, Scorpionides, Pseudoscorpionides, Solifuges.

Avec le sixième fascicule, nous abordons l'histoire des Onychophores, dont le corps vermiforme présente une tête distincte pourvue de deux antennes. Ils ont des rudiments de pieds courts composés d'un petit nombre d'articles et terminés par deux griffes. Leur respiration est trachéenne. Confondus autrefois avec les Cumélides, ils ne renferment qu'un seul genre, *Peripatus*.

La quatrième classe est celle des *Myriapodes*, se subdivisant en *Chilognathes* et en *Chilopodes*.

La cinquième classe, celle des *Insectes*, forme tout le VI[e] fascicule et ouvre le VII[e] fascicule.

Les *Insectes* sont des arthropodes à respiration aérienne, à corps divisé en tête, thorax et abdomen. La tête porte une paire d'antennes ; le thorax est composé de trois anneaux, portant trois paires de pattes et le plus souvent deux paires d'ailes ; l'abdomen, formé de dix anneaux, est souvent très réduit.

L'auteur divise les Insectes en huit ordres : Orthoptères, Névroptères, Strepsiptères, Rhynchotes, Diptères, Lépidoptères, Coléoptères et Hyménoptères.

Le sixième embranchement est celui des Mollusques : animaux à symétrie bilatérale, non divisés en métamères, dépourvus de squelette locomoteur, mais munis d'un pied ventral, en général recouverts par une coquille calcaire univalve ou bivalve et présentant un cerveau, un collier œsophagien et des ganglions sous-œsophagiens.

Cet embranchement comporte cinq classes : Lamellibranches, Scaphopodes, Gastéropodes, Ptéropodes et Céphalopodes.

Le septième embranchement comprend, sous le nom de *Molluscoïdes*, des animaux bilatéraux, non divisés en métamères, renfermés dans une cellule ou dans un test bivalve, munis d'un appareil tentaculaire cilié, d'un tube digestif recourbé en anse et d'un ganglion.

Il comprend deux classes : les Bryozaires et les Brachiopodes.

Enfin le huitième embranchement, celui des Tuniciers, qui comprend des animaux à symétrie bilatérale, en forme de sac ou de tonneau, à chambre branchiale, avec deux larges orifices entre lesquels est situé un ganglion nerveux, pourvus d'un cœur et de branchies.

Là s'arrête le VII[e] fascicule. Il nous reste à remercier M. Moquin-Tandon de son excellente traduction, et M. Savy, l'éditeur, de la très intelligente illustration de cette nouvelle édition. Nous fermons ce fascicule sur la page 1120 de l'ouvrage et sur la figure 954.

Nouveaux Éléments de botanique (1), par M. Louis Crié, professeur à la Faculté des sciences de Rennes.

Ce livre a été écrit pour les candidats au baccalauréat ès sciences ; il sera parcouru avec intérêt et profit par les élèves en médecine et en pharmacie.

Contrairement à un ancien usage, M. le professeur Crié commence par retracer l'étude de l'organographie. Il juge avec raison que l'étude anatomique placée au début d'un livre élémentaire n'est pas fait pour faire beaucoup aimer la science. N'oublions pas que les « Nouveaux Éléments de botanique » répondent à la classe de quatrième de l'enseignement secondaire.

Après l'organographie et l'anatomie, l'auteur expose la morphologie et la physiologie végétales. Il a même eu l'idée de faire connaître, sous le nom de « Botanique rurale », les principales familles naturelles.

Cette étude des familles naturelles forme, en réalité, un second tome que l'éditeur a cru devoir joindre au premier.

Nous croyons pouvoir résumer l'impression que laissent ces « Nouveaux Éléments de botanique », en disant qu'il est écrit avec sobriété et simplicité. Il rendra la science aimable aux débutants. L'illustration paraîtrait presque exagérée si l'on s'en rapportait au chiffre des 1,332 figures inscrit sur le titre du livre. Mais il faut savoir qu'un très grand nombre de ces figures sont répétées. Le lecteur ne saurait, du reste, s'en plaindre beaucoup, si cette répétition des mêmes figures a porté à 1,158 les pages du volume, ce qui rend le volume disgracieux de forme ; il n'y a pas de mal à remettre souvent les mêmes figures sous les yeux d'un élève de quatrième. Elles se gravent d'autant mieux dans son esprit, et il ne faut pas trop compter sur les renvois.

Traité de botanique (2), par Van Tieghem, membre de l'Institut.

Ces deux nouveaux fascicules sont d'un haut intérêt. Consacrés à la cryptogamie, ils nous exposent l'état actuel de la science sur ces points si discutés, M. Van Tieghem prend même position dans la question des lichens, dont il forme la famille vingt et unième des Champignons.

Il enseigne que « le thalle d'un lichen se compose de deux éléments intimement associés, savoir : 1° le thalle incolore, formé de filaments cloisonnés et ramifiés, d'un champignon qui est presque toujours un ascomycète ; seuls, les *Cora* et *Rhipidonema* appartiennent à l'ordre des Basidiomycètes ; 2° Le thalle pourvu de chlorophylle et diversement conformé d'une algue vivant dans l'air humide, mais qui peut appartenir à plusieurs familles différentes ; quelquefois c'est une Conferve (*Chroolepus*, etc.), souvent

(1) Un volume grand in-8° d'environ 1400 pages, avec de nombreuses gravures dans le texte. — Prix de l'ouvrage complet : 32 francs. — Paris, F. Savy.

(1) Un fort volume in-12. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

(2) Fascicules 7 et 8. — Prix de l'ouvrage complet : 30 francs. — Paris, F. Savy.

une Cyanophycée (*Gloecapsa*, *Nostoc*, etc.), plus souvent encore une de ces formes rudimentaires que l'on groupe provisoirement sous les noms de Protococcées et de Palmellacées (*Cystococcus*, *Pleurococcus*, etc.). Le Champignon ne peut pas vivre sans l'Algue, l'Algue au contraire végète bien sans le Champignon ; pour être réciproque, le bénéfice tiré de l'association par chacun des deux êtres n'est donc pas équivalent, la vie en commun est nécessaire pour le Champignon, facultative pour l'Algue ».

« Sa forme extérieure (du lichen) lui est imprimée tantôt par l'Algue, tantôt par le Champignon, suivant que l'une ou l'autre plante y prédomine. »

Les Lichens forment une vaste famille, qui comprend 1,400 espèces. Cette famille se divise en trois subdivisions principales, renfermant la première les Discomycètes, la seconde les Pyrénomycètes, et la troisième, très peu nombreuse, les Basidiomycètes.

Après l'étude de la classe des Champignons vient celle de la classe des Algues. Puis l'auteur étudie le deuxième embranchement, les muscinées et les Cryptogames vasculaires qui forment le troisième embranchement.

Enfin, les phanérogames, qui vont être étudiés dans les fascicules suivants, nous présentent leurs caractères généraux.

Cette simple énumération nous montre, comme nous le disions en commençant, tout l'intérêt attaché à ces deux nouveaux fascicules.

Recherches sur l'albuminurie physiologique (1), par M. le docteur A. de La Celle, de Châteaubourg.

Ces recherches sont basées sur divers ordres d'examen. Avec l'autorisation bienveillante de M. le général de Gressot et avec le concours de M. le docteur Bourgeois, médecin-major de première classe, l'auteur de ce travail a pu examiner les urines de soldats choisis pour leur grande taille, des cuirassiers, et cela avant et après la fatigue de l'exercice. M. le docteur Bertrand a facilité ces expériences sur un très grand nombre de soldats au lever, après une grande fatigue ou après les bains froids.

D'un autre côté, M. le docteur De La Celle (de Châteaubourg) a voulu étudier l'influence que pouvait avoir le travail cérébral longtemps soutenu et il a examiné les urines de jeunes gens se préparant aux écoles et étant en pleine session d'examens.

Enfin, il a voulu contrôler les recherches de M. le docteur Capitan sur les enfants et, grâce au concours de M. Lafabrègue, directeur de l'hospice des Enfants-Assistés, notre confrère a pu examiner les urines de 81 enfants au lever, et de 61 après le repas. Deux observations ont été prises à ce point de vue sur un homme et une femme ; leur urine a été examinée plusieurs fois par jour, et cela pendant un mois.

De ces diverses recherches, l'auteur a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

« On trouve, dans les urines de la plupart des gens bien portants, de l'albumine en plus ou moins grande quantité et cela d'une façon transitoire.

Le repos au lit a une influence très nette sur la diminution de l'albumine excrétée.

La fatigue corporelle a une influence très grande sur la production de l'albuminurie physiologique et transitoire.

Le travail cérébral augmente chez le plus grand nombre la quantité d'albumine existant dans les urines.

Les bains froids ont une influence des plus considérables sur l'albuminurie physiologique.

L'orgasme génital, la menstruation, ont une influence manifeste sur l'albuminurie des gens sains.

L'albuminurie est aussi fréquente chez les enfants que chez les adultes, mais la quantité d'albumine excrétée est moindre.

La digestion, si elle est accompagnée de repos, n'a pas une grande influence sur l'albuminurie physiologique. »

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Les succédanés en thérapeutique (1), par M. le docteur Jules Simon, ancien interne à l'hôpital Rothschild.

D'une façon générale, les principes immédiats d'une même espèce végétale, et dans le cas qui nous occupe, les principaux alcaloïdes du quinquina, bien que possédant la même composition, la même formule chimique, ou ne présentant du moins que des différences insignifiantes à ces deux points de vue, bien qu'étant en un mot des *isomères* et par conséquent de véritables frères chimiques, ne possèdent pas une action physiologique identique.

Il appartient à l'étude expérimentale, et à elle seule, de révéler et de déterminer ces différences. Cette détermination, c'est-à-dire la différenciation physiologique des principes immédiats d'une même famille chimique, porte particulièrement sur l'intensité et la nature même des phénomènes, suivant la prédominance de l'influence physiologique sur tel ou tel siège organique.

En ce qui concerne les alcaloïdes du quinquina dont nous nous occupons ici exclusivement, deux séries distinctes peuvent être établies, relativement à la différenciation dont il s'agit : d'un côté la quinine et sa principale préparation, le sulfate, dont l'action est essentiellement constituée par des phénomènes d'incoordination motrice, de tremblements et de collapsus paralytique ; et de l'autre, la cinchonine, la cinchonidine et la quinidine formant un groupe dont le caractéristique symptomatique est le phénomène convulsivant *primitif* et d'emblée dans l'ordre descendant d'intensité indiqué par l'énumération précédente : en sorte que la cinchonine se trouvant en première ligne et la cinchonidine en seconde, la quinidine formerait comme la transition entre ce groupe convulsivant proprement dit et la quinine.

Ces différences d'action physiologique qui impliquent en même temps des différences dans le siège et la localisation organiques de ces actions respectives (région surtout cérébrale proprement dite, pour la quinine ; régions myélique et bulbaire pour les trois autres alcaloïdes), ne sauraient fournir les mêmes indications thérapeutiques. En d'autres termes, la cinchonine, la cinchonidine et la quinidine ne sauraient être rationnellement considérées comme des succédanés de la quinine. Les résultats de l'observation clinique sont venus confirmer, après un long essai empirique, ces données de l'expérimentation.

Les véritables indications thérapeutiques de la cinchonine, de la cinchonidine et de la quinidine sont encore à déterminer, mais elles peuvent, dès à présent, trouver un point de départ et une base dans les résultats de l'étude expérimentale.

De tout ce qui précède, il résulte que le mélange, dans certaines proportions, de l'un ou l'autre des trois alcaloïdes du groupe convulsivant à la quinine est de nature, non seulement à fausser les applications thérapeutiques de celle-ci, mais encore à lui communiquer les propriétés nocives qu'elle ne possède pas par elle-même.

L'influence de la quinine sur les fonctions de respiration et de circulation, et plus particulièrement, sur le fonctionnement cardiaque, peut avoir, lorsqu'elle est employée à doses massives et qu'elle est complètement absorbée, des inconvénients et même des dangers qui sont singulièrement favorisés par certaines prédispositions morbides (état du cœur dans les fièvres graves, fièvre typhoïde, affections cardiaques chroniques, organiques).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences s'est réuni avant-hier lundi, 5 novembre 1883, en comité secret, pour la discussion des titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès du baron J. Cloquet.

A la suite d'une longue discussion, elle a décidé de placer sur la liste de présentation :

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. 50. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

En première ligne : M. Charcot. — En deuxième ligne : M. Sappey. — En troisième ligne : M. Hayem.

L'élection aura lieu lundi prochain 12 novembre 1883.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Joyeux-Laffuie, docteur ès sciences naturelles, est maintenu, pendant la durée du congé accordé à M. Jolliet, dans les fonctions de maître de conférences de zoologie.

M. Rousseau, docteur ès sciences, est nommé sous-directeur du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Parmentier, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Constantin, docteur ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1883-1884, maître de conférences de botanique.

M. Lafont, chargé du cours de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est chargé, pour l'année scolaire 1883-1884, d'un cours complémentaire de physiologie à la Faculté des sciences de Bordeaux.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Girard, professeur de zoologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1883-1884, par M. Hallez, docteur ès sciences.

M. Barrois, docteur ès sciences, est maintenu, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de maître de conférences de géologie.

M. Damien, docteur ès sciences, est maintenu, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de maître de conférences de physique.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Macé de l'Épinay, docteur ès sciences, est maintenu, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de maître de conférences de physique.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Parmentier, docteur ès sciences, sous-directeur du laboratoire de chimie à la Faculté des sciences de Paris, est chargé du cours de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Margottet, appelé à d'autres fonctions.

M. Garbe, chargé du cours de physique à l'École des sciences d'Alger, est nommé, pour l'année scolaire 1883-1884, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Lagarde, appelé à d'autres fonctions.

— M. Pennetier, docteur en médecine, est nommé professeur de géologie à l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et lettres de Rouen.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La dernière série des démonstrations d'ostéologie commencera très prochainement. MM. les étudiants qui entrent en deuxième année d'études sont invités à se faire inscrire, *sans délai*, à l'École pratique. Ceux qui, ayant échoué à leur premier examen de doctorat, désirent néanmoins prendre part aux travaux anatomiques doivent déposer immédiatement leur demande d'autorisation adressée à M. le doyen.

— M. le professeur Ch. Robin commencera son cours d'histologie, le jeudi 8 novembre 1883, à cinq heures du soir et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Henninger, agrégé, commencera le cours auxiliaire de chimie biologique, le vendredi 9 novembre 1883, à quatre heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra son cours de clinique des maladies des femmes, dans l'amphithéâtre Desault, le mardi 13 novembre 1883, à neuf heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — Les jeudis, consultations avec examen au spéculum.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15290.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 19 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Névrite sciatique des phtisiques. — Influence du traumatisme sur le développement des kystes hydatiques. — Moyen de diagnostic très simple du diabète. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Névrite sciatique des phtisiques.

Une femme, âgée de trente-trois ans, et à laquelle on en donnerait volontiers dix de plus, amaigrie, ayant perdu l'appétit, est entrée dans le service de la clinique, à la Charité, se plaignant de tousser et de souffrir de la poitrine.

Au premier examen de cette malade, M. Landouzy et tous les assistants furent frappés de l'état d'atrophie que présentait son membre abdominal droit, bien qu'elle ne parût que peu s'en préoccuper et n'en eût rien dit. A la mensuration il donnait en moins que le membre gauche 2 centimètres dans le pourtour de la jambe et 3 centimètres dans le pourtour de la cuisse. La peau était épaissie, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané. C'était donc surtout sur les muscles que portait l'atrophie. Cette femme convint alors qu'elle souffrait de ce membre depuis dix-huit mois ; elle en souffrait constamment, aussi bien au repos que pendant la marche, aussi bien la nuit que le jour. Elle rapportait ces douleurs au point d'émergence du nerf sciatique, tout le long de son trajet et du trajet de ses branches principales. En présence de cette double circonstance de la continuité de la douleur et de sa manifestation sur tout le trajet du nerf, se rappelant que c'est surtout sur ces caractères que Lasègue, dans un remarquable mémoire sur la névrite sciatique, avait basé le diagnostic différentiel de la névrite d'avec la névralgie, M. Landouzy n'a pas hésité à reconnaître dans ce cas une névrite sciatique. Ce diagnostic de névrite et non de névralgie était, en outre, appuyé ici sur cette autre circonstance de l'atrophie du membre.

Mais le diagnostic ne pouvait pas s'arrêter là.

Pourquoi cette névrite sciatique ? d'où venait-elle ? quelle pouvait être son origine ? quels étaient ses rapports avec l'affection qui avait été seule accusée d'abord par la malade et qui l'avait seule amenée à l'hôpital ?

Nous avons dit que cette femme était entrée se plaignant de tousser et de souffrir de la poitrine. Elle avait, en outre, un certain degré de fièvre. A l'auscultation, M. Landouzy constata de gros râles humides au sommet du poumon gauche et des râles fins dans tout le reste de l'étendue du poumon, avec de la matité dans la fosse sous-épineuse, c'est-à-dire de la bronchite au sommet et de l'infiltration tuberculeuse dans une grande étendue du poumon gauche. A droite, il n'y avait lieu qu'à une suspicion seulement de commencement de tuberculisation.

Il n'y avait dans les antécédents de famille rien qui pût faire admettre chez cette malade une prédisposition héréditaire à la phtisie. Elle a encore son père et sa mère qui sont bien portants et qui ont eu dix-huit enfants, dont un seul a succombé à la phtisie. Mais si l'on en vient à ses antécédents personnels, il devient plus aisé de remonter à l'origine probable de sa tuberculose. Voici en peu de mots son histoire.

A dix-huit ans, elle s'est mariée ; après cinq ans de mariage, elle quitte son mari ou en est abandonnée ; elle en prend un deuxième (non légal celui-là, pas plus que les suivants). Ce second mari (selon la nature), après quelque temps de cohabitation, succombe à la phtisie ; elle en prend un troisième, qui meurt d'un anévrysme ; elle convole à une quatrième union, et ce quatrième pseudo-mari est en ce moment en pleine évolution tuberculeuse.

N'y a-t-il pas dans cette cohabitation presque constante avec des phtisiques des motifs suffisants pour expliquer le développement de la tuberculose chez cette femme, qui n'y paraissait pas d'ailleurs prédisposée ni par sa naissance, ni par sa constitution. Elle n'a jamais été enceinte. Ce n'est donc pas par l'intermédiaire du produit de la conception qu'elle a pu contracter la tuberculose. C'est évidemment d'une manière immédiate.

Revenons à l'histoire de son affection, à la succession des phénomènes qu'elle a présentés. Cette femme, qui, en remontant à dix-huit mois, avait toujours été bien portante jusqu'alors, a été prise à cette époque d'une péritonite. A la suite de cette péritonite, souffrant du fondement, elle est entrée à l'hôpital, où l'on a constaté l'existence d'une fistule anale, pour laquelle elle a été opérée. C'est là, à l'hôpital, qu'elle a commencé à souffrir du genou d'abord et puis de tout le membre abdominal droit ; à la même époque, elle s'est mise à tousser et à cracher du sang, et ce que l'on avait traité dans le principe comme une simple bronchite n'a cessé de faire des progrès qui l'ont conduit à l'état où elle est aujourd'hui.

Quelle peut être maintenant la relation de la névrite du sciatique avec la tuberculose dont est atteinte cette malade ? Pour M. Landouzy, il n'y a pas de doute ; c'est une des localisations de la tubercule, dont il a déjà vu un exemple et dont il existe d'ailleurs plus d'un précédent dans la science.

M. Peter, dans ses leçons de clinique médicale, a montré, en effet, par plusieurs exemples, qu'on peut voir se produire dans la phtisie pulmonaire les troubles les plus importants de l'innervation, troubles qui sont associés aux formes les plus graves de la tuberculisation ou apparaissent au moment d'une aggravation définitive et sans merci de la maladie tuberculeuse ; qu'ils deviennent ainsi un indice important et de l'extrême gravité du mal et de la fin prochaine des malades. Parmi ces troubles nerveux concomitants de la phtisie, il a rapporté notamment deux cas de névralgie sciatique ou plutôt de névrite chez deux sujets, âgés l'un de cinquante ans, l'autre de quarante-sept, qui n'avaient jamais eu jusque-là de névralgie et qui lui ont paru exprimer du côté du système nerveux la déchéance organique, comme la tuberculisation pulmonaire le faisait, avec une bien autre gravité, du côté de l'appareil respiratoire.

A l'appui de cette proposition et sous les inspirations de M. Peter, un de ses élèves, M. le docteur Friot, a consacré sa thèse, en 1879, à l'étude de ce point de l'histoire de la tuberculose. Voici quelques-uns des résultats auxquels l'a conduit cette étude.

Sur 137 tuberculeux admis en 1878 dans le service de M. Peter (alors à la Pitié), il a pu observer quatre fois la concomitance de la sciatique dans la phtisie. L'analyse de ces quatre faits, jointe aux deux faits de M. Peter que nous venons de rappeler, et à cinq autres faits recueillis ailleurs, lui a permis quelques rapprochements qu'il n'est pas sans intérêt de rappeler ici.

Les deux cas de M. Peter ont été observés, comme on l'a vu, sur des malades âgés, ce qui semblerait impliquer l'idée de l'influence de la phtisie de la cinquantaine sur la coïncidence de la sciatique avec la phymie. Mais ce n'est pas avec deux faits seulement qu'on peut établir une relation, qui pourrait n'être que fortuite. Sur quatre des cas rapportés par M. Friot, où il a été tenu compte de l'âge, un malade avait soixante-deux ans, les trois autres avaient l'un trente-cinq ans, un autre trente-trois ans, le troisième douze ans.

Relativement à l'époque d'apparition de la sciatique, chez les deux malades de M. Peter et chez trois de ceux qu'a observés M. Friot, la sciatique a coïncidé nettement avec le début de la tuberculisation pulmonaire. On a pu remarquer déjà que c'est aussi le cas de la malade dont nous venons de rapporter l'histoire.

Quelques auteurs ont assigné pour cause à la névrite sciatique des désordres matériels, coups, contusions, l'action du froid humide, l'anémie et la chloro-anémie, certains états diathésiques. Pour M. Rigal, elle dépendrait d'une nutrition imparfaite des centres nerveux. M. Peter, comme on vient de le voir, admet une déchéance organique du système nerveux. Ces deux conditions ne diffèrent pas beaucoup l'une de l'autre. M. Friot pense que ces névrites sciatiques tiennent à des lésions anatomiques spéciales (la tuberculose, par exemple), intéressant le système nerveux ou ses enveloppes et retentissant sur les nerfs voisins. Deux de ses observations tendent à prouver que dans la sciatique tuberculeuse il y a toujours une altération de la moelle ou des méninges, altération variable, mais susceptible de provoquer secondairement une névrite périphérique.

En résumé, les observations (au nombre de onze) réunies dans le travail de M. Friot permettraient de penser que la névrite sciatique peut commencer la série des accidents de la phtisie ou éclater dans le cours de la tuberculose pulmonaire. Dans ces circonstances, les douleurs sciatiques, au lieu d'être intermittentes comme dans la névralgie, sont toujours persistantes et très rebelles, et leur apparition doit faire soupçonner une altération tuberculeuse, soit de la moelle, soit des méninges, soit de la colonne vertébrale. Elles commencent l'aggravation de la maladie et précèdent généralement de peu la terminaison funeste.

Enfin, considérant les résultats fournis jusqu'à présent par les différents moyens de traitement mis en usage, tandis que dans la névralgie on obtient la guérison par l'emploi des narcotiques ou des antispasmodiques, seule la méthode anti phlogistique a pu soulager quelquefois les douleurs de la névrite, mais sans jamais donner de guérison complète.

Chez la malade qui est le sujet de ces quelques considérations, tout porte à penser qu'il s'agit, en effet, comme l'a dit M. Landouzy, d'une névrite sciatique dont la manifestation a été presque contemporaine du début de l'affection tuberculeuse, et qu'elle procède comme la tuberculose pulmonaire elle-même, de la même nature et de la même origine. Ce n'est qu'ultérieurement qu'on pourra être fixé sur ce dernier point.

Influence du traumatisme sur le développement des kystes hydatiques.

Nous avons déjà, à plusieurs reprises, soit dans cette Revue, soit dans d'autres parties de ce journal, appelé l'attention de nos lecteurs sur l'origine traumatique d'un certain nombre de kystes hydatiques ou plutôt de l'influence du traumatisme sur le développement de ces kystes, notamment de quelques-uns à l'occasion des faits contenus dans la thèse de M. Danlos, en 1879, et d'un cas de kyste hydatique du cerveau paraissant avoir la même origine, observé l'année dernière dans le service de M. le professeur Vulpian à l'Hôtel-Dieu.

Ce point de pathogénie, encore fort obscur, mérite qu'on s'y arrête toutes les fois que l'occasion s'en présente et que des faits nouveaux viennent, sinon justifier en tous points les théories à l'aide desquelles on a cherché à expliquer le fait, du moins confirmer le fait lui-même.

Voici un de ces nouveaux exemples, que M. Kirmisson, qui supplée en ce moment M. Le Dentu à l'hôpital Saint-Louis, vient d'observer dans ce service et qu'il rapporte dans le dernier fascicule des *Archives générales de médecine*.

Le 27 août dernier, à l'hôpital Saint-Louis, un homme, âgé de vingt-huit ans, se présente pour une tumeur volumineuse de la région épigastrique. Trois mois auparavant cet homme avait reçu à l'épigastre un violent coup de pied de cheval. Au moment de l'accident il avait perdu connaissance; puis il avait été pris de vomissements bilieux, de ballonnement du ventre et de fièvre. La tumeur présenta pendant quelque temps des alternatives d'augmentation et de diminution. Plus tard il survint des douleurs vives, avec des vomissements, de l'anorexie, etc. Voici dans quel état il se présenta à son entrée à l'hôpital :

La tumeur occupait la région épigastrique, s'étendant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic et du rebord des fausses côtes d'un côté à celui du côté opposé. La matité était absolue dans toute son étendue. Elle donnait à la main une sensation de battements, mais sans mouvements d'expansion. Sa consistance était en général ferme et résistante, un peu plus molle et très douloureuse à la pression dans sa partie gauche. Enfin, à l'examen de la poitrine, on constatait de la submatité et de la diminution du murmure vésiculaire à sa partie inférieure gauche.

Au bout de quelques jours, la consistance de la tumeur s'était modifiée, elle était moins dure, molle même en quelques parties, et plus volumineuse. Sa sensibilité ainsi que la gêne de la respiration étaient augmentées. En présence de ces symptômes nouveaux, M. Kirmisson n'hésita pas à pratiquer sur la partie la plus saillante de cette tumeur une ponction avec aspiration, qui donna issue à 1 litre et demi d'un liquide clair comme de l'eau de roche, ayant tous les caractères du liquide des kystes hydatiques.

L'affaissement complet de la tumeur et un amendement notable de tous les symptômes furent la conséquence immédiate de cette opération. Mais ce résultat ne fut pas durable; quelques jours après le kyste s'était de nouveau rempli; mais un beau matin un changement subit s'était manifesté. A la suite d'un accès violent de colique, et après une selle diarrhéique, la tumeur s'était complètement affaissée et elle ne reparut plus. Elle s'était vidée spontanément cette fois dans l'intestin. Le malade ne tarda pas à quitter l'hôpital guéri.

Ainsi voilà un homme, d'une santé parfaite auparavant, qui, deux jours après avoir reçu un coup de pied de cheval sur la région de l'épigastre, voit survenir et se développer dans cette région une tumeur qui n'est autre, comme la ponction le démontre plus tard, qu'un kyste hydatique.

Sans doute la première idée qui vient à l'esprit est celle d'une simple coïncidence possible, ce qui arrive si souvent pour une foule d'autres lésions dont on est presque toujours enclin à rapporter l'origine à un coup ou à une chute; d'autant qu'ici il ne s'agit pas d'un kyste hématique ou d'un kyste séreux, mais bien d'un kyste à échinocoques. Mais lorsqu'on voit ce rapport se répéter assez souvent pour que M. Danlos ait pu, dans la thèse citée plus haut, en réunir vingt-quatre exemples dont il serait difficile de contester la valeur et l'authenticité, et qu'à ces vingt-quatre exemples recueillis dans un espace de temps relativement assez court, il faut ajouter encore le fait de M. Vulpian que nous venons de rappeler et le fait tout récent de M. Kirmisson, il est difficile de se retrancher derrière la coïncidence.

Quant à l'explication du mode d'action du traumatisme, elle a donné lieu à plusieurs hypothèses, qu'il serait trop long d'examiner et de discuter en ce moment. Le seul fait manifeste qui ressort jusqu'à présent d'un ensemble d'observations qui s'impose à l'attention, c'est l'influence que l'on ne saurait contester du traumatisme sur le développement des kystes hydatiques, que ce traumatisme agisse comme cause directe ou comme cause indirecte ou occasionnelle.

C'est un sujet sur lequel il faudra certainement revenir. Contentons-nous pour le moment de la constatation du fait seulement.

Moyen de diagnostic très simple du diabète.

Voici un moyen de diagnostic très simple, en effet, que nous communique M. le docteur Charnaux (de Vichy), après en avoir constaté la valeur un grand nombre de fois :

« Toutes les fois, nous dit-il, qu'un nouveau client se présentant dans mon cabinet de consultation passe plusieurs fois la langue sur ses lèvres dans le courant de la conversation, j'en conclus qu'il peut être diabétique. Tous les diabétiques, sans exception, passent la langue sur leurs lèvres en parlant.

Il peut néanmoins se rencontrer des gens non atteints du diabète qui ont, pour une raison ou pour une autre, ce tic. J'ignore si cette particularité a déjà été signalée. Mais, en tout cas, je la donne comme le résultat de mes observations.

Cette année, elles portent sur cent trente-quatre malades qui tous, sans exception, m'ont offert cette particularité.

Mon confrère et ami M. le docteur Perrochaud (de Boulogne), à qui j'en avais fait part pendant la cure qu'il a faite au printemps, à Vichy, en avait été frappé. »

Ce ne sera certainement rien enlever à la valeur séméiotique incontestable du fait signalé par notre confrère, en ajoutant que s'il n'a pas été indiqué peut-être d'une manière précise par les nombreux auteurs qui ont écrit sur le diabète, il peut être considéré comme implicitement lié à ce fait, constaté par tous : la sécheresse de la bouche.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 novembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Absence du col utérin. — M. le secrétaire général lit une note de M. le docteur Mascarel (de Châtellerault), membre correspondant, sur un cas d'absence complète du col de l'utérus. Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, n'ayant jamais eu d'enfants, se plaignant de douleurs vagues dans le ventre. Par le toucher vaginal il est impossible de trouver quoi que ce soit qui ressemble au col. On trouve au fond du vagin un orifice qui conduit dans l'utérus. Le toucher rectal permet de reconnaître que le corps de l'utérus a son volume à peu près normal. En résumé, le museau de tanche fait complètement défaut. Cette femme est bien réglée. Il y a lieu de se demander, si elle devenait enceinte, s'il ne serait pas indiqué d'intervenir chirurgicalement.

Les luxations pathologiques. — M. Delens, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Verneuil, cite les deux faits suivants qu'il a eu l'occasion d'observer : dans le premier cas, il s'agit d'une luxation de la hanche survenue dans le cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde très grave. L'enfant étant couvert d'escarres et dans un état d'émaciation très prononcée, M. Delens crut devoir ajourner les tentatives de réduction. Quelque temps après, ayant donné du chloroforme, il réduisit facilement la luxation et appliqua un appareil contentif. Malgré cela, la luxation se reproduisit; elle fut de nouveau réduite et l'enfant finit par guérir.

Le second a trait à un garçon de seize ans qui, à la suite d'un coup de cisailles reçu à la région occipitale, fut atteint d'accidents méningitiques qui furent pris par un médecin de la ville pour une fièvre typhoïde. Il se luxa la cuisse; la luxation fut réduite et resta réduite après l'application d'un appareil silicaté.

Dans ces deux cas, la cause directe de la luxation échappe; mais il n'en est pas moins intéressant de signaler qu'elles se sont produites, l'une dans le cours d'une fièvre typhoïde, l'autre dans le cours d'une méningite.

M. Lannelongue communiquera prochainement une observation analogue dans laquelle il s'agit d'une jeune fille ayant eu une luxation de la hanche consécutive à une fièvre typhoïde compliquée d'accidents rhumatismaux.

M. Lannelongue a fait l'examen anatomique et histologique des muscles atrophiés à la suite d'arthropathies chroniques; il a constaté que les fibrilles musculaires, dans ces cas, sont très réduites, mais ce qui reste est intact. Il a examiné les tubes nerveux et les a trouvés aussi le plus souvent intacts.

M. Trélat insiste sur ce point qu'il faut établir une distinction bien tranchée entre ces cas d'arthropathies chroniques et les cas récents.

M. VERNEUIL se félicite que plusieurs de ses collègues aient observé, comme lui, des luxations pathologiques sans lésions osseuses et se produisant pendant la convalescence de fièvres graves. Il croit que cette variété de luxations mérite d'être classée. Quant à leur pathogénie, il ne peut pas l'appuyer sur l'anatomie pathologique, n'ayant pas d'autopsies. Il ne peut que proposer une pathogénie hypothétique, c'est la théorie musculaire qu'il a indiquée dans la dernière séance.

M. TRÉLAT fait observer que la question soulevée par M. Verneuil a un certain caractère de nouveauté. On connaissait les luxations pathologiques; mais M. Verneuil vient d'y ajouter un nouveau groupe de luxations. Celles qui se produisent dans le cours d'une fièvre typhoïde pouvaient s'expliquer de la façon suivante : on sait qu'après cette maladie, on constate parfois des altérations des fibres musculaires plus ou moins étendues. Il est des cas où la fibre musculaire a complètement perdu sa contractilité. Or les grandes articulations, l'épaule et la hanche ne résistent pas; de là les luxations dites spontanées.

M. DESPRÉS fait à la théorie de M. Verneuil cette objection : Vous admettez, dit-il, que la luxation est provoquée par la paralysie musculaire, vous réduisez et tout disparaît; comment admettre que la paralysie puisse être guérie par le fait de la réduction de la luxation? En outre, lorsqu'on produit des luxations sur le cadavre, on voit que, toujours, la capsule est déchirée. M. Després persiste donc à douter qu'il s'agisse de vraies luxations dans les cas qui ont été rapportés par M. Verneuil et croit qu'il s'agit de ces simples déplacements qu'on observe si fréquemment dans la coxalgie et qu'on appelle à tort des luxations coxalgiques. Il lui semble, en effet, difficile d'admettre que des paralysies musculaires puissent déterminer de véritables luxations avec déchirure de la capsule.

M. VERNEUIL répond que l'attitude et la situation du membre, la présence sous la peau de la tête osseuse, lui paraissent des signes suffisamment caractéristiques pour qu'on puisse admettre l'existence d'une luxation sans qu'il soit besoin de l'autopsie. Il n'a jamais dit que la paralysie était guérie par le fait de la réduction de la luxation. Quant à celle-ci, elle reste réduite et ne se reproduit pas, grâce à l'application d'un appareil contentif qui maintient le membre dans une bonne position. Une luxation peut ainsi rester réduite, quand même tous les muscles qui entourent l'articulation seraient paralysés ou déchirés.

De la suture osseuse dans les fractures de la rotule. — **M. CHAUVEL**, à l'occasion d'un rapport dont il était chargé sur un malade présenté par M. Beauregard (du Havre), lit un travail sur la suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule.

M. Beauregard, dans le courant de l'année, présenta un malade qui, deux mois auparavant, s'était fait une fracture de la rotule. Le rapprochement des deux fragments étant impossible, M. Beauregard fit, dès le second jour, l'arthrotomie et la suture immédiate. Le fragment inférieur était si petit qu'après avoir passé un gros fil d'argent dans l'épaisseur du fragment supérieur, il dut faire passer ce fil au-dessous du fragment inférieur. Les suites de l'opération furent des plus simples. Deux mois après, le malade marchait et semblait guéri. Ce fut alors que M. Beauregard le présenta à la Société de chirurgie en concluant à la guérison et aux bons résultats de la suture osseuse. Plusieurs membres ayant déclaré que l'examen de l'opéré ne leur semblait pas confirmer ces conclusions, M. Beauregard présenta de nouveau son malade deux mois après, acceptant alors les réserves qui avaient été formulées par plusieurs membres de la Société et considérant seulement ce cas comme un demi-succès à l'actif de la suture osseuse dans les fractures de la rotule. Il attribuait cet insuccès relatif à deux causes : d'abord à l'arthrite, puis à l'exiguïté du fragment inférieur. Mais il persistait à considérer la disposition des fragments, dans ce cas, comme justifiant l'opération. Quoi qu'il en soit, M. Chauvel, tout en acceptant que l'opération semblait indiquée, considère le résultat obtenu comme peu encourageant.

M. Chauvel, dans ce travail, a pu réunir 43 observations de suture osseuse dans les cas de fracture de la rotule dont 4 antérieures à 1877, époque à laquelle est apparue la méthode antiseptique. Sur ce nombre se trouvent 33 hommes pour 7 femmes; dans 38 cas, il s'agissait de fractures sous-cutanées, dans 3 cas de fractures avec plaie. Dans 28 de ces cas, la fracture était récente. Des diverses recherches auxquelles s'est livré M. Chauvel en compulsant ces observations, il résulte qu'un seul fil suffit généralement, qu'il n'est pas nécessaire d'en faire passer un au-dessous du fragment inférieur, que le fil métallique est préférable à tout autre, qu'il vaut mieux le laisser en place, que le drainage est indispensable, que la réunion des parties superficielles favorise la solidité de la suture, qu'il est de toute nécessité d'employer la méthode antiseptique dans toute sa rigueur, qu'il faut placer le membre dans un appareil inamovible qui ne devra être levé qu'à la fin du premier mois.

Les suites immédiates de l'opération sont souvent dangereuses. Sur 33 observations, on compte 28 bons résultats et 5 résultats mauvais. Sur les 43 faits, 3 décès et une amputation de cuisse consécutive, ce qui fait environ 5 p. 100 de mortalité. L'atrophie et la faiblesse du membre après l'opération sont la règle. La consolidation fibreuse est la plus habituelle, la consolidation osseuse l'exception.

Il résulte de toutes ces considérations, selon M. Chauvel, que dans les cas de fracture ancienne de la rotule avec impotence fonctionnelle du membre, la suture osseuse est une opération utile et doit être tentée.

En est-il de même pour les fractures récentes? Ici M. Chauvel hésite à se prononcer : on ne meurt pas d'une fracture de la rotule, dit-il, on peut mourir de l'arthrotomie. Aussi la suture osseuse, dans les cas de fracture récente, ne doit-elle pas être érigée en méthode générale; elle doit être réservée uniquement aux cas où la coaptation des deux fragments est absolument impossible par tout autre moyen.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne conclut pas comme M. Chauvel et se montre plus favorable à l'arthrotomie et à la suture osseuse dans les fractures récentes de la rotule. Il y a, dit-il, quelques inconvénients à rassembler tous les cas, comme l'a fait M. Chauvel, à les comparer entre eux et à en tirer des conclusions générales. Dans ces sortes de statistiques portant sur tous les faits, on arrive toujours à une mortalité relativement considérable pour une opération qui, entre les mains de certains chirurgiens, ne donne pas du tout de mortalité. C'est ainsi que, dans un travail récent publié dans le *British medical*, M. Lister publie sept cas se rapportant à sept malades qu'il a présentés à une société chirurgicale de Londres. Aucun de ces sept malades n'a eu le moindre accident. Chez l'un d'eux l'arthrotomie a été pratiquée deux fois sur le même genou, la mobilisation ayant été faite prématurément la première fois et les fragments s'étant de nouveau séparés. Cela fait donc huit arthrotomies avec suture des fragments, toutes suivies de guérison plus ou moins complète. Lorsque le fragment inférieur est petit, Lister passe son fil au-dessous, dans le tendon rotulien; il a obtenu d'excellents résultats de cette manière de faire. Il n'emploie qu'un seul fil et le laisse en place. Dans certains cas, il fait une ouverture d'écoulement postérieure dans le creux poplité.

M. Lucas-Championnière a lui-même pratiqué une arthrotomie avec suture osseuse de la rotule, il y a trente-cinq jours, dans un cas de fracture ancienne où la coaptation était absolument impossible, où il y avait un écartement considérable des fragments, où tout mouvement de la jambe était impossible. Il ouvrit largement le genou, dégagea chacun des fragments d'une sorte de fausse membrane épaisse dans laquelle ils étaient enveloppés; ce temps de l'opération fut laborieux; il éprouva de grandes difficultés pour rapprocher les fragments. Il dut mettre trois fils et plaça deux drains. Les suites furent aussi simples que possible. Rien à signaler en ce qui concerne l'articulation, aucun inconvénient du fait même de l'opération. Le malade est encore dans un appareil. Reste à savoir quel sera le résultat fonctionnel.

Ce fait, joint à ceux de M. Lister, autorise M. Championnière

à penser que la suture osseuse immédiate dans les fractures de la rotule est une bonne opération, pourvu qu'on soit bien sûr de son antiseptie.

M. POZZI a pratiqué il y a quelque temps, sur un aliéné agité de l'asile Sainte-Anne, une arthrotomie avec suture osseuse de la rotule fracturée. L'opération s'est faite dans les meilleures conditions, les suites ont été des plus simples et le résultat final semblait devoir être aussi satisfaisant que possible lorsque, sous l'influence de manœuvres de mobilisation intempestives ou tout au moins prématurées, la rotule se rompit de nouveau.

Cet aliéné s'était, la première fois, fracturé la rotule dans une chute, en s'échappant de l'asile Sainte-Anne ; il fit à pied, après l'accident, plus de 400 mètres ; l'écartement considérable des deux fragments, un épanchement sanguin intra-articulaire abondant, l'extrême agitation du malade, rendirent l'opération assez difficile. Elle put cependant être menée à bonne fin et le malade fut placé dans un appareil plâtré. Il n'y eut pas de fièvre, pas de suppuration. La cicatrisation était complète après huit jours. Les attelles plâtrées furent laissées deux mois en place ; les fils métalliques sont restés dans la plaie ; le malade pût marcher, mais il avait une raideur articulaire considérable et il ne pouvait fléchir le genou. Le col était parfaitement linéaire. M. Pozzi crut devoir mobiliser l'articulation. Des mouvements trop brusques imprimés par l'interne de garde déterminèrent la rupture de la rotule.

Malgré le mauvais résultat final, M. Pozzi signale quelques points intéressants dans cette observation : d'abord l'apyrexie complète, la parfaite tolérance des fils, une atrophie très marquée du triceps attribuable à l'immobilisation prolongée. En terminant, M. Pozzi demande l'avis de ses collègues; il serait assez disposé à tenter de nouveau la suture chez ce malade.

M. RICHELOT, puisque M. Pozzi demande l'avis de ses collègues, commencerait par lui donner le conseil d'électriser le triceps de son malade avant de recommencer la suture osseuse. Il y a, dit-il, dans cette question, deux choses à considérer : d'abord la valeur opératoire, puis la valeur clinique. Dans la plupart des cas qui ont été signalés, la valeur opératoire a été absolue ; M. Beauregard a réussi à obtenir le rapprochement des fragments, de même M. Lucas-Championnière, de même M. Pozzi. Reste à savoir quelle est la valeur clinique de ces résultats. Étant admis que l'arthrotomie antiseptique est une très bonne opération, est-elle applicable aux fractures de la rotule. Il ne faut s'y risquer que si elle est formellement indiquée.

On admet classiquement que l'écartement des deux fragments rotuliens est la cause unique de la gêne fonctionnelle ; mais cela reste à démontrer. On sait, en effet, cliniquement, qu'il y a des malades qui marchent très bien avec un écartement plus ou moins considérable des fragments de la rotule, qu'il y en a d'autres, au contraire, qui marchent très mal sans qu'il y ait d'écartement. Le rôle de ce dernier n'est donc pas essentiel pour la production de la gêne fonctionnelle. On raconte même qu'un chirurgien anglais, voyant un jour mal marcher dans ses salles un malade qui s'était fracturé la rotule et qui n'avait pas du tout d'écartement, s'empressa de lui donner un croc-en-jambe afin de fracturer de nouveau sa rotule, l'écartement lui paraissant une condition indispensable à la guérison. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas de relation exacte entre le degré de l'écartement et le degré de la gêne fonctionnelle. Dans les fractures de la rotule, il y a toujours un certain degré d'arthrite et, conséquemment, un certain degré d'atrophie du triceps. Ayant eu à soigner en même temps à l'Hôtel-Dieu deux malades atteints de fracture de la rotule, dans les mêmes conditions, avec le même écartement, soumis au même traitement, l'un de ces malades a très bien marché, tandis que l'autre a présenté une impotence absolue. Pourquoi cette différence ? C'est que le premier avait un triceps à peu près normal, tandis que chez le second le triceps faisait complètement défaut, était tout à fait paralysé. La gêne fonctionnelle tient donc beaucoup plus à l'état du triceps qu'à l'écartement des fragments. Je ne nie pas toutefois que l'écartement puisse être seul cause de la gêne fonctionnelle et j'admets que dans certains cas, comme dans celui de M. Lucas par exemple, le triceps étant normal, une solution de continuité absolue entraîne une gêne fonctionnelle plus ou moins considérable et suffisante pour justifier l'intervention chirurgicale. Mais dans toutes les observations où l'on considère la guérison comme la conséquence directe du rapprochement des deux fragments, il y aurait lieu d'indiquer l'état du triceps. Il est hors de doute pour moi que les malades qui ont bien marché avaient un triceps normal, et je suis bien convaincu que, dans certains cas, la guérison aurait pu être obtenue aussi bien par l'électrisation du triceps que par le rapprochement des fragments.

En résumé, il importe donc de bien examiner tout d'abord le triceps et, s'il est atrophié, de l'électriser avant de recourir à une opération n'ayant pour but que le rapprochement des fragments.

M. GILLETTE s'associe entièrement à la manière de voir de M. Richelot. Il considère l'opération pratiquée par M. Beauregard comme une opération mauvaise et même dangereuse. L'arthrotomie immédiate, dit-il, est une opération très grave, et, bien que je sois formellement Listérien, je ne le suis pas assez pour accepter cette opération dans les conditions où elle a été pratiquée par Lister lui-même. Je crois qu'on ne doit pratiquer une opération aussi grave que quand il y a une indication formelle ; or je ne vois que deux cas dans lesquels l'arthrotomie et la suture de la rotule me paraissent pouvoir être indiquées : lorsqu'il s'agit d'une fracture de la rotule compliquée de plaie, ou lorsqu'il s'agit d'une fracture ancienne ayant amené des troubles de la locomotion qu'aucun des moyens ordinaires n'est parvenu à surmonter. La consolidation osseuse n'est pas le seul élément dont il faille tenir compte ; comme l'a très bien fait observer M. Richelot, l'état du triceps joue aussi un grand rôle. En outre, souvent un cal fibreux vaut infiniment mieux qu'un cal osseux.

En somme, je repousse absolument l'arthrotomie immédiate pour les fractures de la rotule, sauf en présence des deux seules indications que j'ai signalées.

M. VERNEUIL professe la même opinion : Si j'avais la mauvaise chance, dit-il, en sortant d'ici, de me casser la rotule, M. Lister lui-même viendrait-il à me proposer de m'ouvrir le genou et de me pratiquer la suture osseuse que je refuserais énergiquement. Or, comme je ne fais pas à autrui ce que je ne voudrais pas qu'il me fût fait, je condamne absolument l'arthrotomie immédiate. S'il n'y a dans le monde entier que quelques chirurgiens capables de mener à bien cette opération, ce n'est pas assez, et il faut se garder de la préconiser, d'autoriser des médecins ou des chirurgiens inexpérimentés un mal outillés, à la pratiquer comme une opération de la chirurgie courante. Si l'on se laisse aller dans cette voie, on nous proposera bientôt la suture des fragments dans la fracture du col de fémur.

Il a été fait un tableau bien chargé des accidents consécutifs aux fractures récentes de la rotule. Si j'avais pris la parole avant M. Richelot, j'aurais dit mot pour mot ce qu'il a dit. M. Petit prépare en ce moment un mémoire contenant un grand nombre d'observations qui prouvent que la gêne fonctionnelle, dans les fractures de la rotule, est due surtout à la paralysie du triceps. Quand j'ai à traiter ces fractures, je cherche à obtenir la coaptation des deux fragments; et si le triceps est en bon état, un cal fibreux suffit parfaitement. On obtient d'excellents résultats avec une simple attelle de plâtre, trois tubes de caoutchouc et dix agrafes ; pourquoi aller courir les risques d'une grave et dangereuse opération, opération qui donne 4 morts sur 43 cas! N'est-ce donc rien que cette mortalité ! Je proteste donc de la façon la plus formelle contre l'intervention à outrance dans le traitement des fractures de la rotule.

M. Verneuil cite même deux cas de fractures de la rotule avec plaie qu'il a parfaitement guéries, sans opération, avec le simple appareil plâtré dont il vient de parler, appareil, dit-il, avec lequel on obtient d'excellents résultats; tandis qu'avec l'arthrotomie immédiate, quels résultats obtient-on? Celui de M. Beauregard, celui de M. Pozzi. Il est dangereux de laisser s'installer, dans la chirurgie courante, une thérapeutique qui peut causer d'aussi graves accidents.

M. FORGET a entendu avec plaisir la protestation de M. Verneuil et s'y associe complètement. Ce sont là de saines doctrines qui avaient cours il y a quarante ans, du temps des Boyer, des Dupuytren, etc. M. Verneuil a raison de s'élever contre les abus de la chirurgie progressiste. La bonne chirurgie d'autrefois consistait à guérir lentement, mais sûrement et sans danger. On a même abandonné les griffes de Malgaigne comme trop dangereuses ; et l'on vient aujourd'hui proposer des opérations mortelles pour des cas qui, par eux-mêmes, ne font courir aucun danger aux malades !

M. CHAUVEL fait observer que, seul, M. Lucas-Championnière est allé un peu loin relativement aux indications de l'arthrotomie dans les fractures de la rotule. Dans le reste de la discussion, on ne s'est pas sensiblement écarté des conclusions qu'il a formulées. Il tient compte des observations de M. Richelot, qui accorde peut-être un rôle exagéré au triceps. Il est hors de doute que si l'on a un cal osseux, le triceps aura un point d'appui bien plus solide. Il est bon nombre de cas où l'électrisation du triceps paralysé est tout à fait insuffisante et où les malades marchent si mal, que l'opération se trouve justifiée.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans sa séance d'hier, jeudi, l'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a voté la permutation demandée par M. le professeur Pajot. Sa nomination à la chaire de clinique d'accouchement, en remplacement de M. le professeur Depaul, décédé, est soumise à l'approbation du ministre de l'instruction publique.

— Les candidats à la chaire de pathologie interne, laissée vacante par suite de la permutation de M. le professeur Jaccoud, sont, par ordre alphabétique : MM. Damaschino, Dieulafoy, Duguet, Grancher et Lancereaux.

— Par décret en date du 7 novembre 1883, ont été promus médecins aides-majors de première classe, pour prendre rang dans le cadre, à dater du 11 novembre courant, et ont été maintenus dans leurs postes actuels, les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent, qui ont accompli deux années d'ancienneté de grade, savoir :

MM. Descours, Lacronique, Boppe, Hassler, Artigalas, Roussy, Duval, Schoull, Boisson, Lévy, Couillault, Ribes, Baur, Ferrand, Buy, de Schuttelaëre, Couette, Hugard, Marchand, Clande, Chuffart, Véron, Léchaudel, Berthoud, Clément, Bellouard, Roux, de Voisins, Lejeune, Guérard, Evesque, Spite, Tavenaux, Beylier, Lamerenx, Couénon, Ducros, Midon, Benac, Guégan, Duvau, Mary, Prieur, Courtois, Hürstel, Goumy, Joly, Hublé, Ferra et Castel.

— Par décret en date du 7 novembre 1883, ont été promus pharmaciens aides-majors de première classe, à dater du 11 novembre courant, et ont été maintenus dans leurs postes actuels, les pharmaciens aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent, qui ont accompli deux années d'ancienneté de grade, savoir :

MM. Girard, Riser, Guillot, Cordier, Kopp, Remy, Carabin et Roncin.

— Par arrêté préfectoral, en date du 5 novembre 1883, ayant son effet à partir du 16 du même mois, ont été nommés, pour trois ans, médecins inspecteurs des écoles primaires et maternelles communales du canton de Courbevoie, savoir :

Première circonscription, communes de Courbevoie et de Colombes (deux sections), M. le docteur Bonnecaze.

Deuxième circonscription, communes d'Asnières, de Gennevilliers et de Colombes (centre), M. le docteur Bastin.

Troisième circonscription, communes de Nanterre, de Puteaux et de Suresnes, M. le docteur de Lagorce.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Seux, directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Marseille, décédé le 6 novembre 1883, à l'âge de soixante-huit ans.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Duplay commencera le cours de pathologie chirurgicale le lundi 12 novembre 1883, à quatre heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu, le lundi 12 novembre 1883, à neuf heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

— M. le docteur Terrillon, agrégé, suppléant M. le professeur Gosselin, commencera le cours de clinique chirurgicale le lundi 12 novembre 1883, à dix heures du matin, à l'hôpital de la Charité, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure, pendant toute la durée du premier semestre de l'année scolaire 1883-1884.

La visite des malades aura lieu tous les matins à huit heures et demie.

— M. le docteur Gariel, agrégé, suppléant M. le professeur Gavarret, commencera le cours de physique médicale, le lundi 12 novembre 1883, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Le sujet du cours sera, pour le premier semestre de l'année scolaire 1883-1884 : Quelques applications des notions élémentaires de mécanique ; acoustique ; chaleur ; électricité.

— M. le docteur Landouzy, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne, le lundi 12 novembre 1883, à quatre heures du soir, à l'amphithéâtre Laënnec, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le professeur Jaccoud commencera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié, le mardi 13 novembre 1883, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. La visite des malades aura lieu tous les jours à huit heures et demie du matin.

— M. le professeur Trélat commencera son cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker, le mardi 13 novembre 1883, à dix heures du matin. Les mardis et les jeudis auront lieu les leçons à l'amphithéâtre et les opérations à dix heures. Le samedi sera consacré aux maladies des femmes et à l'étude des pièces au laboratoire. Les lundis, mercredis et vendredis la visite des malades se fera à neuf heures du matin.

— M. le docteur Budin, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'accouchements, le mardi 13 novembre 1883, à cinq heures de l'après-midi dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Hanriot, agrégé, suppléant M. le professeur Wurtz, commencera le cours de chimie médicale et toxicologie (métalloïdes et métaux), le mardi 13 novembre 1883, à midi, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Raphaël Blanchard, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale, le mardi 13 novembre 1883, à deux heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Léon Labbé reprendra, à l'hôpital Beaujon, ses conférences cliniques, le mardi 13 novembre, à neuf heures du matin, et les continuera les mardis suivants.

— M. le docteur Nicaise, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Laennec, commencera ses conférences de clinique chirur-

gicale le mardi 13 novembre, à dix heures, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Jules Simon commencera ses conférences sur la thérapeutique infantile à l'hospice des Enfants-Malades, le mercredi 14 novembre, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Le samedi, consultation clinique.

— M. le docteur Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, donne, le jeudi de chaque semaine, des conférences cliniques, à neuf heures, au cabinet de consultation de l'hôpital.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile Rivière. — L'ouvrage formera un beau volume in-4° d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois, par Cusman, intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La neuvième vient de paraître et la dixième est sous presse. Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15299.

2

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

4

Cachets digestifs H. Mourrut

PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT *Annuaire*, 1880, p. 138; Académie de médecine 12 aout 1879.)

Phie CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39; 10, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

5

L'Acide Phénique du dr Déclat

Sirop et capsules d'**acide phénique**; sirop et capsules au **phénate d'ammoniaque**; *id.* au **sulfo-phénique**; *id.* **iodo-phénique**; huile de **morue phéniquée**; **glyco-phénique** à 10 0/0 pour usage externe, pansement, brûures, herpès, eczéma, maladies utérines, hémorrhoïdes, etc. *Chassaing et Cie, 6, av. Victoria, Paris.*

2

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

79

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 164 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

57

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode ister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

12

Affections cardiaques, Hydropisies, Albuminurie. Palpitations.

Sirop de Convallaria Maialis

LANGLEBERT, 2 à 3 cuillerées par jour.

Pilules de Convallaria Maialis

LANGLEBERT, 6 par jour.

Pharmacie LANGLEBERT, 55, rue des Petits-Champs, Paris.

7

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

10

Poudres alimentaires Adrian

Préparées avec un soin tout particulier pour les usages de la médecine.

Richesse des différents produits... —	Azote %	Acide phosphorique total %	Equivalent en phosphate de chaux %	Prix le K° en divisons
Poudre de bifteck garantie pure viande de bœuf.......	13.80	1.69	3.68	24 fr.
Poudre de viande.	12.50	1.66	3.62	12 »
Poudre de lait. .	5.32	1.62	3.55	10 »
Poudre de lentilles cuites à la vapeur..	4.19	0.63	1.37	5 »

Comme garantie de pureté et de bonne conservation de ces produits, exiger le cachet et la marque ADRIAN, ancien préparateur et lauréat de l'Ecole de Pharmacie, directeur de la Société française de produits pharmaceutiques, fournisseur des hôpitaux.

VENTE EN GROS, 11, rue de la Perle, Paris.

Envoi *franco* d'échantillons par la poste aux médecins qui en font la demande.

331

Liqueur des Dames

A BASE D'ANÉMONINE

Retirée de l'Anémone Puls, vulgairement appelée « FLEUR DES DAMES ».

(*Off. de Dorvault*, xe édit., p. 252.)

Très efficace dans les cas d'AMÉNORRHÉE et de DYSMÉNORRHÉE.

FACILITE L'ACCOUCHEMENT

MM. les docteurs qui voudraient bien faire l'essai de cette Préparation et constater ses excellents résultats, sont priés d'écrire au préparateur, M. ENJOLRAS, pharmacien, 16, cours de Brosses, à Lyon, *qui se fera un plaisir de leur en envoyer gratis un ou deux flacons à titre d'expérimentation.*

134

Topique Bertrand aîné

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : 0f50 à 3f. Envoi cont. timbres. — Ph. **BERTRAND** aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

109

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — Prix : 3 francs.

125

Vins d'Ossian Henry,

membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences*, etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

19

Institut hydrothérapique

3, rue du Dôme, avenue d'Eylau (28e année). Médecin en chef : E. DUVAL. Sous presse : *De la cure des maladies par l'eau froide*; clinique de 26 années de pratique. Traitt spécial des affections nerveuses et chroniques. — Jardin, gymnase.

65

Récompense de 16,600 fr. à Laroche.

Quina-Laroche phosphaté

Méd. d'or à l'Expos. intern. médic. de Vienne.

Les propriétés des phosphates associées à celles du quinquina, sont remarquables pour *développer l'appétit* et augmenter la *nutrition du système osseux et musculaire*, pendant la grossesse des femmes délicates et l'allaitement des enfants.

Paris, 22, rue Drouot. *J. Laroche*

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au **BROMURE DE POTASSIUM** (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

6

Iode libre. CAPSULES BOUÉ.

La dissolution oléique de ce métalloïde est la seule de ses préparations qui soit supportée par les voies digestives.

M. BOUÉ en fait des capsules qui contiennent chacune 1 centigr. d'iode libre (correspond à 5 gouttes de teinture), 4 à 8 par jour, aux repas. 3 fr. le flacon. Paris, 34, rue Grenier-St-Lazare.

54

Sirop de Papaïne TROUETTE-PERRET.

Maladies d'estomac, gastrites, gastralgies, diarrhées chroniques, vomissements des enfants, etc. Une cuillerée à bouche après chaque repas.

Gros, 165, rue St-Antoine. Dépôt toutes phies.

46

Reconstituant le plus puissant

RESULTATS CERTAINS OBTENUS PAR L'EMPLOI DES

Bonbons granulés et chocolat

DAUTREVILLE

AU SANG DE BŒUF DESSÉCHÉ

Représentant 5 fois son poids de sang frais

Prix :
- La boîte de 500gr bonbons granulés, 9 fr.
- La 1/2 boîte bonbons granulés ... 5 fr.
- La tablette de 500gr chocolat. . . . 6 fr.
- La boîte de croquettes. . . . . . 4 fr.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Env. fo brochure à MM. les médecins qui en font la demde à M. DAUTREVILLE, 34, r. St-Paul, Paris.

33

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

49

SUCROCARBONATE DE

Fer de Tanret

Auteur de la *Pelletiérine* et de l'*Ergotinine*.

FERRUGINEUX très-agréable; il se prend en nature, aux repas, à la dose de 1 à 2 mesures.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL NECKER. I. Fistules borgnes de l'anus. — II. Fistules osseuses de la région trochantérienne. — III. Cancroïde du nez. — CLINIQUE DE LA VILLE. De la fièvre de croissance ; accroissement de la taille de 4 centimètres en cinq mois chez une jeune fille de onze ans. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — CORRESPONDANCE. — Nouvelles.

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

I. Fistules borgnes de l'anus. — II. Fistules osseuses de la région trochantérienne. — III. Cancroïde du nez.

I. Le malade dont je vais tout d'abord vous parler est un homme de quarante-deux ans, solide, ordinairement bien portant, sans antécédents pathologiques.

Il nous raconte qu'au mois d'octobre 1881 il a commencé à éprouver quelques douleurs autour de l'anus et particulièrement en avant. Quelque temps après, une petite bosselure apparaissait d'un côté, suivie bientôt d'une seconde tuméfaction semblable située symétriquement du côté opposé. Ces deux petites tumeurs ont augmenté de volume ; elles se sont abcédées et ont suppuré, laissant après elles deux fistules qui depuis lors ont persisté, s'ouvrant et se fermant alternativement à maintes reprises. En 1882, elles ont été traitées sans succès par des injections de teinture d'iode.

De prime abord, il y a là quelque chose d'assez anomal. Le malade, disons-nous, n'a aucun antécédent morbide, il n'est pas tuberculeux, le canal de l'urètre est sain, enfin nous ne trouvons rien du côté du squelette, et cependant il porte deux petites fistules situées l'une et l'autre à 4 centimètres de l'anus, étroites toutes deux, ayant un trajet, l'une de 3 centimètres, l'autre de 4 environ, se dirigeant vers le rectum, mais s'arrêtant à une certaine distance de l'intestin.

L'étiologie en est quelque peu bizarre ; ces fistules n'occupent pas leur siège ordinaire, elles sont placées en avant de l'anus, entre le bulbo-caverneux et l'ischio-caverneux. Ce sont des fistules borgnes externes, à trajet assez profond et sans communication avec le rectum, dont elles sont séparées par une épaisseur de tissu d'un centimètre environ. Auraient-elles une origine urétrale ou glandulaire? Nous n'avons rien trouvé de ce côté, l'urètre est très bien calibré, il n'est sujet à aucun écoulement ; de plus, ces fistules ne sont pas dans la direction des glandes de Cowper, leur trajet est au contraire dans une direction opposée.

Il y a là, en somme, un point absolument obscur ; néanmoins, vu leur persistance depuis dix-huit mois, vu leur profondeur, nous croyons devoir les traiter comme des fistules borgnes ordinaires, en les incisant jusqu'au rectum.

II. Notre second malade est plus complexe. Il est entré dans nos salles il y a trente-deux jours. C'est un garçon de vingt-cinq ans, né à Paris, fils d'un père auvergnat, héréditairement charbonnier, et qui nous raconte sa maladie d'une façon assez pompeuse et assez embrouillée pour que bien des faits soient à éliminer dans la description qu'il nous en fait. Tout d'abord il nous dit que la suppuration que nous remarquons dans la région trochantérienne gauche est récente ; mais lorsque l'on examine le membre inférieur de ce côté, on constate une atrophie considérable de la cuisse, laquelle mesure, comme circonférence, 5 centimètres de moins que celle du côté opposé ; de plus, on aperçoit au niveau du grand trochanter la cicatrice d'une ancienne lésion. Ce que voyant, notre malade reconnaît que, à l'âge de dix ans, il a eu deux clous sur la région trochantérienne gauche qui ont suppuré pendant environ un mois. A seize ans, il y aurait eu une nouvelle suppuration au même niveau. A dix-sept ans, notre malade a eu la fièvre typhoïde. A vingt-quatre ans, c'est-à-dire l'année dernière, un nouveau clou s'est ouvert là où les autres s'étaient montrés quatorze ans auparavant, et depuis lors n'a cessé de suppurer. Enfin, de dix-huit à vingt-trois ans, il a eu des attaques d'épilepsie, attaques qui n'avaient lieu que la nuit, lorsqu'il était couché, attaques pour lesquelles il aurait été soigné à l'asile des aliénes de Sainte-Anne, dans le service de M. Bouchereau. Aucun accès cependant n'aurait jamais été constaté. Ce garçon, néanmoins, a été réformé du service militaire. Bref, nous sommes en présence d'un individu qui certainement a un intérêt quelconque à dissimuler la vérité.

Quoi qu'il en soit, voici l'état dans lequel il est actuellement : Au niveau du grand trochanter, on aperçoit deux petites fistules atoniques dont le trajet n'est pas moindre de 10 centimètres, comme le démontre la pénétration du stylet que nous avons introduit dans chacune d'elles, et cela sans que nous arrivions sur un tissu osseux dénudé. De plus, il existe un empâtement profond de toute la région trochantérienne. L'articulation coxo-fémorale n'est le siège d'aucune lésion et l'os iliaque du côté malade paraît parfaitement sain. Mais à quoi cependant pouvons-nous attribuer cette atrophie musculaire de la cuisse du côté malade, si ce n'est, selon toutes probabilités, à quelque ancienne affection osseuse, à quelque vieille ostéite du grand trochanter,

dont la première manifestation remonterait à l'âge de dix ans, dont la seconde poussée aurait eu lieu six ans plus tard, et dont la troisième, encore existante actuellement, daterait de l'année dernière.

Pendant quelques jours, nous avons essayé les injections de teinture d'iode dans les trajets fistuleux, mais elles ont déterminé des phénomènes inflammatoires tels que nous avons dû y renoncer.

En raison donc des accidents anciens, des poussées excessives postérieures, des phénomènes inflammatoires déterminés par la teinture d'iode et de l'état de la lésion circonscrite du grand trochanter, il y a indication formelle d'aller à la recherche de cette lésion et d'examiner l'état du fémur. Si nous trouvons une ostéomyélite caractérisée, nous détruirons son foyer, et si nous découvrons un séquestre de carie ou de nécrose, nous procéderons à son enlèvement.

III. La troisième opération que nous aurons à faire est chez une femme de soixante-treize ans, que nous avons déjà opérée il y a deux ans pour un petit cancroïde superficiel de l'aile gauche du nez. Tout s'est bien passé, la malade s'en est allée en parfait état. Les choses se sont bien maintenues pendant quelques mois, puis une petite croûte s'est formée près de la cicatrice, la malade l'a fait tomber ; une seconde s'est développée, laquelle est tombée à son tour. Enfin, de croûte en croûte, cette femme en est arrivée à présenter aujourd'hui un ulcère qui mesure près de 2 centimètres et qui a détruit l'aile du nez en grande partie, de telle sorte que l'ablation de ce nouveau cancroïde va déterminer une coche plus grande encore, laquelle nécessitera d'aller prendre un lambeau sur la joue, de façon à le faire pivoter et refaire une partie de la narine détruite.

CLINIQUE DE LA VILLE

De la fièvre de croissance.

ACCROISSEMENT DE LA TAILLE DE 4 CENTIMÈTRES EN CINQ MOIS CHEZ UNE JEUNE FILLE DE ONZE ANS.

Par M. le docteur Octave GUILLIER.

S'il est une maladie dont la définition soit restée vague, c'est assurément celle désignée sous le nom de « fièvre de croissance ». Tout le monde a prononcé son nom et chacun lui a attribué, selon les circonstances, des phénomènes qu'aucune autre hypothèse ne pouvait justifier; mais jamais une définition précise n'en avait été donnée, et personne n'en avait fait une entité morbide.

Certes le sujet n'est pas nouveau en lui-même, il suffit de lire les auteurs qui se sont occupés des maladies des enfants et des maladies des os, pour voir que, en maintes circonstances, la croissance a été invoquée pour expliquer certains phénomènes dont l'étiologie ne pouvait avoir d'autres causes ; nous dirons même qu'il n'est guère de médecin qui, dans le cours de sa carrière, n'ait vu, sous cette influence, les maladies revêtir un caractère un peu bizarre. Cependant il faut arriver en 1880 pour trouver dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* un mémoire de M. le docteur Bouilly, chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé de la Faculté de Paris, qui éclaire d'un jour tout nouveau cette partie de la pathologie infantile.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici l'historique de la question, d'ailleurs fort bien exposé dans le mémoire précité. Depuis très longtemps les auteurs avaient fort bien remarqué que les maladies donnent une plus vive impulsion à la croissance du corps; mais ce qui n'avait pas été décrit, c'est la croissance comme état pathologique bien déterminé. En 1839, cependant, la vérité avait été entrevue par Richard (de Nancy), qui, dans son traité des *Maladies des enfants*, a écrit : « Ainsi s'explique (inflammation primitive des os) le phénomène d'un accroissement extraordinaire, quand ce n'est pas lui-même qui a produit la maladie, distinction qui est loin d'être une subtilité, mais un véritable problème offert tous les jours à la sagacité du médecin dans la pratique de la médecine de l'enfance. »

Plus tard, en 1860, Regnier, dans son traité des « Maladies de croissance », donne de ces maladies une définition bien vraie en disant : « Par maladies de croissance nous ne voulons pas dire les maladies qui se montrent pendant l'évolution et auxquelles l'âge imprime un cachet particulier, mais nous entendons les affections qui sont directement le résultat de l'accroissement trop rapide et mal réglé soit des appareils, soit des organes ». Rilliet et Barthez ajoutent même que *cette excitation momentanée n'est pas toujours sans danger*. Il est bien vrai que tous ces auteurs ont rendu au phénomène « croissance » toute l'importance que leurs devanciers ne lui avaient pas reconnue ; c'était un grand pas, assurément, d'en faire la *cause* de la maladie et non pas toujours le résultat, mais en somme la localisation pathologique n'est point précisée et la symptomatologie reste vague.

Les observations de fièvres survenant au moment d'une croissance exagérée ne sont pas rares; M. le docteur Bouchut, dont le nom se retrouve partout dans la pathologie de l'enfance, a rapporté le fait très curieux d'un enfant de vingt-cinq mois qui, en six semaines, grandit de 8 centimètres en présentant une fièvre rémittente que l'auteur attribue à la croissance. D'autres auteurs ont signalé le rhumatisme, etc. Mais, nous le répétons, avant le mémoire de M. Bouilly, la fièvre de croissance ne présentait pas à l'esprit un ensemble de symptômes aussi précis que ceux que nous allons décrire.

Dans le courant de l'année 1882, les hasards de la clientèle nous donnèrent l'occasion d'observer un cas fort curieux de fièvre de croissance, dont nous avons rédigé l'observation avec le plus grand soin dans l'intention de la publier. Nous nous félicitons d'autant plus de notre détermination que, ayant soumis cette observation à M. Bouilly, elle nous a valu de sa part une lettre fort instructive, dans laquelle l'auteur décrit non seulement les diverses formes de la maladie en précisant les symptômes principaux, mais cite encore à l'appui les très intéressantes observations qu'il a recueillies.

Cette lettre que nous publierons *in extenso*, forme le complément du mémoire de 1880 en créant, pour ainsi dire de toutes pièces, un chapitre nouveau des maladies des enfants et des adolescents.

Voici donc l'observation de notre jeune malade :

Mlle Louise M***, âgée de onze ans environ, habite Paris avec ses parents depuis le commencement de 1882.

D'une santé délicate dans son enfance, cette jeune fille resta très chétive jusqu'à l'âge de sept ou huit ans. Pendant toute cette période l'enfant n'eut aucune maladie grave, la dentition fut un peu tardive et la marche n'eut lieu qu'à près de deux ans pour ne subir depuis lors aucun arrêt. Ayant dirigé notre interrogatoire

surtout au point de vue du rachitisme, nous n'apprîmes rien de particulier. A partir de l'âge de huit ans, la constitution eut une tendance à se modifier avantageusement sous l'influence d'un régime fortement reconstituant prescrit par un médecin de province, et aussi grâce aux bonnes conditions hygiéniques où se trouvait l'enfant, les parents habitant alors le département de la Côte-d'Or.

Les affaires ayant obligé M. M*** à venir habiter Paris, je vis pour la première fois la jeune Louise au mois de mars 1882, pour une légère bronchite. Voici ce que je constatai alors : taille au-dessous de la moyenne, teint pâle, maladif, gencives et face interne des paupières décolorées, un peu d'adénite sous-maxillaire, en un mot toutes les apparences du lymphatisme. Aussitôt guérie de sa bronchite, je prescrivis à mon tour un régime reconstituant à ma jeune malade : phosphate de chaux, huile de foie de morue, sirop antiscorbutique, iodure de fer, que je fis prendre alternativement; ajoutons à cela un exercice modéré et un peu d'hydrothérapie pendant l'été. Tel fut le traitement que j'instituai.

A la fin de novembre, je fus de nouveau appelé près de cette jeune fille pour un eczéma humide siégeant sur la partie latérale droite du cou, ayant envahi le lobule de l'oreille et la région mastoïdienne correspondante. Un grand changement s'était opéré chez ma jeune malade pendant les quelques mois qui venaient de s'écouler : le teint était bon, l'anémie se dissipait, les ganglions sous-maxillaires, encore un peu engorgés au moment de l'eczéma, disparurent quelque temps après; de plus, l'enfant, dont le caractère était ordinairement triste et difficile, était devenue gaie, participant volontiers aux jeux de son âge et présentant un appétit satisfaisant, je constatai également avec les parents un léger accroissement de la taille. Quant à la menstruation, il n'en était nullement question.

Devant un changement aussi heureux et sur l'insistance des parents, j'autorisai la mise en pension de leur enfant, aux environs de Paris. Ce qui eut lieu dans les premiers jours de janvier 1883.

Dans la nuit du 30 au 31 mars, on vint me chercher en toute hâte pour me rendre près de la fille de M. M*** qui, me dit-on, était prise de convulsions et dont les parents redoutaient une méningite. M'étant rendu aussitôt à cet appel, je trouvai la malade dans un état fort alarmant. Le pouls donnait 120, la chaleur était mordicante, la face très animée et par instants contracturée, la langue sèche et saburrale. Les cris de douleurs que poussait cette pauvre enfant, rendait toute interrogation impossible et la seule réponse que l'on pouvait obtenir était celle-ci : « Je souffre de partout et ne puis faire aucun mouvement. » Elle restait en effet inerte dans son lit, redoublant ses cris aussitôt que je voulais l'examiner plus sérieusement.

Les parents, interrogés à leur tour, me répondirent que leur fille était chez eux depuis quelques jours, en vacances de Pâques, qu'elle s'était bien portée pendant tout ce temps, sauf les deux derniers jours où l'appétit était moins bon. Cependant, la veille encore, elle avait joué comme à son habitude et s'était couchée sans paraître aucunement indisposée. C'était sur les onze heures que l'enfant s'était réveillée en se plaignant de vives douleurs dans la tête et dans tout le corps; les douleurs ayant augmenté, la fièvre et le délire étant promptement apparus, on m'avait envoyé chercher immédiatement; ce fut tout ce que je pus savoir.

Je prescrivis un petit lavement de camomille, qui produisit un excellent effet; et après avoir enveloppé les jambes et les cuisses de ouate saupoudrée de farine de moutarde, je fis prendre en deux fois, à une heure d'intervalle, 50 centigrammes de sulfate de quinine. Sur les quatre heures du matin le calme commença à renaître, amenant avec lui le besoin de sommeil ; je rentrai donc chez moi après être resté environ quatre heures près de ma petite malade, peu rassuré sur ce qui allait se passer. Je ne m'expliquais pas l'attaque à laquelle je venais d'assister et ne savais, je l'avoue, à quoi attribuer l'apparition aussi brusque de phénomènes aussi violents. Le reste de la nuit se passa pour moi dans l'incertitude, aucun des diagnostics que je cherchais à poser ne me satisfaisait, et ce ne fut pas sans appréhension que le lendemain matin je me présentai rue Saint-André-des-Arts. Quel ne fut pas mon étonnement d'apprendre que jusqu'à sept heures du matin le sommeil avait été excellent! Je trouvai en effet l'enfant beaucoup mieux : la figure était calme, le pouls presque normal et la température à 37°,05; un peu de courbature, et c'était tout. Malgré cette amélioration imprévue, je me tins sur une grande réserve et bien m'en prit. Je prescrivis le repos au lit, pour toute alimentation des bouillons et du lait, un ou deux petits lavements dans la journée, et me retirai en annonçant une visite pour le soir.

Inutile de dire que pendant toute la journée le souvenir de ma petite malade hanta mon esprit. Allais-je assister à une guérison complète? ou bien me trouverais-je en présence d'un début de fièvre typhoïde, de variole, de scarlatine ou de méningite? était-ce une pneumonie? J'étais bien perplexe et sentais le terrain mal assuré. C'est alors que je me souvins d'une leçon clinique faite à l'hôpital Necker, par M. le docteur Bouilly, alors qu'il remplaçait M. le professeur Trélat. Il s'agissait d'une fillette de huit à dix ans que M. Bouilly avait soignée en ville quelques mois avant et qui avait présenté un cortège de symptômes très alarmants avec douleurs violentes au niveau des extrémités inférieures des fémurs et des humérus; symptômes qui disparurent après quelques jours et pendant lesquels l'enfant avait grandi, je crois, de 2 centimètres. Ce fut à ce propos que M. Bouilly nous parla de la fièvre de croissance, de ses allures bizarres, de sa spontanéité et des erreurs auxquelles elle pouvait donner lieu.

Une fois sur cette voie, il me sembla que je trouverais peut-être là l'explication des phénomènes que je venais de voir se dérouler sous mes yeux; cette opinion prit encore plus de poids dans mon esprit en songeant à l'intensité des douleurs ressenties par ma petite malade, douleurs dont j'avais augmenté l'acuité au moment de l'enveloppement des membres inférieurs dans la ouate; enfin l'immobilité qu'elle gardait dans son lit me frappa davantage depuis que la fièvre de croissance avait pris place dans le cadre des maladies dont je redoutais l'éclosion. Je me proposai donc, à une visite du soir, de diriger mon interrogatoire à ce point de vue, d'examiner attentivement les articulations et de mesurer la grandeur de l'enfant afin d'être prêt à tout évènement.

Ce qui fut dit fut fait; et j'appris de la bouche même de la jeune fille que, dans l'après-midi du 30 mars, une de ses petites amies étant venue la voir, elles avaient été au jardin du Luxembourg et y avaient joué, couru, sauté plus que de coutume, qu'enfin elles avaient fait, avec leurs parents, une course à pied dont il n'est pas sans intérêt de donner ici l'itinéraire : parties du Luxembourg, elles avaient parcouru le boulevard Montparnasse jusqu'à la rue de Sèvres, suivi cette rue jusqu'à la Croix-Rouge, puis la rue du Four, la rue de Rennes, la rue Bonaparte, les quais jusqu'à la place Saint-Michel et enfin la rue Saint-André-des-Arts. Pour ceux qui connaissent le trajet, on conviendra que la course était longue. C'est donc à la suite de cet excès de fatigue qu'ont apparu les phénomènes dont nous venons de parler; de plus, j'appris que depuis une quinzaine de jours la jeune fille se plaignait de douleurs légères tantôt dans les genoux, tantôt dans les articulations tibio-tarsiennes, tantôt à l'épaule ou au coude; mais ces douleurs étaient si légères, qu'elle y faisait à peine attention. Enfin, examinant les articulations, je constatai l'existence de points douloureux siégeant non pas au niveau de l'articulation elle-même, mais un peu au-dessus; c'est ainsi que pour le genou la douleur existait à la partie inférieure du fémur, un peu au-dessus des condyles; « dans la zone épiphysaire », les mêmes points douloureux se retrouvaient, quoique un peu moins marqués, au niveau de l'épicondyle et de l'épitrochlée, ainsi qu'au niveau de la malléole interne, et toujours sans que les articulations voisines fussent intéressées. Il n'y avait d'ailleurs aucun gonflement. Je pris alors la mesure de l'enfant dont la taille était de « 105 centimètres » de hauteur. Tel fut le résultat de ma visite le soir du 31 mars.

La nuit du 31 mars au 1er avril fut assez bonne jusqu'à trois heures du matin, heure à laquelle les phénomènes de la nuit précédente réapparurent avec plus d'intensité encore. A cinq heures du matin j'étais près de ma petite malade et c'est alors que je pus

constater de la façon la plus nette l'origine de tout le mal. Les deux genoux étaient le siège d'une tuméfaction très appréciable, la peau à ce niveau était rouge, brûlante, on aurait dit le début d'un abcès phlegmoneux. Les articulations tibio-tarsiennes et cubito-humérales étaient plus douloureuses que la veille, mais ne présentaient ni gonflement ni douleur ; voulant m'assurer si les articulations mêmes étaient prises, je pus m'assurer que non, en leur faisant faire quelques mouvements sans provoquer de douleur à leur niveau ; tous les points douloureux pouvaient plus facilement que la veille se localiser au-dessus des articulations.

Pouls 120. Température 39°,08. Un peu de délire. Comme traitement je me bornai à faire prendre en quatre fois « un » gramme de sulfate de quinine à une heure d'intervalle. Les régions douloureuses furent enveloppées de ouate imbibée d'huile de camomille chloroformée, et pour toute nourriture du lait.

1er *avril, cinq heures du soir.* — Même état ; la malade semble comme momifiée dans son lit ; les genoux ne sont ni plus rouges, ni plus tuméfiés que le matin, il est impossible d'y toucher sans provoquer des cris. Les autres articulations ne vont pas plus mal, sauf les cervico-vertébrales qui ont été prises dans la journée et sont le siège de vives douleurs aussitôt qu'on veut imprimer quelques mouvements à la tête. D'ailleurs il y a de l'hyperesthésie généralisée ; c'est ainsi que l'auscultation du cœur dont les battements sont désordonnés, provoque de la douleur.

Température 40°. Pouls 120. Toujours un peu de délire. Traitement, 1 gramme de quinine en deux fois ; ouate imbibée d'huile de camomille chloroformée autour des parties douloureuses. Le lait qu'on est obligé de faire prendre à la cuillère est bien supporté, on arrive ainsi à faire prendre près d'un litre.

Quoique les genoux ne me semblent pas plus tuméfiés que le matin, la rougeur et la chaleur sont tellement vives que je redoute un phlegmon de la cuisse.

2 *avril, matin.* — La malade a eu le délire jusqu'à deux heures du matin environ, puis a sommeillé un peu. Il me semble que les genoux sont un peu moins tuméfiés, je puis passer doucement la main dessus sans provoquer de douleur, la rougeur est la même.

Pouls 105. Température 39°. La malade me regarde et sourit un peu, mais ne fait pas le moindre mouvement ; elle répond par oui et non aux questions qu'on lui adresse. Même traitement : 1 gramme de quinine en deux fois ; huile chloroformée ; lait.

Le soir, l'amélioration est sensible, les mouvements de la tête se font plus facilement, l'œil est bon et la malade parle volontiers. Les genoux ont beaucoup diminué, sont moins rouges, moins brûlants, mais restent douloureux. Les autres articulations vont bien, les mouvements de la main et du bras reviennent.

Pouls 100. Température 39°.

Même traitement que le matin.

3 *avril, matin.* — La nuit a été bonne, la défervescence est presque complète ; l'appétit revient et la malade demande à manger, babille, remue facilement la tête et les bras, et boit son lait sans l'aide de personne.

Les genoux seuls laissent à désirer la tuméfaction et la douleur persistent encore, mais à un moindre degré.

Pouls 76. Température 37°,08.

Traitement : 50 centigrammes de quinine en deux fois, bouillons, potages, œufs sans pain ; même traitement local.

Le soir, continuation du mieux, qui s'accentue également du côté des genoux.

J'ordonne encore 50 centigrammes de quinine en deux fois.

Même traitement local.

4 *avril, matin.* — L'état de la jeune Louise M*** est très satisfaisant, la fièvre a complètement cessé, les mouvements sont revenus presque à l'état normal dans toutes les articulations, sauf bien entendu dans les genoux qui restent encore tuméfiés et douloureux, mais permettent cependant quelques mouvements.

Suppression du sulfate de quinine, alimentation un peu plus fortifiante. Je maintiens toujours l'huile de camomille chloroformée autour des genoux.

Le soir, même état satisfaisant.

Je bornerai ici l'observation journalière de ma petite malade pour décrire en quelques lignes les suites de sa maladie.

Du 5 avril au 10 ou 12 du même mois, les mouvements des genoux furent difficiles et très douloureux : aussi n'avais-je pas besoin de trop recommander le repos absolu et l'immobilité la plus complète ; à partir de cette date, la fillette, se sentant beaucoup mieux, ne fut plus aussi docile à nos conseils, remuant sans cesse ses bras et ses jambes, s'asseyant sur son lit, parlant même de se lever ; voulant à tout prix obtenir l'immobilité, d'autant plus qu'il existait un peu d'épanchement intra-articulaire des genoux, j'employai la gouttière de Bonnet et exerçai une légère compression autour de ces articulations.

La gouttière fut enlevée le 2 mai, le liquide intra-articulaire avait complètement disparu et les articulations étaient en parfait état. L'extrémité inférieure des fémurs seuls était encore grosse et douloureuse à la pression. J'autorisai alors l'enfant à se lever et à marcher en se soutenant sur un bâton, et huit jours après, la marche était complètement rétablie.

J'ai dit, au commencement de l'observation, que la taille de la jeune Louise M***, prise le 3 avril, était de 105 centimètres ; mesurée à nouveau après l'enlèvement de la gouttière de Bonnet, le 2 mai, c'est-à-dire un mois après, elle était de 108 centimètres. Je constatai donc un accroissement de « 3 centimètres) ».

Dans les derniers jours du mois d'août, je revis mon intéressante petite malade ; elle avait encore grandi de 1 *centimètre* depuis le 2 mai. L'extrémité inférieure des fémurs est encore tuméfiée, mais nullement douloureuse ; l'épiphyse du côté gauche est plus volumineuse que celle du côté droit ; c'est d'ailleurs ce côté qui, lors de la poussée congestive, était le plus gonflé et me donnait le plus d'inquiétude.

Reste encore un point sur lequel je tiens à dire quelques mots ; je veux parler de l'état général consécutif. A la fin du mois d'août, il y avait cinq mois que cette jeune fille avait été atteinte de la poussée congestive épiphysaire dont le résultat avait été un accroissement de 4 *centimètres*. La convalescence a été des plus pénibles et aujourd'hui encore l'état général est loin d'être satisfaisant, malgré le séjour à la campagne et une station de un mois au bord de la mer. Les forces ont de la peine à revenir, le moindre exercice provoque une courbature générale ; l'anémie que j'avais combattue avantageusement l'année dernière est revenue ; cependant l'appétit est satisfaisant, la nourriture est très fortifiante ; mais, je le répète, malgré les toniques et les meilleures conditions hygiéniques où l'on puisse placer une enfant, l'état général reste si languissant que, à moins d'une amélioration sensible d'ici un mois, je n'hésiterai pas à conseiller aux parents de faire passer l'hiver à leur jeune fille dans une station du littoral méditerranéen.

J'écrivais ces dernières lignes au commencement de septembre, nous sommes en novembre, l'amélioration a été si peu sensible que la jeune Louise M*** est à Nice depuis trois semaines.

Telle est l'observation que je crois pouvoir présenter comme un type bien défini de « fièvre de croissance ».

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 novembre 1883. — Présidence de M. P. Bert.

COMMUNICATIONS

Épidémie sur les gardons. — M. **Mégnin** signale le fait d'une épidémie qui cause une grande mortalité sur une espèce de poisson, le gardon (*Leuciscus idus* Bl.), lequel vit en grande abondance, en compagnie de carpes, de tanches et d'anguilles, dans de grandes pièces d'eaux vives attenant à un château des environs du Mans.

Les gardons seuls sont atteints, et la cause de l'épidémie est une algue microscopique, l'*Achlya prolifera* Mees, qui se développe

sous forme d'une moisissure d'un gris sale et d'une consistance gélatineuse sur la tête et surtout sur les yeux du poisson ; elle dépolit la cornée, la rend opaque, pénètre dans l'œil et en désorganise les éléments. Le poisson, aveuglé, ne pouvant plus pourvoir à sa subsistance, meurt de faim, complètement anémique.

Le parasite en question a déjà été observé, mais exclusivement sur des sujets d'étude : salamandres, grenouilles, têtards, œufs et embryons de poissons contenus dans des aquariums de laboratoires de physiologie, qu'il dépeuple rapidement.

On ne s'en débarrasse qu'en renouvelant l'eau fréquemment et complètement après avoir enlevé avec un pinceau la production cryptogamique qui adhère à l'épiderme des sujets atteints.

La mission française en Égypte. — M. STRAUS, en son nom et au nom de ses collègues de la mission française en Égypte, fait connaître les résultats de leurs recherches à Alexandrie pendant l'épidémie de choléra. Au moment, dit-il, où nous sommes arrivés à Alexandrie, il y avait par jour 45 décès cholériques. Nous avons fait 24 autopsies ; sur ce nombre de 24, il y a eu 7 hommes et 17 femmes, parmi lesquelles 5 étaient enceintes. Les sujets autopsiés étaient des Italiens, des Maltais, des Grecs ; il n'y avait pas d'indigènes, puisque leur religion s'oppose à l'ouverture des cadavres. Une particularité importante, au point de vue des résultats, était la possibilité de procéder à l'autopsie immédiatement après la mort. Toute complication résultant de la putréfaction se trouvait donc ainsi écartée.

Nous avons tout d'abord porté nos investigations sur l'appareil intestinal et son contenu, sur les selles riziformes, les vomissements. Relativement aux selles, nous avons constaté que les grains riziformes étaient formés par des granulations épithéliales ; il y avait une désintégration granuleuse des plus accusées. Les noyaux des cellules ne se teintaient plus par les substances colorantes. Il y avait, en un mot, tous les caractères de cette nécrose spéciale qui a été désignée sous le nom de nécrose de coagulation.

Quant à la présence de microbes dans l'intestin, il y en avait une abondance et une variété extrêmes, à tel point qu'il eût été chimérique de vouloir trouver dans un de ces micro-organismes la cause du choléra. Sur des coupes de l'intestin grêle, on constate cette dénudation épithéliale. Ces coupes étant conservées pendant vingt-quatre heures dans des solutions de bleu de méthylène, on y reconnaît aisément dans l'épaisseur de la muqueuse la présence de ces innombrables microbes ; ce sont des bactéries, des micrococcus. Il y a des bactéries longues ressemblant au microbe de la tuberculose, mais plus petites. On trouve aussi le même microbe que celui de la morve. C'est ce dernier qui, pour Koch, serait le micro-organisme du choléra.

Ce fait est plus que douteux, d'abord parce qu'on trouve ce microbe ailleurs que dans l'intestin, ensuite parce que sa présence est loin d'être constante. On le trouve dans les cas de choléra prolongé ; mais dans les cas de choléra foudroyant amenant la mort en quelques heures, il est impossible de pouvoir colorer aucun microbe. Ainsi, d'une part, par le fait de la multiplicité des tuniques ou des tissus dans lesquels on trouve ce microbe, donné par Koch comme spécial au choléra et, d'autre part, par ce fait qu'il n'est pas constant, les données anatomiques du médecin allemand sont loin d'être positives.

L'examen des ganglions mésentériques, du foie, des reins, n'a donné que des résultats négatifs.

En est-il de même de l'examen du sang ? Le sang est noir et se coagule mal. Les globules rouges tombent au fond du vase et au-dessus est un sérum clair qui ne se coagule pas. L'examen microscopique a montré que les globules rouges sont étalés, les globules blancs sont augmentés de nombre et granuleux. On trouve dans le sang des corpuscules allongés rappelant l'organisme du rouget, mais beaucoup plus petits. Il fallait une double épreuve : la première, basée sur les réactifs colorants ; la seconde, sur la culture. Or, malgré tous nos efforts, nous n'avons jamais pu obtenir de coloration nette, saisissante. Quant à la culture, elle a complètement échoué.

Il est bon de noter que la réaction de sérum du sang est légèrement acide. En présence des cas foudroyants, dans lesquels les malades sont morts asphyxiques, sans avoir présenté de diarrhée, il est difficile d'admettre que la cause du choléra réside uniquement dans l'intestin.

De nombreuses expériences ont été faites sur les animaux, sur des chiens, des poules, des dindes, des cailles, des chats, des rats, des souris, un singe ; nous avons fait ingérer à ces animaux des selles, du sang, des organes de cholériques, tout cela sans aucun résultat. Nous avons nourri des porcs avec des selles riziformes, ils ont continué à se très bien porter.

En résumé, nous n'apportons pas de solution, mais bien de simples documents qui pourront être de quelque utilité. Quand on songe qu'il n'a rien moins fallu qu'un Pasteur pour découvrir le microbe du charbon, maladie bien moins complexe que le choléra, il est permis de penser qu'on ne jugera pas trop sévèrement les travaux de la mission française en Égypte.

M. LE PRÉSIDENT dit que M. Straus peut se rassurer, et que jamais il ne viendra à l'esprit de personne d'employer l'adverbe dont il vient de se servir pour juger les recherches de la mission française. M. Bouley a déjà rendu justice au zèle, au courage dont ont fait preuve les membres de cette mission. M. Bert est heureux aujourd'hui d'avoir à rendre justice à l'activité, à l'énergie scientifique qu'ils ont déployées dans leurs périlleuses recherches. La mission française n'eût-elle eu pour résultat que de démontrer l'erreur du point de départ de la mission allemande, qu'il faudrait encore la féliciter.

M. RABUTEAU insiste sur l'importance de l'acidité du sang constatée par M. Straus. Déjà, en 1832, elle avait été notée. Il se peut que ce soit à cette acidité du sang que serait due la mort dans le choléra. Rien ne serait plus facile que de simuler une mort par le choléra chez un animal intoxiqué, par exemple, par les azotites neutres. Il y a certainement, au point de vue des causes de la mort, un rapprochement à faire entre cette acidité du sang constatée chez les malades morts du choléra et la même acidité chez les individus morts intoxiqués par certains poisons.

De l'alcool et du chloroforme. — M. Dubois fait une communication relative à l'influence de l'alcool sur l'action physiologique du chloroforme. (Sera publié.)

De la persistance des réflexes. — M. CH. RICHET fait une communication sur la persistance des réflexes chez les poissons. Il rappelle que la rapidité de la mort des réflexes est en rapport avec la température de l'individu. Les réflexes disparaissent d'autant plus vite que la température est plus élevée. Il a cherché la durée de la persistance des phénomènes réflexes chez des poissons auxquels il avait enlevé le cœur. Il a constaté des différences considérables chez des poissons de même espèce. M. Richet arrive à cette conclusion que la mort des éléments nerveux est en relation directe avec la température élevée des animaux.

M. REGNARD, à l'appui de cette opinion, rappelle le fait suivant : Après avoir, avec M. Blanchard, fait une série d'expériences sur un crocodile de 3 mètres de long, ils en firent l'autopsie, ils le vidèrent complètement. Or le lendemain ce crocodile, ainsi complètement vidé, marchait encore dans le laboratoire. La force des mâchoires marquait encore 29 kilos au dynamomètre. Chez cet animal, il y eut ainsi une persistance des réflexes qui dura plus de trente-six heures.

M. PAUL BERT a fait en 1868 des expériences sur les conditions de la durée de la vie chez les poissons sortis de l'eau. On sait, par exemple que l'anguille meurt très lentement, que le brochet, la sardine, l'ablette meurent au contraire très rapidement. On expliquait ces différences par une question de mécanisme, par une certaine disposition des ouïes, etc. Or M. Bert a montré qu'il n'était pas question de mécanisme et que la cause de ces différences si considérables était beaucoup plus intime, beaucoup plus profonde qu'on le croyait. Il a démontré que, à poids égal, le muscle d'ablette, par exemple, absorbait en un temps donné une quantité d'oxygène beaucoup plus considérable que le muscle

d'anguille ; l'ablette a donc usé ses ressources beaucoup plus vite. Il a également signalé l'influence de la température sur la plus ou moins grande persistance des réflexes. Quant au mécanisme, il est toujours disposé dans le même sens que les conditions générales d'existence.

Un nouvel emploi de l'acide sulfurique. — M. REGNARD rappelle l'importance qu'il y avait à découvrir un moyen, autre que l'enfouissement, de faire complètement disparaître les cadavres d'animaux morts du charbon. Or M. Aimé Girard a trouvé ce moyen. Il consiste à plonger ces animaux dans de l'acide sulfurique. M. Regnard a pensé que ce moyen pourrait être bien avantageux pour les assassins. Il est vrai qu'il faut deux fois le poids de l'individu d'acide sulfurique, — quantité énorme, comme on le voit, — pour une personne adulte. Mais si cela présente des difficultés pour un adulte, il n'en est plus de même pour un fœtus à terme par exemple, et ce moyen devient d'une extrême commodité pour les infanticides. M. Regnard en a fait lui-même l'expérience : s'étant procuré un cadavre de fœtus à terme, il a acheté 3 litres 1/2 d'acide sulfurique commun, y a plongé son fœtus, et le lendemain, vingt-quatre heures après, il a pu constater qu'il ne restait plus rien de ce fœtus et que l'acide sulfurique était noirci. Le fait de trouver un vase contenant de l'acide sulfurique chez une femme accusée d'infanticide pourrait être un indice important. Aussi que fera-t-elle de cet acide ? Elle le jettera dans les cabinets d'aisance. L'acide, dans la fosse, en présence des sels d'ammoniaque formera du sulfate d'ammoniaque et il se dégagera de l'acide carbonique. Il ne restera donc plus aucune trace ni du fœtus ni de l'acide sulfurique employé pour le détruire. Il n'y aurait qu'un seul remède à apporter à cet état de choses, ce serait la réglementation de la vente de l'acide sulfurique, qui d'ailleurs fait déjà un assez grand nombre de victimes, les drames du vitriol devenant chaque jour plus fréquents.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA *Gazette des hôpitaux*,

La Société médicale du XIXe arrondissement, en réponse à la communication qui lui a été adressée, dans la *Gazette des Hôpitaux*, par la Société médicale des bureaux de bienfaisance, après délibération, a décidé, à l'unanimité, ce qui suit :

La Société, ne pouvant accepter ni le projet du ministère de l'intérieur, qui n'est qu'une élection à deux degrés, ni le projet du conseil de surveillance de l'Assistance publique, qui n'est qu'un concours fictif, demande le maintien du système actuel de nomination des médecins du bureau de bienfaisance.

Agréez, monsieur et honorable confrère, l'expression de mes sentiments distingués.

Paris, le 10 novembre 1883.

Le Président de la Société médicale du XIXe arrondissement,

Dr ROYER.

Membre du Conseil municipal de Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences vient de pourvoir aujourd'hui même, lundi 12 novembre, à quatre heures, au remplacement de M. le baron Cloquet, décédé. M. le professeur Charcot a été élu membre de l'Académie pour la section de médecine et de chirurgie.

Nombre de votants, 58 ; majorité absolue, 30.

Les voix se sont réparties de la façon suivante :

MM. Charcot .... 46 voix.
Sappey .... 12 —

— Nous recevons — à la dernière heure — de M. le docteur Ferrand, médecin à l'hôpital Laennec, une lettre sur la laïcisation des hôpitaux. Nous la publierons dans notre prochain numéro.

— Un concours s'ouvrira désormais à la Faculté de médecine de Paris, au mois de juillet de chaque année pour tout emploi de chef de clinique qui serait vacant à cette époque ou au mois de novembre.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chairou, mort subitement, le 10 novembre 1883, pendant sa consultation. Ses obsèques auront lieu le mardi 13 courant, à midi très précis, en l'église Saint-Louis-d'Antin. L'inhumation aura lieu au cimetière de Rueil (Seine-et-Oise), dans une sépulture de famille.

— L'ouverture du cours de pathologie chirurgicale de M. le professeur Duplay qui devait avoir lieu aujourd'hui lundi 12 novembre, à quatre heures du soir, est reportée, par suite d'indisposition du professeur, au lundi 19 du même mois, à la même heure.

— M. le professeur Potain commencera le cours de clinique médicale, le lundi 12 novembre 1883, à dix heures du matin, à l'hôpital Necker, et le continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure. De plus, le mardi, aura lieu une leçon de séméiologie par M. le docteur Gaucher, chef de clinique ; le mercredi une leçon d'anatomie pathologique par M. le docteur Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, et le samedi une leçon de chimie pathologique, par M. le docteur Esbach, chef du laboratoire de chimie pathologique.

La visite des malades commencera tous les matins, à une heure et demie.

— M. le docteur Richelot, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe, le mardi 13 novembre 1883, à cinq heures du soir, dans l'amphithéâtre Laennec, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Cornil commencera son cours d'anatomie pathologique, le mercredi 14 novembre 1883, à cinq heures de l'après-midi, à la Faculté, dans le petit amphithéâtre. Il le continuera les vendredis à une heure et demie, à l'École pratique, et les lundis et les mercredis suivants à la Faculté, dans le petit amphithéâtre, à cinq heures du soir.

— M. le docteur Charles Richet, agrégé, commencera le cours auxiliaire de physiologie, le mercredi 14 novembre 1883, à trois heures et demie de l'après-midi, dans l'amphithéâtre du chef des travaux anatomiques, à l'École pratique, 2, rue Vauquelin, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis à la même heure. Objet du cours : digestion, sécrétion et chaleur animale.

— M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 15 novembre 1883, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie des voies urinaires le jeudi 15 novembre 1883, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. — L'anatomie pathologique sera montrée par des projections photomicrographiques.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Debray commencera son cours de chimie minérale, le mercredi 14 novembre 1883, à deux heures, et le continuera les vendredis et mercredis

suivants, à la même heure. Il traitera des métaux et de leurs principaux composés.

— M. le professeur Friedel commencera son cours de minéralogie le mercredi 14 novembre 1883 à midi et demi et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Formulaire des maladies des voies urinaires, par M. le docteur F. Mallez. 1 vol. in-12 de 300 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Manuel de pathologie et de cliniques infantiles, par le docteur A. Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 1 vol. in-18° de 1,060 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Leçons sur les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie, par le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine. 1 vol. in-18. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15311.

34

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........ 1.33
Silicate acide
Arséniate »
Phosphate » } sesqui-oxyde de fer
Sulfate »
— de chaux........ } 0.44
Chlorure de sodium........
Matières organiques........

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

241

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

146

Bains d'eaux-mères

De Salies-de-Béarn (*Basses-Pyrénées*).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

82

Globules du docteur de Korab

A L'HELÉNINE DE KORAB

10

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement,* arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques,* et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

22

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. Duval, seul élève de son père, le docteur V. Duval, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

70

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées ;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

74

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris,* 1878.

Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote, la boîte, 4 fr. — Vin et Huile créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

172

Huile DE FOIE DE MORUE de Godin

au benzoate de fer.

M. le dr Bazin apprécie ainsi cette préparation :
« Cette huile est mieux supportée par les malades que l'huile de foie de morue et le sirop « de fer administrés séparément ou combinés « ensemble ; son action est plus efficace que celle « de ces deux agents donnés séparément. »

Paris, 96, faub. St-Martin, et toutes pharmacies.

49

Quassine PRINCIPE ACTIF DU QUASSIA AMARA Adrian

Dragées de quassine amorphe dosées à 25mgr. **Granules** de quassine cristallisée dosés à 2mgr.

Les observations publiées dans le *Bulletin de thérapeuthique* (voir le no du 15 novembre 1882) prouvent que la **QUASSINE ADRIAN** excite l'appétit, soutient et développe les forces, active la digestion, augmente la sécrétion biliaire, provoque une diurèse normale. Par son action simultanée sur les glandes salivaires, les reins et le foie, elle combat efficacement les dyspepsies atoniques, la débilité générale, la chlorose, les coliques hépatiques et néphrétiques.

Dose : 1 à 4 par jour avant les repas. — **Prix du flon : 3 fr.** — Vente au détail dans les phies.

Dépôt : *Société française de produits pharmaceutiques,* 11, rue de la Perle, PARIS.

73

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

33

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

103

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

17

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres ET Pastilles DE Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

123

Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Etablissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu : 5 médailles d'or et 3 grands diplômes d'honneur.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

90

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

N° 131. — JEUDI 15 NOVEMBRE 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 15 NOVEMBRE 1883. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIERS-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Calcul salivaire et hypertrophie de la boule graisseuse de Bichat. — LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE. De l'influence de l'alcool sur l'action physiologique du chloroforme. — Deux cas de rage. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Nouvelles.

Paris, le 14 novembre 1883.

Nous recevons de M. le docteur Ferrand, médecin des hôpitaux, la lettre suivante :

11 novembre 1883.

MON CHER DIRECTEUR,

Au moment où l'on nous menace de laïciser de nouveaux services dans les hôpitaux, permettez à un médecin attaché depuis cinq ans à un hôpital laïcisé, de vous présenter une simple observation.

Il y a quelque chose de répugnant à se plaindre de telle ou telle personne en particulier ; d'autre part, les jugements en bloc sont toujours suspects de partialité. Mais il y a un fait brut que l'observation et l'expérience ont mis en lumière, il me semble, et que je me crois tenu de signaler à qui de droit.

N'est-il pas vrai que, dans les services laïcisés, les surveillantes et sous-surveillantes changent avec une fréquence dont on n'a jamais eu d'exemple autrefois ?

N'est-il pas vrai que le personnel d'infirmiers et d'infirmières, sous les ordres de ces dames, change avec une fréquence encore plus inouïe ?

Pour ma part, je vois les uns et les autres se succéder dans mon service comme les sujets d'une lanterne magique.

Une telle instabilité entraîne fatalement des omissions et expose à des erreurs, dont chacun comprend la gravité. Il est facile de présumer quel dommage en ressent le service des malades.

Quant aux causes de ce mal, tout administrateur éclairé et impartial les devine. La moindre enquête faite auprès des directeurs des hôpitaux laïcisés suffirait et à établir le fait et à mettre au jour les causes du malaise qu'il traduit.

Constater ce fait, ce n'est pas, encore une fois, faire œuvre de partialité ou de passion ; l'argument n'en a que plus de force. C'est pourquoi j'ai cru devoir le produire dans cette cause, qui est la nôtre, puisqu'elle touche aux plus graves intérêts des malades qui nous sont confiés.

Veuillez agréer, je vous prie, mon cher Directeur, les sentiments distingués de votre dévoué confrère

A. FERRAND,
Médecin de l'hôpital Laennec.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un rapport de prix (prix Portal pour l'année 1881), fait par M. Peter et une lecture de M. Sandras sur les inspirations ou inhalations médicamenteuses, ont fait tous les frais de cette séance.

La méthode des inspirations ou inhalations médicamenteuses ou encore la méthode atmiatrique, comme on l'appelait jadis, que M. Sandras propose et préconise avec tant de chaleur dans le travail dont on trouvera le résumé dans notre compte-rendu, compte depuis les origines de la médecine trop de titres à son actif et rend journellement trop de services pour le traitement des affections des voies aériennes dans la plupart de nos établissements thermaux, où elle est appliquée en grand et sous toutes les formes, pour que nous ne devions lui donner ici toute notre adhésion. C'est ce que nous faisons volontiers.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PAUL BERGER.

Calcul salivaire et hypertrophie de la boule graisseuse de Bichat.

Au numéro 11 de la salle Sainte-Vierge, nous avons un homme de trente et quelques années, facteur des postes, jouissant toujours d'une très bonne santé et qui n'est entré ici que pour une grosseur de la joue, disgracieuse, déformante, dont le développement s'est fait très lentement. Cet homme s'en est aperçu pour la première fois il y a quatorze ans. Elle ne lui a jamais causé ni douleur ni gêne, même dans la mastication, et ne s'est jamais enflammée.

Il y a cinq ou six ans, il avait consulté déjà un médecin qui, sentant dans la tumeur une sorte de noyau petit et dur, avait fait une incision, laquelle avait donné issue à un corps ayant, au dire de notre malade, l'apparence d'une couronne de dent, corps dur, blanchâtre, et peu volumineux. L'incision refermée, la tumeur ne paraissait avoir subi aucune modification et la difformité de la joue était restée ce qu'elle était avant l'opération.

Voici, du reste, quelle est la situation actuelle : tuméfaction du côté gauche de la face occupant la région jugale, étendue de la pommette au masséter et à la commissure buccale, mal limitée du reste, à première vue, comme circonférence, disparaissant dans certains mouvements de la face, formant au contraire un relief prononcé dans l'état de con-

striction des mâchoires. La tuméfaction est également difficile à bien délimiter au palper par ses tendances à fuir latéralement. Cependant une exploration soignée permet de reconnaître l'existence, en réalité, de deux tumeurs fort mobiles toutes deux, mais distinctes l'une de l'autre. La première est molle, lâche, non tendue, ni élastique, ni résistante, ni fluctuante et sans lobulation marquée. La seconde, située profondément dans la fosse canine, donne la sensation d'un petit corps dur, remontant vers l'aile du nez; elle disparaît devant l'exploration et remontant vers l'os malaire. Cependant on parvient assez facilement à la faire redescendre dans le sillon gingivo-labial de façon à la fixer en place sous le doigt à travers la muqueuse buccale. Sa consistance est osseuse, très dure; sa forme est très régulière, à peu près sphérique; enfin elle est sans connexions avec les parties voisines.

Il ne s'agit donc pas d'une tuméfaction unique, mais bien de deux tumeurs tout à fait différentes : tumeur de la joue et tumeur de la région gingivo-labiale.

Faute de pouvoir faire un diagnostic précis, examinons donc les hypothèses les plus vraisemblables.

La tumeur de la joue, bien que molle, n'est pas une tumeur liquide, à moins que notre exploration ne nous ait trompés; elle n'est pas fluctuante, et si je n'avais qu'elle à considérer, je n'hésiterais pas à dire qu'il s'agit là d'un lipome physiologique situé entre le buccinateur et le masséter, c'est-à-dire d'une hypertrophie de la boule graisseuse de Bichat, ce qui n'est pas un fait rare. Ce genre de lipomes, pour lesquels on est peu consulté, à moins qu'ils n'atteignent un volume considérable, sont très lents à se développer, difficiles à délimiter; ils sont mous, non fluctuants, et fuient sous le doigt qui cherche à les saisir.

Mais si telle était la nature de la première tumeur, qu'était donc la seconde? Sa consistance, sa mobilité et le souvenir qu'une première opération avait donné issue déjà, il y a six ans, à un corps dur, blanc, nacré comme la couronne d'une dent, nous amenait immédiatement à penser à quelque anomalie dentaire du genre de celles que M. Magitot a très bien décrites. S'agissait-il de quelque dent déviée dans sa migration? Non, d'abord parce que cet homme avait sa série dentaire complète, ensuite parce que, dans ce cas, la dent sort en partie seulement du maxillaire, partant elle n'aurait pas la mobilité que l'on observe ici. S'agissait-il, au contraire, d'une anomalie par genèse, d'une dent surnuméraire développée au niveau de la fosse canine et d'une façon indépendante de la mâchoire? J'étais assez porté à le croire, car je ne trouvais guère d'autre diagnostic probable, surtout si l'on considère la dureté et l'extrême mobilité de la tumeur. Pouvions-nous avoir affaire à quelqu'un de ces ostéomes assez fréquents à la face? Mais en quatorze ans, un ostéome aurait certainement acquis un tout autre volume; de plus, il occuperait un siège différent. Serait-ce un enchondrome? Il serait moins mobile et son développement, quoique lent, aurait été beaucoup plus rapide, et son volume plus considérable, ne daterait-il que de six ans. Enfin, dernier point de doute, serions-nous en présence de quelque calcul salivaire? Les calculs du canal de Sténon sont généralement assez rares, leur siège est sur le trajet du canal dans lequel ils se trouvent maintenus, de telle sorte que leur mobilité est très obscure; tous points qui diffèrent de ce que nous trouvons ici. Enfin un calcul du canal de Sténon devrait gêner l'émission de la salive, donner lieu à une distension plus ou moins grande de la glande, déterminer des douleurs ou coliques salivaires. Or, tout cela manquait ici. Pourtant, si le calcul avait ulcéré et perforé les parois du canal pour aller se loger sous la muqueuse buccale, cela n'aurait rien eu d'impossible; aussi y avais-je songé assez sérieusement. Cependant une pareille lésion n'aurait guère pu se produire sans déterminer un certain degré d'inflammation, une certaine réaction, de la douleur, un arrêt dans le cours de la salive. Cette hypothèse d'un calcul salivaire avait été également émise par l'un de mes auditeurs. Néanmoins, et par les motifs que je viens de donner, je revenais plus volontiers à l'idée d'une dent développée anomalement.

Cherchant ensuite quelles relations il pouvait y avoir entre nos deux tumeurs, je m'étais aussi demandé si le défaut de sensation de fluctuation dans la tumeur de la joue ne tenait pas à une exploration mal faite et si nous n'avions pas affaire, en résumé, à un odontome entouré d'un grand kyste diffus, un peu flasque, contenant une certaine quantité de liquide. J'avais également émis l'hypothèse du lipome de Bichat pour la première tumeur, avec éraillement des tissus en un point qui aurait permis à une partie de la boule graisseuse hypertrophiée de passer sous la muqueuse buccale, où elle aurait acquis une certaine dureté. Les deux tumeurs n'auraient constitué ainsi qu'un seule et même affection.

Je ne m'arrêtai pas longtemps à cette pensée, et faute de mieux j'en arrivai au diagnostic de : « Anomalie dentaire, dent surnuméraire dans la fosse canine, très mobile, coïncidant avec une hypertrophie de la boule graisseuse de Bichat », tout en réservant la possibilité d'un grand kyste entourant l'odontome.

Notre malade ayant insisté pour une opération, je me décidai à enlever tout d'abord la petite tumeur, et, selon sa nature confirmant ou infirmant notre diagnostic, à pratiquer ou non une seconde opération pour la tumeur de la joue. L'incision qui fut faite profondément permit d'amener au dehors un corps sphérique, dont les caractères ne concordaient en rien avec ceux d'un odontome. Il s'agissait d'un calcul salivaire; ainsi que l'examen extérieur, et surtout la coupe que nous en avons faite, l'a parfaitement démontré, calcul de consistance grenue et présentant une série de couches concentriques, stratifiées comme tout calcul, et avec une géode au centre.

Aussitôt l'opération terminée, la tumeur de la joue avait disparu, de telle sorte que l'on pouvait assez raisonnablement penser qu'elle était formée par une accumulation de salive, et ce d'autant plus que lorsque le malade remplissait sa bouche d'eau, la tumeur de la joue augmentait, tandis que la pression, chassant l'eau, produisait une diminution immédiate de la tuméfaction. Mais ceci n'était qu'une illusion; ce n'était point la véritable tumeur de la joue qui se modifiait ainsi, mais, par suite de l'incision de la tumeur et de quelques fibres du muscle canin, le tissu cellulaire de la joue, qui est naturellement très lâche, se trouvait pour ainsi dire insufflé par l'air que refoulait l'eau injectée dans la plaie et donnait lieu à une sorte d'emphysème momentané.

La tumeur de la joue était donc absolument indépendante de l'autre tumeur, et j'en reviens, comme diagnostic, à la coexistence de deux affections distinctes, savoir : 1° lipome de la boule graisseuse de Bichat; 2° calculs salivaires développés sans donner lieu — fait exceptionnel — à aucune douleur, à aucun phénomène inflammatoire, calculs dont

l'un a été extrait il y a six ans, lors d'une première opération, et l'autre aujourd'hui même.

Lorsque notre malade sera rétabli de cette première opération, nous procéderons à un nouvel examen de la joue, puis à l'ablation de la seconde tumeur, et nous chercherons aussi si le canal de Sténon ne contiendrait pas d'autres calculs dans sa partie reculée.

LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE

De l'influence de l'alcool sur l'action physiologique du chloroforme.

Par M. le docteur R. Dubois,

Préparateur de physiologie à la Faculté des sciences.

En 1875, j'ai fait dans le laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine, sous la bienveillante direction de M. le docteur Laborde, un grand nombre d'expériences pour rechercher quelle pouvait être l'influence de l'alcool sur l'action de diverses substances toxiques et, en particulier, de l'éther et du chloroforme. A cette époque, je me servais du procédé encore en usage aujourd'hui et qui consiste à faire respirer les vapeurs du chloroforme que l'on versait sur des éponges ou des compresses; on sait, à présent, grâce aux nombreuses expériences de mon savant maître M. le professeur Paul Bert, combien ce procédé empirique est défectueux : la plus légère modification du mouvement de l'air, la plus faible variation de la température, peuvent brusquement décupler l'activité du mélange d'air et de vapeur de chloroforme en faisant varier les proportions du mélange. Aucun des appareils employés jusqu'à présent, aucune des méthodes adoptées avant les expériences de M. Paul Bert ne permettait d'opérer avec un mélange titré d'air et de vapeur de chloroforme.

On conçoit donc aisément qu'il soit impossible de tenir aucun compte et d'accepter sans nouveau contrôle comme exactes et comparables entre elles des expériences faites sur des sujets anesthésiés, il est vrai, mais placés dans des conditions livrées absolument au hasard et forcément très variables, non seulement chez le même individu, d'un moment à un autre, mais encore et *à fortiori* d'un jour à l'autre, d'une saison à une autre, d'un individu à un autre et, dans tous les cas, toujours indéterminées expérimentalement.

Cependant tout le monde sait qu'en physiologie comme dans toutes les sciences expérimentales, il est essentiel de déterminer aussi exactement que possible les conditions dans lesquelles on place l'animal en expérience. Cette règle, qui est devenue élémentaire, n'ayant jamais été observée en ce qui concerne les phénomènes physiologiques provoqués ou simplement observés sur les animaux anesthésiés, il y a lieu, croyons-nous, de refaire complètement et avec méthode la physiologie de l'animal anesthésié par le chloroforme.

En conséquence, nous avons cru devoir donner nous-mêmes l'exemple, en répétant nos propres expériences, mais en ayant soin de nous servir alors de la méthode de M. le professeur Bert, la seule à notre connaissance qui permette d'obtenir une anesthésie à marche régulière, bien déterminée expérimentalement et donnant toujours des résultats comparables.

Nous nous sommes donc d'abord proposé de rechercher :

1° Si l'alcool accélérait ou retardait l'anesthésie par le chloroforme ;

2° S'il augmentait ou diminuait la résistance vitale de l'animal anesthésié ;

3° Si le titre en chloroforme du mélange anesthésique pouvait, grâce à la présence de l'alcool dans l'économie, être abaissé ;

4° Si la quantité, en volume du mélange d'air et de chloroforme nécessaire pour produire l'anesthésie ou la mort, était plus faible quand l'animal était alcoolisé.

Il importe de faire remarquer, dès à présent, que les expériences dont nous donnons aujourd'hui le résultat, ont été faites sur des animaux en état d'alcoolisme aigu : en effet, dans la plupart des observations cliniques, il n'est pas fait mention de la nature de l'alcoolisme. L'expérience et l'observation, cependant, nous ont appris qu'il existait trois formes bien distinctes de l'alcoolisme : 1° l'alcoolisme aigu; 2° l'alcoolisme chronique ; 3° l'alcoolisme en retour.

L'alcoolisme en retour est cet état particulier que nous avons décrit autre part, et que l'on observe toutes les fois qu'un buveur de profession a été brusquement privé de la dose d'alcool qui lui procure une sorte d'état normal artificiel ; c'est cette forme que l'on observe plus fréquemment dans les hôpitaux et que l'on confond ordinairement avec l'alcoolisme chronique dans lequel le malade est en possession de la dose de poison qui constitue SON ORDINAIRE. Ces malades sont plus particulièrement rebelles à l'action des anesthésiques, pour des raisons indiquées dans une précédente communication (1).

Nous ferons connaître ultérieurement les modifications apportées par l'alcool dans ces conditions particulières, nous bornant aujourd'hui à signaler, en partie, ce qui se passe dans l'alcoolisme aigu.

Dans une première expérience, nous avons introduit dans l'estomac d'un chien du poids de 7k,300 un mélange de 35cc d'alcool éthylique à 90° et de 70cc d'eau ; au bout de vingt-deux minutes, l'animal, est soumis aux inhalations méthodiques du mélange d'air et de chloroforme à 10 p. 100. L'anesthésie s'est produite en trois minutes et l'animal a résisté pendant quarante-deux minutes ; l'abaissement de la température a été de 1°5 seulement. La quantité du mélange respiré, jusqu'au moment où l'anesthésie s'est produite, a été de 75 litres ; celle qui a passé dans l'arbre respiratoire jusqu'au moment de la mort a été de 375 litres.

Dans une seconde expérience, un chien du poids de 7k,800 reçoit dans l'estomac un mélange de 25cc d'alcool à 90° et 50cc d'eau : au bout de vingt-deux minutes on donne le mélange d'air et de chloroforme à 10 p. 100. L'anesthésie ne se produit ici qu'après sept minutes et l'animal résiste à l'action toxique du chloroforme pendant une heure dix minutes; l'abaissement de la température a été de 2°9. La quantité du mélange anesthésique qui a passé dans l'arbre aérien a été de 100 litres jusqu'au moment de l'anesthésie, et de 490 litres jusqu'à l'arrêt de la respiration. Si l'on compare ces résultats à ceux qui ont été observés dans les expériences faites sur des animaux non alcoolisés, avec le mélange d'air et de chloroforme à 10 p. 100, administré d'après les règles fixées par M. le professeur Bert, il est permis d'adopter les conclusions suivantes :

1° Dans l'état d'alcoolisme aigu, l'anesthésie se produit plus rapidement ;

2° La résistance vitale de l'animal est moins longue ;

3° Le titre du chloroforme dans le mélange anesthésique peut, en conséquence, être abaissé ;

4° La quantité, en volume, du mélange qui doit pénétrer dans l'arbre aérien pour produire l'anesthésie, et la mort est moindre que celle qui est nécessaire à l'état normal ;

5° De même que chez les animaux non alcoolisés, l'abaissement de la température est en raison directe de la durée de la résistance du sujet.

L'ensemble des symptômes est à peu près identique chez les animaux alcoolisés et chez ceux qui n'ont pas reçu préalablement une certaine dose d'alcool, ce qui établit une différence bien tranchée entre l'alcoolisme aigu et les formes que nous avons indiquées plus haut.

Dans l'alcoolisme aigu, l'alcool agirait dans le même sens que le chloroforme, et l'on perdrait en résistance ce que l'on gagnerait en vitesse.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 629.

DEUX CAS DE RAGE.

Dans une des dernières séances du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. le docteur Ollivier a donné lecture d'un rapport sur un cas présumé de décès par rage. Il s'agit d'une enfant qui, au mois de mai 1881, — elle était alors âgée d'un an, — fut mordue et conduite immédiatement chez un pharmacien qui, au lieu de cautériser la plaie au fer rouge, se borna à la laver avec une solution de sel marin et à faire un pansement à la baudruche gommée. Le surlendemain, la plaie était en voie de cicatrisation et, deux jours après, la guérison était complète. L'enfant paraît conserver sa bonne santé; on constata seulement, jusqu'au moment du sevrage, quelques accidents qui purent être attribués à la dentition. A partir du sevrage, le caractère devint difficile, mais l'état général ne fut pas inquiétant.

A l'âge de deux ans et huit mois, de très graves symptômes se manifestèrent qui permirent au docteur A. Coizeau de porter le diagnostic de la rage : perte d'appétit, pâleur de la face, coryza, grande excitation, puis tristesse et abattement, répugnance pour les aliments, crises nerveuses à la vue de tout objet brillant, enfin convulsions au moindre souffle sur le visage, au plus léger contact d'un corps froid, au moindre bruit produit par la chute d'un objet sur le parquet. L'enfant a succombé après trente-sept heures de maladie.

Bien que la durée de la période d'incubation, ajoute M. Ollivier, ait été exceptionnellement longue, — vingt-six mois, — on peut admettre, d'après les symptômes observés, que cette enfant a succombé à la rage.

Dans la même séance, M. le docteur Dujardin-Beaumetz a lu, de son côté, une communication relative à un décès par rage survenu au Bourget. Un enfant de sept ans avait été mordu, dans les premiers jours de juillet, par un chien inconnu et qu'il n'a pas été possible de retrouver. Les morsures avaient été profondes et répétées; elles avaient produit une large ulcération. L'enfant n'avait été cautérisé que deux heures après l'accident et au moyen du nitrate d'argent. Au bout de soixante et un jours, il fut pris d'hydrophobie; il ne put ni boire ni manger, et tomba dans une agitation extrême, puis dans le délire, et succomba après deux jours de maladie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 novembre 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° une note de M. Bochefontaine sur les épidémies de choléra, de variole et de fièvre typhoïde à Villedieu-lès-Poêles. Il résulte de cette note que les ouvriers en cuivre n'ont pas été plus préservés que les autres habitants; — 2° une note de M. Tripier (de Lyon) sur le chauffage des instruments comme moyen de prévenir le développement de la septicémie gangreneuse.

M. le Président annonce la mort de M. Seux (de Marseille), membre correspondant.

M. le Président déclare vacante une place dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Lasègue.

RAPPORT

M. Peter lit le rapport sur le prix Portal pour l'année 1881. Les conclusions de ce rapport seront lues et discutées en comité secret.

LECTURE

Inhalations médicamenteuses.— M. L. Sandras lit un travail ayant pour titre : *Des inspirations ou inhalations médicamenteuses et anti-microbiques.*

La médication que M. Sandras soumet à l'Académie dans ce travail, consiste à faire pénétrer dans les voies respiratoires des substances médicamenteuses qui pourront agir soit directement et localement par leur contact immédiat avec les points malades des voies respiratoires, soit indirectement sur le système nerveux et sur l'organisme tout entier, en pénétrant par le poumon dans le torrent circulatoire.

M. Sandras, pour se faire bien comprendre, cite les deux exemples suivants :

Dans le premier cas, j'aspire fortement de l'air chargé d'essence de térébenthine, et j'éprouve aussitôt dans la gorge et dans la poitrine une sensation de chaleur et de picotement qui me force d'abord à tousser, mais qui disparaît rapidement en laissant une sensation de chaleur assez agréable, laquelle persiste assez longtemps (comme si l'on avait un plastron de flanelle à l'intérieur), ce qui prouve que la muqueuse bronchique a été sensiblement touchée et modifiée par le contact de cette substance résineuse. Donc, action locale plus ou moins persistante sur le larynx, les bronches et les cellules pulmonaires, action dont nous verrons qu'il est possible de tirer parti au point de vue thérapeutique.

Dans le deuxième cas, je fais de légères et fréquentes inspirations d'air chargé de la même essence, et j'éprouve une sensation d'étourdissement suivie d'une évacuation d'urine fortement imprégnée de l'odeur de violette. Donc, action générale sur le système nerveux et sur tout l'organisme, par l'intermédiaire du sang dont il sera possible de tirer également parti au point de vue thérapeutique.

Ainsi, on peut faire cesser presque instantanément un accès d'asthme ou de toux, en faisant inspirer de l'air chargé d'éther ou de chloroforme, tandis que l'on peut arriver à modifier lentement la vitalité de la muqueuse respiratoire, et, par suite, à faire disparaître la laryngite, la bronchite chronique, et même la phtisie pulmonaire, en faisant respirer ou inspirer, souvent et longtemps, de l'air chargé de vapeurs résineuses, d'essence de goudron, de phénol, etc., etc.

En effet, quelle que soit la théorie que l'on admette sur la nature du tubercule, il n'en est pas moins vrai que cette production de tissu pathologique ou parasitaire est transmissible, surtout entre mari et femme, et qu'elle se développe plus particulièrement dans des organismes ou terrains de mauvaise qualité, et, dans certains points de ces organismes, sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques. Les parasites végétaux ou animaux ne peuvent vivre et se développer que dans des milieux qui leur sont favorables. Si vous venez à modifier plus ou moins profondément les milieux (tissus ou atmosphère) dans lesquels ils vivent, vous troublerez plus ou moins profondément leur existence et leur développement. — Si vous modifiez suffisamment ces milieux, vous arriverez à rendre leur existence impossible.

D'ailleurs, on ne saurait nier que les subsistances plus ou moins toxiques appliquées sur des plaies de mauvaise nature changent la nature du pus et l'aspect de ces plaies, et cela ne peut se faire qu'en modifiant la vitalité des tissus et la reproduction des cellules mêmes qui forment ces tissus. Par conséquent, s'il est possible de porter les substances médicamenteuses sur les plaies internes, telles que les ulcérations du larynx, des bronches et des poumons, on pourrait changer l'état de ces muqueuses, modifier les sécrétions en quantité, et en arrêter le développement des productions pathologiques ou parasitaires et, par suite, obtenir des guérisons qui n'auraient pas été obtenues sans ce genre de médication.

Voici comment M. Sandras a été conduit à instituer une pareille médication. Ce sont les faits observés, il y a quelques années, dans les usines à gaz, qui lui en ont donné l'idée.

Ayant remarqué qu'en plaçant dans les chambres des plats remplis d'un mélange de goudron, de benzine et d'ammoniaque, on obtient comme odeur et comme sensation les mêmes résultats qu'à l'usine à gaz, je me contentai de modifier l'atmosphère des chambres où couchaient les enfants avec les trois substances sus-énoncées, et les résultats thérapeutiques obtenus furent aussi heureux que ceux obtenus par l'envoi des enfants dans les usines.

J'ajouterai que, dans des cas d'asthme extrêmement violents, j'ai fait cesser l'accès presque instantanément en faisant, non pas flai-

rer ou respirer, mais bien réellement inspirer de l'essence de térébenthine chargée d'éther et de chloroforme. Le spasme s'est, pour ainsi dire, trouvé ou vaincu ou dompté instantanément.

Voici quelques-unes des expériences que M. Sandras a faites sur lui-même.

Je me décidai, dit-il, à respirer, inhaler ou inspirer successivement de l'air chargé de goudron, de pétrole, de benzine, de phénol, d'eaux minérales naturelles ou artificielles, de camphre, de térébenthine, de chloroforme, d'éther, de créosote, d'hydrogène sulfuré, des teintures de tolu, de benjoin, des eaux distillées, d'ammoniaque, d'iode, etc., tantôt isolément, tantôt simultanément, tantôt à chaud, tantôt à froid, etc.

1° Deux inspirations de 15 secondes chacune (à la température de 18° degrés centigrades et sous la pression de 76 centigrammes de mercure) peuvent enlever ou absorber 2 centigrammes d'essence de térébenthine, et imprégner fortement l'urine de l'odeur de violette.

2° Six inspirations ordinaires (20 par minute) peuvent également absorber ou enlever 2 centigrammes d'essence de térébenthine et imprégner fortement l'urine de cette même odeur de violette, ce qui, en réalité, dans l'espace d'un quart d'heure, fait passer 1 gramme d'essence de térébenthine dans l'appareil respiratoire.

Or, pour produire ce résultat, il faut nécessairement que la vapeur d'essence passe immédiatement par l'arbre aérien et traverse les cellules pulmonaires avant d'arriver au sang et d'imprégner les urines de cette odeur caractéristique, tandis que, lorsque l'on administre des capsules d'essence de térébenthine par la bouche, cette essence est obligée de passer dans l'estomac puis dans le sang, avant d'arriver dans les poumons.

Comme expérience personnelle, voici ce que je puis dire, afin d'éviter des tâtonnements toujours fort ennuyeux quand on veut essayer une nouvelle médication.

Dans les inflammations franches des voies respiratoires, les inspirations d'eaux distillées émollientes chaudes pourront procurer un grand soulagement amenant une sorte de détente, de radiation bien plus réelle et bien plus manifeste que les fumigations ordinaires.

Dans les cas de laryngite et de bronchite chronique, j'estime que l'on se trouvera très bien de faire inspirer de l'essence de térébenthine reposant sur une légère couche de goudron avec ou sans addition d'acide phénique. Ce mélange procure une sensation au début. Dans les cas de phtisie, je crois qu'il serait plus avantageux d'employer les inspirations d'essence de térébenthine aromatisée par l'addition du camphre ou d'une autre essence comme l'essence de menthe, l'essence de citron, etc. Cette dernière se mêle très heureusement à l'essence de térébenthine et lui donne un arome très agréable. On pourrait aussi les remplacer par des inspirations de teintures balsamiques de tolu, de benjoin, etc.

Dans les cas de toux convulsive ou d'asthme, on pourra faire inspirer de l'essence chargée ou additionnée de quelques gouttes de chloroforme ou d'éther.

Dans les cas de croup, on pourrait peut-être employer avec succès les inspirations en y ajoutant de l'acide phénique, de la créosote plus ou moins de hêtre, ou des teintures alcaliques résineuses aussi caustiques que balsamiques.

Enfin, dans les cas où l'on veut faire pénétrer le goudron et la térébenthine dans l'organisme et où l'estomac ne peut pas digérer ces substances résineuses, ce qui procure des renvois très désagréables, on pourrait faire pénétrer très facilement ces substances dans le sang par les voies respiratoires, sans fatiguer l'estomac et sans troubler la digestion des substances alimentaires, comme il arrive trop souvent.

En résumé, nous proposons l'emploi d'une médication active rationnelle et directe pour le traitement des maladies des voies respiratoires. Ce traitement peut être employé sans inconvénients pour la santé, sans frais et avec une grande facilité au moyen d'un appareil que l'on trouve partout à bas prix et qui se règle avec une extrême facilité.

Il y a lieu de croire que cette médication donnera des résultats favorables dans bien des cas, notamment dans la laryngite, la bronchite chronique, la phtisie, le croup, la coqueluche, l'asthme, la laryngite striduleuse, etc.

C'est une voie nouvelle ouverte à l'introduction dans l'organisme pour des médicaments que l'estomac ne pourrait pas supporter sans de graves inconvénients. (Renvoyé à l'examen d'une commission.)

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 novembre 1883. — Présidence de M. Millard.

COMMUNICATIONS

Des nodosités rhumatismales. — M. TROISIER communique deux observations analogues à celles qu'il a fait connaître dans la dernière séance; la première de ces observations lui a été adressée par M. le docteur Tixier, l'autre par M. le docteur Remirmont. Dans le premier de ces cas, il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, qui, dans la convalescence d'un rhumatisme aigu, a présenté des nodosités rhumatismales ; dans le second, il s'agit bien aussi d'un homme rhumatisant, mais ce n'est pas dans le cours du rhumatisme que ces nodosités ont apparu.

M. FÉRÉOL fait sur le même sujet la communication suivante :

« Je suis très heureux que M. Troisier ait eu la bonne pensée de me faire voir son malade, et je l'en remercie, parce que je puis affirmer de la manière la plus positive que nous n'avons pas observé la même chose et que les nodosités signalées et décrites par M. Jaccoud d'après Frerichs et Virchow, par M. Besnier, par M. Mesnet et par M. Troisier ne sont pas les nodosités éphémères que j'ai décrites en 1878 au Congrès de Paris. J'ai du reste, dans le petit travail, très sommaire, que j'ai consacré à ce très petit sujet, fait ressortir moi-même les diffférences principales que je constatais entre la description de ces auteurs et ce que j'avais eu sous les yeux.

Permettez-moi d'insister un peu plus aujourd'hui sur le parallèle.

Les deux lésions se présentent chez des sujets en puissance de diathèse rhumatismale. Elles apparaissent soudainement et disparaissent de même ; elles n'entraînent pas de changement de coloration à la peau et sont indolentes. Voilà les analogies. Ceci dit, il n'y a plus guère à noter entre elles que des différences.

Les nodosités que j'ai vues chez le malade de M. Troisier étaient de petites tumeurs globuleuses, très saillantes, très nettement circonscrites, de la dimension d'une lentille ou d'un pois, quelques-unes un peu plus grosses encore ; d'une consistance dure, quoique élastique. Elles ressemblaient à des tophus, plus encore qu'à des gommes ; elles étaient développées en grand nombre, tant sur les membres, au voisinage des articulations, ou à distance, que sur le cuir chevelu ; quelques-unes avaient une adhérence manifeste au périoste ou aux gaines tendineuses ; au contraire, la peau n'y adhérait point et glissait au-dessus d'elles ; toutes étaient évidemment sous-cutanées ; indolentes spontanément, elles ne l'étaient pas tout à fait au choc ou à la pression ; enfin, bien qu'elles se soient montrées tout à coup et qu'elles aient disparu de même, elles ont eu pour la plupart une durée assez longue ; quelques-unes ont persisté six à sept semaines.

Les tumeurs essentiellement fugitives que j'ai observées étaient situées dans l'épaisseur de la peau du front. Je n'en ai vu aucune sur les membres, bien qu'une malade m'ait affirmé qu'elle en avait eu sur les mains en même temps qu'au front. Je n'en ai jamais vu plus de trois à la fois. A les voir, on pensait tout de suite à une exostose ou à une périostose, à cause de la saillie un peu vague du contour et de la coloration tout à fait normale de la peau. Celle-ci faisait corps avec la tuméfaction dont on ne pouvait la séparer et le tout semblait légèrement mobile sur les parties profondes. J'ai pu observer quelquefois que la tumeur se déplaçait

spontanément dans la journée ; si j'avais constaté le matin sa présence près de la racine des cheveux, le soir elle était descendue vers le milieu du front. Elles étaient complètement indolentes, même à la pression. Enfin, fait capital, elles étaient absolument et littéralement éphémères ; apparues un beau matin, le lendemain il n'y en avait plus trace le plus souvent ; et si parfois on constatait encore quelque vague apparence de tuméfaction diffuse, le jour suivant tout avait absolument disparu sans laisser aucune apparence ecchymotique.

En conséquence, j'ai cru pouvoir, non sans faire quelques réserves, placer dans les couches profondes de la peau le siège de ces petites tumeurs, qu'on pourrait comparer assez exactement à un érythème noueux qui serait resté incolore et indolent ; et, vu leur excessive fugacité, je les ai rapprochées des œdèmes. Ne trouvant rien d'ailleurs dans les auteurs que je pusse leur comparer, je les ai baptisées, non sans quelque scrupule, d'un nom qui, par sa longueur, n'est pas précisément en rapport avec la brièveté de leur existence ; je les ai dénommées : *Nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques*. A ma grande surprise, le mot *éphémère* a fait fortune ; mais je crois que c'est à tort que M. Troisier l'a appliqué à ses *nodosités sous-cutanées*. Je conviendrai volontiers avec lui que la notion de temps est toute relative ; qu'on est tout à fait autorisé à appliquer la qualification d'éphémère à une production littéraire dont on ne parlerait que pendant six ou sept semaines. Mais nous ne faisons pas ici de la littérature, et quand je parle d'éphémères, je parle au sens strict et littéral du mot et non au sens figuré. Je demande alors s'il est permis d'appeler éphémères des nodosités qui durent six semaines. Appelez-les *résolutives*, si vous voulez ; à mon avis, le mieux serait de ne pas leur donner de qualificatifs ; gardez-leur le nom pur et simple de *nodosités sous-cutanées*, et laissez-moi mes *nodosités cutanées éphémères* ; autrement vous risquez de faire une confusion entre deux choses tout à fait distinctes. Je ne suis pas bien sûr, d'ailleurs, à mon grand regret, que personne autre que moi ait vu le petit phénomène morbide assez singulier qui m'est tombé sous les yeux. M. Teissier (de Lyon), ainsi que M. Olive, ont cependant donné l'assurance, au Congrès de Paris, qu'ils avaient vu des faits entièrement semblables aux miens ; j'en ai été fort heureux ; mais, depuis lors, il n'en a plus été question. Il est vrai qu'il s'agit là d'un phénomène si léger, si fugitif, qu'il peut échapper très bien, même à ceux qu'il atteint. Si l'on s'en aperçoit, on croit avoir reçu quelque léger coup ; le lendemain tout a disparu. Quelle importance attacher à cela, et comment déranger un médecin pour si peu !

Cependant, depuis 1878, j'ai encore vu un cas absolument semblable à ceux que j'ai décrits. C'est chez une dame de ma clientèle, que je connais depuis fort longtemps ; et celle-ci est encore fort sujette aux migraines, ce qui fait que j'ai toujours une certaine tendance à croire qu'il peut y avoir une certaine relation entre les deux phénomènes.

Je ne veux rien dire de plus sur un sujet si limité et si mal connu encore ; je n'en aurais rien dit même, si je ne pensais qu'en médecine il n'y a pas de petites observations et que les plus insignifiantes en apparence peuvent avoir plus de portée qu'on ne le croit.

M. CUFFER a vu un malade ayant une sorte de tumeur sur le front avec œdème. Sous l'influence du salicylate de soude, cette grosseur a sensiblement diminué dès le second jour et complètement disparu le troisième jour. Il a vu également une femme présentant ces nodosités, mais moins éphémères que dans les cas de M. Féréol. Au-dessous on percevait une sorte de crépitation, comme dans l'emphysème. Ces nodosités disparurent, sans aucun traitement, au bout de quelques jours.

Des faux cancers de l'estomac. — **M. LEGROUX** communique l'observation d'un malade, vivant encore, diabétique depuis de longues années, qui présente une tumeur volumineuse au creux épigastrique, qu'avec M. Millard il considéra comme carcinomateuse. Il y eut de la diarrhée, de l'ascite. Aujourd'hui il est hors de doute qu'il s'agit d'une tuberculose intestinale et péritonéale ayant déterminé l'apparition d'une masse ganglionnaire tuberculeuse dans un siège habituel au cancer.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle en date du 7 novembre 1883, la commission de classement du personnel du corps de santé militaire, composé de MM. Legouest, Perrin, Champenois, Colin, Daga, Baudouin, Gaujot, Vedrènes, Lévié, Coulier et Péruy, se réunira le 10 décembre prochain.

— Par arrêté en date du 25 octobre, le nombre des thèses dont le dépôt par le candidat est obligatoire, reste fixé comme suit pour l'année scolaire 1883-1884 :

Faculté de médecine de Paris.	163 exemplaires.
Facultés de médecine des départements.	128 —
Faculté des sciences de Paris.	139 —
Facultés des sciences des départements .	95 —
Écoles supérieures de pharmacie. . . .	103 —

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Beauvisage, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1883-1884, des fonctions de chef des travaux du laboratoire de matière médicale et botanique, en remplacement de M. Magnien, dont la délégation est expirée.

M. Édouard Jacquemet, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est chargé, pendant l'année scolaire 1883-1884, des fonctions de préparateur du laboratoire de matière médicale et botanique, en remplacement de M. Garnier, dont la délégation est expirée.

M. Gouillout a été nommé chef de clinique chirurgicale ; M. Masson, chef de clinique ophtalmologique ; M. Peillon, chef de clinique obstétricale ; M. Weil, chef de clinique médicale.

Les prix décernés aux élèves pour l'année scolaire 1882-1883, ont été répartis comme suit :

Médecine. — 1re année. Prix : M. Cuilleret ; 1re mention : M. Bret ; 2e mention : M. Bonnaud. — 2e année. Mention : M. Pic. — 3e année. Prix : M. Dalphin.

Pharmacie. — 1re année. Prix : M. Michon. — 2e année. Prix : M. Éparvier.

Thèses de médecine. — Médaille d'argent : M. Mondan. — Médailles de bronze : MM. Durand, Pellier, Blanc, Armand Imbert. — Mentions honorables : MM. Courboulès, Parant, Gustave Imbert, Gouilloud.

Thèses de pharmacie. — Médaille d'argent : M. Guérin.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Peter commencera le cours de pathologie médicale le jeudi 15 novembre 1883, à trois heures de l'après-midi et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— Ainsi que nous l'avons annoncé, M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, demain, jeudi 15 novembre, à quatre heures.

Dans la première leçon, le professeur résumera l'histoire des médecins arabes et de l'école de Salerne.

— M. le professeur Léon Le Fort commencera son cours d'opérations et appareils, le jeudi 15 novembre 1883, à quatre heures de l'après midi et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Pinard, professeur agrégé, est chargé du cours de clinique d'accouchements, vacant par suite du décès de M. le professeur Depaul.

— M. le professeur Ball commencera le cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 18 novembre 1883, à dix heures du matin, à l'asile public des aliénés de Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

— Des conférences de médecine légale pratique auront lieu trois fois par semaine à la Morgue, à deux heures de l'après midi, sous la direction de M. le professeur Brouardel. Ces conférences seront faites le lundi par M. le docteur Vibert, le mercredi par M. le docteur Descoust et le vendredi par M. le professeur Brouardel.

— Il sera ouvert, le lundi 10 mars 1884, un concours public pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon.

— M. Poncel soutiendra, à la Faculté des sciences de Paris, le 17 novembre, à trois heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse sur la « Classification méthodique et générale des échinides vivants et fossiles ».

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15322.

N° 132. — SAMEDI 17 NOVEMBRE 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 17 NOVEMBRE 1883. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. La pathologie chirurgicale générale. — Société de Chirurgie. — Variétés. Prothèse chirurgicale chez les anciens : Deux jambes de bois à l'époque gallo-romaine. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La pathologie chirurgicale générale (1).

Au moment où s'ouvrent sur toute la ligne les cours de la nouvelle année scolaire, qui vont prochainement nous fournir avec abondance les principaux sujets de cette Revue, il nous a paru qu'il ne serait pas sans quelque intérêt de jeter un rapide coup d'œil d'ensemble sur l'état actuel et les tendances de la chirurgie en France. L'occasion nous en est naturellement fournie, d'ailleurs, par un très important ouvrage nouveau dont le dépôt a été gracieusement fait entre nos mains, il y a quelque temps, par son auteur, les *Leçons de pathologie chirurgicale générale*, de M. le professeur Berne (de Lyon).

Lorsqu'on remonte, par la pensée, à une cinquantaine d'années en arrière et que, partant de ce stade, on suit à grands pas la marche rapide de la chirurgie et les progrès considérables de tout genre qu'elle a faits dans cette période, on est surtout frappé d'une chose, c'est de voir que ces progrès sont dus en plus grande partie à deux courants en apparence inverses, mais qui ont en réalité convergé vers un but commun. L'un de ces courants est la division du travail, le morcellement des sujets rendus nécessaires par l'accumulation incessante des faits, et par les acquêts toujours croissants provenant des sciences connexes ; d'où une étude d'autant plus attentive et plus minutieuse qu'elle était plus spéciale, des moyens nouveaux de recherche et d'exploration, ouvrant à leur tour des horizons nouveaux à la curiosité et à l'activité du chirurgien, des procédés opératoires plus délicats ou plus perfectionnés, également mis à sa disposition. L'autre courant est né du besoin de rapprocher et de relier ensemble tous ces documents épars, nouveaux venus, et de les rattacher à un certain nombre de principes étiologiques et pathogénétiques communs. Bien loin, en effet, que la spécialisation, dans la science comme dans la pratique, ait été, comme on l'a dit dans le temps, un obstacle à l'établissement des grandes généralités dans l'enseignement de la chirurgie, elle n'en a au contraire que mieux fait sentir le besoin, en même temps qu'elle lui a fourni de nombreux éléments utiles à sa constitution même. C'est, en effet, de quelques-unes de ces spécialités, quand elles ont trouvé à leur service des esprits pénétrants et élevés, qu'ont surgi des applications et des méthodes dont la science générale a profité. Une autre source de progrès non moins féconde et plus importante encore, a été l'adjonction faite de nos jours à la méthode d'analyse anatomique qui avait déjà élevé si haut la chirurgie de nos devanciers, mais qui ne considérait presque exclusivement que le siège dans l'étude des lésions chirurgicales, de la méthode d'analyse pathologique qui y a introduit, comme élément essentiel, la notion de la nature de la lésion. C'est, en effet, depuis que la chirurgie, s'immisçant de plus en plus intimement à la médecine, lui a emprunté quelques-unes de ses notions sur les maladies générales et constitutionnelles et sur leurs rapports avec les lésions locales et leurs influences réciproques, en même temps qu'elle profitait au même titre qu'elle des instructions de l'histologie et de la physiologie expérimentale, qu'elle a vu s'agrandir considérablement son horizon et se circonscrire plus nettement le champ de son action. Depuis lors aussi on peut dire qu'il existe une pathologie chirurgicale générale, comme nous avions déjà la pathologie générale médicale.

Ces réflexions nous conduisent droit au livre de M. Berne.

I

M. Berne nous apprend en peu de mots, dans la préface de son livre, comment il a été conduit, par sa longue expérience de l'enseignement, à imprimer à ses leçons un caractère qui les différencie à la fois, et d'un cours de pathologie externe consacré à l'exposé théorique de l'état de nos connaissances sur chacune des espèces de lésions considérée abstractivement, et d'un cours de clinique où ces mêmes lésions sont étudiées d'après nature, sur le fait, à mesure qu'elles se présentent à l'observation. Ce caractère qu'il a emprunté à la pathologie interne pour l'appliquer à la chirurgie, c'est la considération des grands faits d'ensemble, des grands processus communs qui rassemblent et rattachent entre eux par groupes naturels les faits spéciaux et les particularités pathologiques éparses, sous la double lumière de la physiologie et de la notion des états généraux constitutionnels ou diathésiques, qui les dominent et les influencent

(1) *Leçons de pathologie chirurgicale générale*, par le docteur Berne, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Lyon. — 2 forts vol. in-8°, Paris, 1883, chez Georges Masson.

comme ils dominent la plupart des faits de pathologie interne. C'est, en un mot, la pathologie chirurgicale générale.

Sans doute l'anatomie générale, au commencement de ce siècle, avait déjà largement ouvert la voie à l'étude des rapports existant entre toutes les lésions siégeant sur des tissus homologues, et, plus près de nous, l'histologie a encore resserré les liens d'analogie et de communauté entre des lésions diverses en apparence. Mais il restait encore un pas de plus à faire, c'était de présenter en quelque sorte synoptiquement dans des tableaux d'ensemble, toutes les notions nouvelles sorties de ces diverses sources. C'est le travail qu'a entrepris M. Berne. . . . .

Dans la première partie de son ouvrage, comprenant vingt-cinq leçons, il traite les grands processus de la pathologie chirurgicale, l'inflammation envisagée dans ses symptômes généraux communs, dans ses symptômes spéciaux, dans ses diverses interprétations théoriques, dans son étiologie, dans ses divers modes de terminaison et dans ses suites : suppuration, gangrène, ulcération, thrombose, etc., etc.

La deuxième partie, qui comprend de la vingt-sixième leçon à la cinquante-septième, embrasse l'histoire générale du traumatisme, son influence sur les divers états généraux de l'économie et celle qu'il en reçoit : syphilis, alcoolisme, rhumatisme, impaludisme, grossesse, maladies du foie, maladies du cœur, vieillesse, etc., etc. C'est dans ces leçons surtout que se trouvent groupées les questions qui semblent préoccuper le plus en ce moment les chirurgiens. C'est sur celles-là que nous allons nous arrêter un instant.

Ne considérer le traumatisme qu'en lui-même, comme ne l'ont fait que trop longtemps beaucoup de chirurgiens, c'est-à-dire n'y voir qu'une sorte d'effraction produite extemporanément sur l'économie, soit par une violence physique extérieure, soit par le fait d'une action physiologique exagérée qui entraîne secondairement des modifications morphologiques ou fonctionnelles, des réactions inflammatoires, qui, lorsqu'elles ne vont pas jusqu'à compromettre immédiatement la vie, tendent d'elles-mêmes à se réparer et à se réintégrer, c'est ne voir qu'un grand côté seulement de la question. Ces réparations, ces réintégrations sont loin de s'effectuer toujours dans des conditions physiologiques ou de milieu normales, avec la même régularité et dans le laps de temps présumé nécessaire. Elles sont parfois beaucoup plus longues que d'ordinaire à s'accomplir, quelquefois elles s'effectuent mal ou ne s'effectuent pas du tout. Pourquoi telle lésion grave par la violence de la cause qui l'a produite, par son étendue, par l'importance des organes qu'elle atteint, ne provoque-t-elle que des réactions modérées, et marche-t-elle spontanément, sans entraves et sans incidents fâcheux, vers la réparation naturelle, tandis que telle autre semblable ou même beaucoup moins sérieuse en apparence, reste-t-elle stationnaire ou s'accompagne-t-elle de réactions violentes ou d'accidents redoutables qui enrayent ou font dévier le travail de réparation?

C'est en présence de pareils faits si communs, qu'il fallait chercher en dehors ou au delà du traumatisme lui-même, les conditions extrinsèques ou intrinsèques de ces aggravations et de ces déviations. C'est par cette recherche et par ses résultats que se distingue surtout la chirurgie moderne. C'était là assurément un thème auquel devait se complaire M. Berne dans ses leçons. Aussi s'est-il gardé d'y manquer. « On regrette, dit-il, de ne pas trouver dans la plupart des traités de chirurgie quelques idées d'ensemble sur le traumatisme en général. Depuis quelques années, cependant, le professeur Verneuil a comblé cette lacune, en publiant lui-même ou en faisant publier, d'après ses vues personnelles des travaux importants sur les divers points que comprend cette grande question. » C'est à M. Verneuil et à son école que l'on doit, en effet, comme nous nous sommes plu souvent à le rappeler ici, d'avoir appelé l'attention sur les modifications considérables qu'entraînent dans la marche et les allures du traumatisme le diabète, l'albuminurie, l'urémie, l'action pernicieuse qu'exercent les maladies du foie, les affections cardiaques, le scorbut, l'alcoolisme, l'influence du rhumatisme, de la grossesse et de la période puerpérale, celle de la vieillesse, etc.

L'idée heureuse et féconde de M. Verneuil n'était pas sans précédent. L'influence de la puerpéralité, notamment, sur les traumatismes, avait depuis longtemps fixé l'attention de beaucoup d'accoucheurs. Le professeur Boyer (de Montpellier) avait signalé, en 1837, dans sa thèse de concours pour l'agrégation, le rôle que jouent les diathèses dans les affections chirurgicales, et le fait seul d'avoir posé cette question prouve, de la part de la Faculté de Montpellier, une préoccupation déjà ancienne de son importance. Nous pourrions en citer d'autres exemples, même en remontant plus haut. Mais il n'en restera pas moins à M. Verneuil le mérite d'avoir donné une impulsion nouvelle à l'étude de cette question importante, qui resserre encore l'étroite solidarité existant entre la chirurgie et la médecine.

II

De l'étude de cette question, M. Berne a été conduit naturellement à celle des plaies, des différents modes de cicatrisation, de la régénération des tissus, des différences que présentent entre elles les cicatrisations, suivant qu'elles ont lieu à l'air libre, qu'elles s'opèrent sous les croûtes ou sous le couvert naturel de la peau, des influences spéciales susceptibles d'en modifier le travail, de la fièvre traumatique considérée comme une réaction générale naturelle survenant à la suite de tout traumatisme ou comme un accident, premier chaînon de la série des phénomènes de septicémie.

Relativement aux théories diverses qui ont été avancées sur la nature de la fièvre traumatique, M. Berne se borne à mettre en présence la théorie vitaliste, dont Chauffard s'était fait l'éloquent interprète, et la théorie dite des Allemands : la première se résumant dans ce double fait d'un processus inflammatoire local, provoquant à son tour, par l'intermédiaire du système nerveux, le processus général fièvre, inséparables l'un et l'autre de la série des actes réparateurs que doit accomplir l'organisme ; la deuxième, basée sur ce fait de physiologie pathologique, que toute injection dans les veines d'un liquide différent du sang, provoque un accès fébrile, et faisant dépendre la fièvre traumatique du passage dans le sang de substances provenant de la partie lésée (substances pyrogènes, poison sceptique ou virus traumatique). M. Bernier ne se prononce pas formellement entre ces deux théories. Pour nous, entre une hypothèse qui attend ses preuves et un énoncé simple des phénomènes observables, nous nous en tenons provisoirement à ce dernier. Encore ferons-nous une restriction, à ce sujet, en vue des réunions sous-cutanées qui ne provoquent ni ne nécessitent ni inflammation locale, ni réaction fébrile.

III

Le traitement des plaies, qui est le sujet des vingt-neuf, trente et trente et unième leçons, comprend les grandes questions pratiques du régime des blessés, des médications préventives, de la réunion, des indications et des contre-indications de ses divers modes, la discussion des avantages et des inconvénients de la réunion immédiate; enfin, les pansements.

Un mot seulement sur les pansements, qui sont actuellement l'objet des plus sérieuses études des chirurgiens.

On connaît toutes les classifications qui en ont été faites dans ces dernières années. Voici celle que propose M. Berne. Il distingue les pansements, suivant qu'ils sont faits : 1° en vue surtout de diminuer les phénomènes inflammatoires (pansement par occlusion de Chassaignac, de Guyot (incubation), de Langenbeck, de Valette, d'Ollier, pansements à l'eau de Lombard, Peruy, Amussat, Le Fort, à l'acide carbonique, par occlusion pneumatique de M. J. Guérin); 2° en vue de modifier les vaisseaux et de rendre, par cette modification, plus difficile le passage dans la circulation des éléments nuisibles (cautérisation au nitrate d'argent, procédé de Bonnet, pansement au perchlorure de fer de M. Bourgade); 3° en vue de décomposer les substances nuisibles qui peuvent être absorbées au niveau de la plaie, ou bien, enfin, d'empêcher les germes de l'air extérieur d'arriver jusqu'au niveau de la plaie (pansements antiseptiques de Lister, à l'alcool, à l'iodoforme, à l'eau oxygénée; pansements de M. Alph. Guérin et ses modifications).

Voici, très sommairement, l'appréciation que M. Berne fait de ces divers pansements :

Le pansement simple, consistant à protéger la plaie et à exercer une légère compression douce, lui paraît suffisant dans les conditions ordinaires, surtout à la campagne.

La plupart des pansements spéciaux agissent presque toujours, à ses yeux, de plusieurs manières, comme prévenant ou modérant les phénomènes inflammatoires, en même temps que comme préservateur contre les agents nuisibles.

Dans le pansement de Lister, il considère comme possible que l'action plus ou moins irritante de l'acide phénique soit pour beaucoup dans l'effet obtenu; il agirait dans le sens des pansements caustiques, en rendant difficile le passage des substances nuisibles dans le torrent circulaire par le resserrement des vaisseaux.

Il est d'avis que le chirurgien devra choisir parmi ces divers procédés celui qui lui paraîtra le mieux approprié au genre de lésion qu'il a à traiter et, à l'occasion, les combiner ensemble.

Ce chapitre demandera un supplément, tant les idées actuelles ont changé et les essais nouveaux se sont multipliés.

Il nous faudrait, pour donner une idée plus complète de cet important et volumineux ouvrage, passer en revue les nombreux sujets traités dans les vingt leçons qui suivent, et qui comprennent l'étude des greffes, celle de la contusion et des plaies contuses des plaies par armes à feu, et des plaies empoisonnées, des brûlures, des lésions produites par le froid, des corps étrangers, de l'infection purulente; enfin, des tumeurs et des anévrysmes. Mais le temps et la place nous feraient également défaut. Qu'il nous suffise de dire, en terminant, que c'est là une œuvre classique de premier ordre, et qui sera surtout pour les élèves une excellente préparation à la clinique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 novembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Fractures de la rotule. — M. LARGER, à l'occasion de la discussion sur le traitement des fractures de la rotule, présente un malade qui a été atteint quatre fois de fracture de la rotule et qui marche très bien. En 1846, pour la première fois, fracture transversale de la rotule droite, guérison dans l'appareil de Boyer; quatre mois après rupture du cal, guérison; en 1860, nouvelle fracture transversale de la rotule gauche, guérison; enfin quatrième fracture. Aujourd'hui ce malade présente, du côté droit, un écartement de 3 centimètres et du côté gauche un écartement de plus de 12 centimètres, ce qui ne l'empêche pas de marcher très bien, de monter les escaliers, de vaquer à toutes ses occupations de charcutier. Pourquoi marche-t-il aussi bien? C'est parce qu'il n'a jamais eu d'arthrite et que ses muscles sont intacts. L'impotence fonctionnelle du membre dans les fractures de la rotule ne dépend donc que très faiblement de l'écartement. Les vraies causes de cette impotence sont l'arthrite et l'atrophie musculaire.

En même temps que ce malade, M. Larger en observe un autre qui a une fracture de la rotule datant de deux ans; mais c'est un arthritique, et dès les premiers jours M. Larger a porté un pronostic défavorable. En effet, ce malade, bien qu'ayant très peu d'écartement, marche très mal parce que son triceps est atrophié.

M. LE FORT veut joindre sa protestation à celle qu'a fait entendre M. Verneuil dans la dernière séance. Il trouve que la Société de chirurgie n'a pas repoussé avec assez d'énergie l'arthrotomie dans le traitement des fractures de la rotule. C'est, dit-il, l'honneur de la chirurgie française que d'agir avec sagesse, que d'avoir, par-dessus tout, le respect de la vie des autres. Or il serait véritablement fâcheux qu'on pût croire que notre chirurgie s'écarte aujourd'hui de cette voie de la sagesse et de la prudence pour suivre certaine chirurgie étrangère dans ses hardiesses et ses exagérations. Comment, en effet, ose-t-on venir proposer l'ouverture de l'articulation pour guérir une fracture de la rotule? Depuis quand peut-il sembler rationnel de changer une fracture simple en une fracture compliquée de plaie pour la guérir plus aisément? Comment, enfin, peut-on venir proposer d'ouvrir une articulation pour appliquer la suture osseuse de la rotule? Il semble qu'on ait oublié tout ce qu'on savait sur le traitement des fractures de la rotule, sur leur guérison avec cal fibreux ou même avec écartement plus ou moins considérable des fragments. Lorsque j'étais au Bureau central, je me rappelle avoir vu, dans le service de Jobert, un malade qui avait une fracture de la rotule avec écartement tel que le fragment supérieur se trouvait dans le milieu de la cuisse; or cet homme était essayeur de chevaux au marché aux chevaux. C'est dire qu'il marchait et courait parfaitement bien. Le malade présenté par M. Larger est également très intéressant à ce point de vue.

En résumé, M. Le Fort n'accepte pas l'arthrotomie dans le traitement de la fracture de la rotule. La griffe de Malgaigne ellemême peut avoir ses dangers. Depuis trente ans qu'il exerce, il déclare n'avoir pas vu un seul cas où il pût paraître indiqué de pratiquer cette opération. Il fait observer, en terminant, qu'une statistique qui donne trois morts et une amputation de cuisse sur 44 cas est peu encourageante.

M. RICHELOT cite un fait analogue à celui de M. Larger. Il s'agit d'une dame qui a eu deux fractures de la rotule, l'une à droite, l'autre à gauche : la première traitée par Demarquay, la seconde par un homœopathe. Aujourd'hui cette malade marche très bien.

Ces faits ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire, ajoute M. Richelot, et je ne crois pas que cette assertion émise par M. Lucas-Championnière, à savoir qu'on marche d'autant plus mal que l'écartement est plus accusé, soit d'une parfaite exactitude.

M. Lucas n'aurait certainement pas proposé au malade de M. Larger de lui pratiquer l'arthrotomie.

Il y a, dans cette question, une considération dont il n'a pas été suffisamment tenu compte, c'est le plus ou moins de conservation des diverses parties du triceps; peu importe, par exemple, que la partie inférieure du droit antérieur ait ou non conservé ses connexions, pourvu que les parties latérales du triceps, le vaste externe et le vaste interne aient conservé les leurs avec le fragment inférieur.

Pour en venir aux six observations de M. Lister, étant admis que tous ses malades ont parfaitement marché après l'opération réussie, j'affirme que c'est parce qu'ils avaient un triceps. S'ils n'avaient pas leur triceps, ils ne marcheraient pas. J'affirme de même que ceux qui ne marchent pas après l'opération réussie, c'est parce qu'ils n'ont pas leur triceps intact. Il y a donc deux séries de faits en présence : dans les uns, après l'opération réussie, les malades marchent bien, parce qu'ils ont leur triceps; dans les autres, l'opération ayant également réussi, les malades marchent mal, parce qu'ils n'ont pas de triceps.

La conclusion de ces faits est facile à tirer, c'est qu'il y a un élément qui s'impose pour le résultat fonctionnel, c'est celui du triceps. Or ceux qui ont un bon triceps après l'opération, l'avaient également avant; de même ceux qui l'ont atrophié après l'opération réussie l'avaient atrophié avant. Dans le premier cas, on est donc autorisé à demander de quelle utilité a été l'opération. Dans le second, il était indiqué d'électriser le triceps avant d'opérer.

Si, le triceps étant conservé, il y a impotence fonctionnelle absolue, c'est que celle-ci est due à une autre cause; alors seulement on est autorisé à intervenir chirurgicalement. Mais s'il y a en même temps atrophie du triceps et écartement des fragments, il faut électriser le triceps avant d'ouvrir l'articulation. Dans la grande majorité des cas cela suffira, car c'est l'atrophie du triceps qui est le plus souvent la cause déterminante de la gêne fonctionnelle.

M. DESPRÉS s'associe à la protestation de M. Le Fort. Les partisans enthousiastes de l'arthrotomie dans le traitement des fractures de la rotule, dit-il, s'exposent à commettre un meurtre sur leurs semblables. Sur environ 20 cas de fractures de la rotule que j'ai eu à traiter, je déclare n'en avoir pas rencontré un seul où l'arthrotomie parût indiquée; la plupart de ces malades ont parfaitement guéri avec des écartements de 2, 3 ou 4 centimètres, sans infirmité apparente. Quand on peut obtenir de pareils résultats sans faire courir aucun danger aux malades, il est véritablement insensé de songer à recourir à une opération qui peut être mortelle et qui l'a été 4 fois sur 44 cas.

M. Després cite un cas où il a obtenu un cal osseux. Il déclare n'avoir jamais vu un malade dans l'état de celui qui vient d'être présenté par M. Larger. Il cite plusieurs faits de guérison de fractures de la rotule obtenus par l'application de simples appareils.

M. LABBÉ pense que l'arthrotomie antiseptique mérite certainement l'attention des chirurgiens; mais il est d'avis que chaque fois qu'on fait courir des dangers aux malades, il faut avoir de grands avantages. Or il résulte de la pratique déjà longue de plusieurs d'entre nous, que les malades atteints de fractures de la rotule ne se trouvent pas dans des conditions tellement désastreuses qu'on soit autorisé à tenter chez eux une opération dangereuse. Lorsqu'on la traite avec tout le soin désirable par les moyens ordinaires, on arrive à des résultats favorables malgré l'écartement des fragments et avec un cal fibreux.

Lorsqu'on est appelé presque immédiatement après l'accident, il y a avantage à pratiquer l'évacuation du sang épanché dans l'articulation par une simple ponction, en s'entourant de toutes les précautions désirables. Un cas malheureux de Dubreuilh (de Montpellier) a fait rejeter cette ponction évacuatrice. C'est un tort et il ne peut y avoir qu'avantage à extraire 100 ou 120 grammes de sang, au point de vue des conditions favorables au rapprochement des fragments. Il est hors de doute qu'il vaut mieux tenter ce rapprochement vingt-quatre ou quarante-huit heures après la fracture que d'attendre la résorption spontanée de l'épanchement et de tenter le rapprochement seulement douze ou quinze jours après l'accident. Dès 1862, Jarjavay pratiquait avec succès cette ponction immédiate. A plus forte raison doit-on le faire aujourd'hui qu'on est en possession de l'antiseptie. En 1877, M. Segond, alors mon interne, a publié une observation de fracture transversale de la rotule avec fente de la peau sur une étendue de 7 à 8 centimètres, suivie de complète guérison par l'immobilisation et la fermeture de la plaie cutanée avec le collodion. C'est un fait à rapprocher de celui de M. Verneuil.

M. Labbé est complètement de l'avis de M. Richelot sur le rôle capital du triceps dans le résultat fonctionnel.

En résumé, il ne repousse pas d'une façon absolue l'arthrotomie antiseptique pratiquée avec toutes les précautions désirables; mais 3 décès sur 44 cas sont bien faits pour arrêter la main d'un chirurgien prudent et il paraît difficile de consentir à exposer un malade à un pareil danger pour le guérir d'une lésion qui, par elle-même, ne menace en aucune façon sa vie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle avoir dit simplement qu'il ne croyait pas qu'on pût repousser, de prime abord, une opération qui avait donné des résultats comme ceux obtenus par M. Lister et qu'il pensait qu'il y avait là des raisons de modifier le traitement des fractures de la rotule. Il a ajouté qu'une statistique générale ne signifiait rien en pareil cas, attendu qu'alors que M. Lister n'a pas eu un seul accident et n'a obtenu que des guérisons, on ne peut pas le rendre responsable d'accidents arrivés à quelques chirurgiens moins habiles et sans doute inexpérimentés. On a dit autrefois de la ponction, maintenant préconisée par M. Labbé, ce qu'on dit aujourd'hui de l'arthrotomie.

M. Lucas-Championnière admet que l'atrophie musculaire joue un rôle considérable au point de vue de la gêne fonctionnelle, mais non le rôle capital.

Il maintient qu'il n'y a qu'un petit nombre de chirurgiens qui pratiquent bien cette opération. Entre les mains de M. Lister, par exemple, c'est certainement une opération sans danger, sans inconvénients même et qui finira par être admise. Il y a là un progrès qu'il appartient à la Société de chirurgie d'accueillir et de juger comme il le mérite.

M. DESPRÉS dit que la Société de chirurgie ne saurait être solidaire de ce que pensent deux ou trois de ses membres relativement à la ponction immédiate de l'articulation dans les fractures de la rotule. Nous sommes encore beaucoup de chirurgiens qui ne faisons pas ces ponctions, et cela pour des raisons que j'ai suffisamment exposées dans un rapport sur l'application de l'appareil Dieulafoy à ce genre de ponctions.

M. TRÉLAT rappelle qu'il a été dit, dans cette discussion, que certains malades s'étaient fracturé une seconde fois et une troisième fois la rotule parce qu'ils marchaient mal. Ce n'est pas là une question de marche défectueuse, mais bien une question de constitution. Les gens qui se rompent ainsi la rotule ont des os disproportionnés avec leurs muscles.

M. Trélat se déclare aujourd'hui partisan des ponctions des articulations qu'en 1871 il considérait comme redoutables et dangereuses.

Depuis qu'on a trouvé le moyen que la pénétration dans un foyer sanguin ne soit plus septique, ses opinions ont complètement changé, et, depuis quelques années déjà, il n'hésite pas à ponctionner toutes les articulations trop pleines, trop distendues. Quelle que soit cette distension, il est très rare qu'un genou contienne plus de 40 à 80 grammes de liquide. M. Trélat est convaincu que cette distension est un obstacle au rapprochement des fragments : c'est pourquoi il a recours à la ponction.

Que ce soit la non-conservation des ligaments latéraux de la rotule, que ce soit l'écartement des fragments, que ce soit la paralysie ou l'atrophie musculaire qui soit le point de départ de la gêne fonctionnelle, quand un individu vient de se rompre la rotule, bien malin le chirurgien qui portera d'emblée un pronostic définitif. Quoi qu'il en soit, il n'est pas possible de trouver dans les fractures récentes de la rotule une indication quelconque de l'arthrotomie immédiate. Étant admis même que c'est une opération

innocente, sans danger, pratiquée dans certaines conditions aujourd'hui connues, à quoi bon y recourir puisque vous ne pouvez savoir ce qui va arriver et que c'est peut-être à rien que vous allez porter remède ?

M. Trélat tiendrait un tout autre langage pour l'opération tardive qu'il déclare ne pas repousser d'une façon absolue.

LECTURES

M. PARINAUD communique une observation de tumeur du globe de l'œil (épitheliome bénin) développée dans la conjonctive. (Comm. : M. Terrier.)

M. POULET fait une communication sur un cas d'ablation de ganglion tuberculeux.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

PROTHÈSE CHIRURGICALE CHEZ LES ANCIENS.

Deux jambes de bois à l'époque gallo-romaine.

Par M. Émile RIVIÈRE.

I

Hippocrate, dans le chapitre des *Articulations*, s'exprime ainsi (1) :

« Lorsque, dans une fracture, il y a eu immédiatement sphacèle et noirceur, la séparation d'avec le vif est prompte et ce qui doit tomber tombe en peu de temps, attendu que les os ont reçu une atteinte préalable. »

Voilà pour l'amputation naturelle.

« Mais quand, les os étant intacts, la noirceur survient, les chairs, dans ce cas aussi, meurent, il est vrai, promptement, mais les os se séparent lentement dans l'endroit où est la limite de la noirceur et où ils sont dénudés. Ce qui est au-dessous des limites de la noirceur doit, quand la mortification et l'insensibilité en sont complètes, *être retranché dans l'articulation* : on aura le soin de ne blesser aucune partie. En effet, si le malade éprouve de la douleur pendant l'*amputation*, et si la mortification ne s'est pas encore emparée de l'endroit où l'on coupe, il est grandement à craindre que la douleur n'amène une lipothymie. »

Voilà pour l'amputation chirurgicale.

Et Hippocrate insiste encore un peu plus loin, lorsque, dans le *Mochlique* (2), il dit : « Quand la gangrène survient dans une fracture, les chairs se séparent promptement ; quant aux os, ils se détachent là où sont les limites de la dénudation, mais plus lentement. Il faut enlever ce qui, situé au-dessous de la lésion et des parties saines, meurt d'abord, en évitant de causer de la douleur, car les malades succombent en éprouvant une lipothymie. »

Si donc, comme on le voit, l'amputation des membres a été pratiquée de toute antiquité, si la gangrène dans les temps anciens et jusqu'au moyen âge était à peu près la seule cause pour laquelle on faisait cette opération (3), il ne semble pas douteux non plus que « les anciens chirurgiens, bien qu'ils eussent infiniment moins d'occasions de les appliquer (les individus ainsi atteints de gangrène succombant pour la plupart), dussent savoir mettre en usage les appareils prothétiques destinés à remplacer les jambes et probablement même les bras perdus (4) ». Cependant les représentations de prothèse chirurgicale qui nous le prouvent, dit M. A. de Longpérier, dans la *Revue archéologique*, sont rares à la

(1) Hippocrate. *Œuvres complètes*, traduction E. Littré, t. IV, p. 285. — Paris, 1844.

(2) *Id.*, t. IV, p. 379.

(3) Legouest. AMPUTATIONS, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. III, p. 759-760. — Paris, 1865.

(4) René Briau. CHIRURGIA, in *Dictionnaire des antiquités grecques et romaines*, rédigé sous la direction de MM. Ch. Daremberg et Saglio; fascicule VII, p. 114. — Paris, 1880.

vérité, et il semble que l'antiquité n'aimait pas à reproduire dans les œuvres d'art les difformités humaines (1).

Elles sont tellement rares, en effet, que nous n'avons rien trouvé, à cet égard, dans les auteurs.

Ambroise Paré, dans son dix-septième livre intitulé : *Les moïens d'accommoder des mains, bras et iambes artificielles au lieu des membres extirpez* (2), se borne à décrire les moyens et artifices « d'adjouster ce qui défaut naturellement ou par accident » et inventés de son temps, et ne dit rien des appareils imaginés dans l'antiquité. Nous n'avons rien trouvé non plus, à ce sujet, parmi les livres que nous avons consultés, rien dans l'ouvrage de MM. Gaujot et Spillmann sur la prothèse des membres inférieurs (3), rien non plus dans les dictionnaires de médecine. Seuls, Percy et Laurent, dans l'article : PROTHÈSE, du *Dictionnaire des sciences médicales*, disent ceci : « En examinant les machines qui nous viennent des anciens, on ne s'aperçoit que trop de la justesse de notre proposition. Elles sont, en général, d'une complication telle et d'une pesanteur si grande, que les malades n'ont jamais pu en supporter longtemps l'usage. Suspendues aux murs de nos cabinets ou confinées dans le fond des armoires, on ne les regarde plus que comme de vieux monuments d'un art qui a passé progressivement de la barbarie au plus haut degré de perfection (4). » Mais nos deux auteurs ne donnent aucune description de ces « machines qui nous viennent des anciens » et ne s'expliquent nullement sur les musées ou collections particulières qui les posséderaient. Du reste, dans leur article, ils s'occupent exclusivement, après quelques lignes de préambule, des yeux artificiels.

L'explication donnée par M. de Longpérier, en 1866, dans la *Revue archéologique* (5), et que nous venons de rapporter, paraît donc d'autant plus plausible que jusque dans ces vingt dernières années l'on ne connaissait qu'une seule preuve, et encore est-elle bien authentique, du fait que nous voulons étudier ici. Nous voulons parler d'un vase peint, conservé au musée du Louvre, et qui paraît appartenir à la fin du IVe siècle avant l'ère chrétienne.

M. A. de Longpérier a décrit ainsi cette peinture : « un vase sur lequel on voit un satyre comique dont la jambe droite, repliée et pour ainsi dire dissimulée, s'ajuste avec un long bâton que la personne tient de la main gauche, combinaison qui arrive à imiter une jambe de bois. Cette invention comique d'un mime, ajoute-t-il, ne serait guère explicable, si elle n'avait pas eu pour raison d'être l'imitation d'un état de chose réel. Elle nous semble donc démontrer l'usage des jambes de bois, dans l'Italie méridionale du moins, contrée à laquelle appartient le vase que nous venons de citer. »

Cette peinture, jusqu'à ce jour restée inédite et que nous reproduisons ici pour la première fois (fig. 1) dans toute son exactitude, grâce à l'obligeance de M. Héron de Villefosse, conservateur des antiques au musée du Louvre, représente en effet une sorte de mime ou de bateleur. Comme nous l'a fait remarquer notre savant collègue de la Société française de numismatique et d'archéologie, il en a la tête commune et grossière, le thorax largement développé, le geste trivial, et la position écartée des membres inférieurs

(1) A. de Longpérier. Observations sur une figure de Bacchus privée du bras gauche, in *Revue archéologique;* nouvelle série, t. XIII, p. 151. — Paris, 1866.

(2) Ambroise Paré. *Œuvres complètes*, édition Malgaigne. — Paris, 1840.

(3) Gaujot et Spillmann. *Arsenal de la chirurgie contemporaine, prothèse des membres inférieurs*. — Paris, 1867-1872.

(4) Percy et Laurent. PROTHÈSE, in *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XLV, p. 510. — Paris, 1820.

(5) Il en avait déjà parlé à la Société des Antiquaires de France, dans la séance du 20 janvier 1864, à propos de la présentation, par M. Quicherat, d'un dessin de la mosaïque de Lescar. A cette occasion, il avait rappelé à ses confrères que depuis longtemps déjà il avait signalé certain vase grec sur lequel on remarquait une jambe de bois d'autant plus curieuse qu'elle semblait fictive, et que le satyre qui en était muni avait une jambe repliée et dissimulée à dessein. (*Bulletin de la Société des Antiquaires de France*, t. I, p. 41, année 1864.)

correspond bien à la mimique du faiseur de tours, caractères auxquels nous ajouterons les dimensions excessives du phallus que l'on retrouve aussi dans les représentations du temps. Mais là n'est pas ce qui nous intéresse le plus, le côté le plus important pour nous de cette peinture est la forme et la disposition du membre inférieur droit.

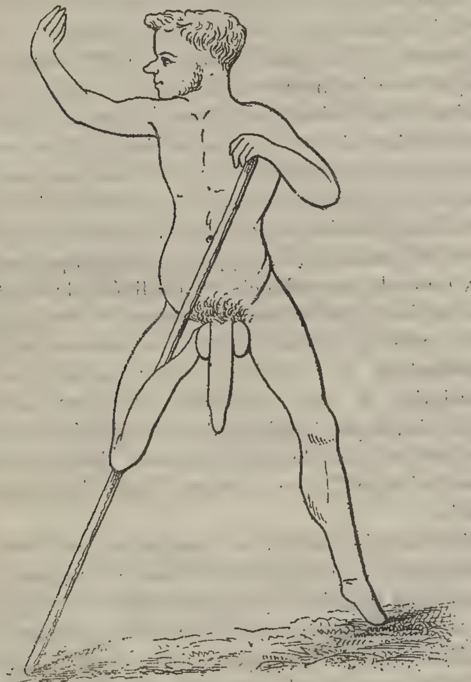


Fig. 1.

La jambe du « satyre comique » de M. de Longpérier n'a pas été amputée, elle est repliée, non pas à angle droit sur la cuisse, dans la position de l'homme qui marche le genou et l'extrémité supérieure et antérieure du tibia reposant dans l'échancrure d'un pilon, comme dans la mosaïque de Lescar, par exemple, dont nous parlerons plus loin. Elle n'est pas non plus dans une situation qui résulterait de la flexion exagérée de la jambe sur la cuisse, de telle sorte que le talon vienne s'appliquer contre la fesse du même côté. Elle est repliée, au contraire, comme par une sorte de dislocation complète,— qu'on nous permette le mot,— de l'articulation fémoro-tibiale, si bien qu'il y aurait une luxation, j'oserai dire plus que complète du tibia, luxation absolument fantaisiste avec arrachement des ligaments articulaires, des tendons, des fibres musculaires, etc.

Avec une pareille disposition des parties osseuses, le fémur ne reposerait plus que par son condyle interne butant contre la tubérosité interne de l'extrémité supérieure du tibia.

Dans cette position absolument anormale, même chirurgicalement parlant, et quel que soit pour ainsi dire le traumatisme qui en aurait été la cause (1), la jambe se trouve remontée le long de la face interne de la cuisse du même côté, c'est-à-dire de la cuisse droite, et le pied droit vient s'appliquer contre la région sous-pubienne, dans le sillon de séparation de la cuisse et du testicule droit qui masque la pointe du pied.

Voici pour la forme du membre inférieur droit, tel que la peinture rouge-clair sur fond noir nous le représente sur le vase en question.

Comme moyen de sustentation du membre, nous n'avons pas ici un pilon comme sur le fragment de vase que nous allons décrire tout à l'heure, mais une sorte de long bâton que l'individu, mime, bateleur ou satyre comique, tient de la main gauche et sur lequel il s'appuie. Ce bâton qui repose, par son extrémité inférieure sur le sol, longe la face antérieure de la cuisse et la jambe droite repliée, passant entre elles deux, remonte obliquement au devant du tronc et gagne le côté gauche du thorax jusques un peu au-dessus et en dehors du mamelon gauche, c'est-à-dire au devant des quatrième et troisième côtes gauches, où la main le saisit par son extrémité supérieure et s'y appuie.

(1) A moins encore qu'il ne s'agisse de quelque anomalie congénitale.

Quant au membre inférieur gauche, il est normal, plus ou moins grossièrement représenté, du moins quant à sa terminaison, de telle sorte que le pied se devine beaucoup plus qu'il ne se voit réellement.

Le vase, sur lequel est figuré l'individu que nous venons de décrire succinctement, faisait autrefois partie de la collection du chevalier E. Durand ; il a été acheté par l'État vers 1825, et appartient, depuis cette époque, au musée du Louvre.

Outre cette « *représentation de prothèse chirurgicale* », il y aurait bien encore, ce nous semble, à indiquer la mosaïque de la cathédrale de la vieille ville de Lescar, dans les Basses-Pyrénées, mosaïque gallo-romaine pour M. A. de Longpérier, tandis que M. P. Raymond, alors archiviste du département des Basses-Pyrénées, dans une notice publiée également dans la *Revue archéologique* (1), la considère comme appartenant au XIIe siècle, d'après le costume du personnage, le dessin des bordures avec leurs entrelacs et l'inscription qu'elle renferme ; « laquelle, dit-il, ne saurait s'appliquer qu'à l'évêque Gui. » Pour nous, et d'après les dessins que nous en connaissons, nous serions plus disposés à nous ranger à l'opinion de M. de Longpérier, bien que cette mosaïque ait été trouvée dans une église du XIe ou du XIIe siècle, où il se peut très bien qu'elle ait été apportée et encastrée, à un moment donné, comme on l'a fait maintes fois, dans les murailles de certains monuments, pour des pierres tumulaires ou autres de l'époque romaine portant des inscriptions gravées.

Du reste, nous nous trouvons encore en conformité d'opinion sur cette question avec M. Léon Palustre qui, depuis le premier travail sur ce même sujet que nous avons communiqué au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, s'est exprimé ainsi dans le *Bulletin monumental* (2) à propos d'un article de bibliographie sur le volume de M. Gerspach, intitulé : *la Mosaïque* (3).

« Pour notre part, dit-il, nous sommes persuadés que la célèbre mosaïque de Lescar, sur l'origine de laquelle on a si longuement discuté, provient également de quelque monument gallo-romain. Autrement trouverions-nous, figurés côte à côte, deux sujets en sens différent ? Puis il suffit d'examiner le dessin, de contrôler les costumes pour voir que nous ne sommes pas en face d'une œuvre de la première moitié du XIIe siècle. Car c'est à cette date que l'inscription qui l'accompagne nous reporterait et nous ne nions pas qu'il n'y soit écrit en beaux caractères :

DomiNVS GVIdo
ePISCOPVS LAScur
rENSIS hOC FIEri
fecIT PAVimentum

« Or l'évêque Gui, dont la pierre tumulaire se voit à l'extérieur de la cathédrale, est mort en 1141. M. Gerspach aurait donc raison d'accepter encore sur ce point l'opinion de M. Laffolye, s'il n'était pas trop visible que l'inscription en question est bien singulièrement placée pour être contemporaine du reste de la mosaïque. Entre elle et l'homme à la jambe de bois qui tient son arc bandé, il n'y a aucun espace. Des lettres sont disposées sur quatre lignes, et en travers, là où devrait se trouver le gibier que le chasseur poursuit inévitablement. Tout cela nous amène à conclure que l'évêque Gui n'a point joué le rôle considérable que l'on serait tenté de lui attribuer au premier instant. Sans doute il a orné de

(1) P. Raymond. Notice sur une mosaïque placée dans la grande abside de la cathédrale de Lescar. (*Revue archéologique*, nouvelle série, t. XIII, p. 307. — Paris, 1866.)

(2) *Bulletin monumental*, 5e série, t. X (XLVIIIe de la collection), p. 775-776. — Paris, 1882.

(3) *La Mosaïque*, par M. Gerspach.

mosaïques le chœur de sa cathédrale, *stravit chorum opere musivo*, comme le dit la *Gallia Christiana*, mais en la circonstance, il a opéré de la même façon que les bénédictions de Sordes, juxtaposant sans trop de réflexion des fragments antiques qui n'étaient point faits pour la place qu'ils occupent.

« L'inscription et la mosaïque se contrôlent donc l'un l'autre, et nous savons maintenant à quoi nous en tenir sur le pavement historié de la vieille cathédrale de Lescar. La mosaïque appartient bien à l'époque gallo-romaine, les discussions qui ont eu lieu à son sujet ne paraissent plus laisser aucun doute à cet égard. »

Ainsi s'exprime M. Léon Palustre, avec l'autorité qui s'attache à tous ses écrits.

Le fait est important et nous nous empressons de le relever comme confirmant pleinement l'hypothèse que nous avions émise l'an dernier au Congrès de La Rochelle; il change notre « peut-être » en une certitude. Sur le dessin que nous reproduisons plus loin, nous avons donc le premier exemple d'un appareil prothétique, d'une véritable jambe de bois, d'un pilon, à l'époque gallo-romaine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris a décidé, dans l'assemblée des professeurs tenue hier jeudi, que la liste de présentation des candidats à la chaire de pathologie interne, laissée vacante par la permutation de M. le professeur Jaccoud, serait dressée dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Damaschino ; en deuxième ligne, M. Grancher ; en troisième ligne, M. Dieulafoy.

— Le célèbre chirurgien américain, S. Marion Sims, est mort subitement à New-York, le 12 novembre 1883.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Sappey commencera le cours d'anatomie, le lundi 19 novembre 1883, à cinq heures de l'après-midi, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le professeur Hardy commencera le cours de clinique médicale, le mardi 20 novembre 1883, à neuf heures du matin, à l'hôpital de la Charité et le continuera les jours suivants à la même heure.

— M. Magnan reprendra, à l'asile Sainte-Anne, dans l'amphithéâtre de l'admission, ses leçons cliniques, le dimanche 18 novembre 1883, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure.

Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Les leçons porteront plus particulièrement cette année sur les différents délires des héréditaires.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15326.

N° 133. — MARDI 20 NOVEMBRE 1883. 56e ANNÉE. MARDI 20 NOVEMBRE 1883. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Institutions médicales. Les associés libres à l'Académie de médecine. — Hôpital Necker. Leçon d'ouverture : Le professeur Lasègue ; — I. De la clinique. — Société de Biologie. — Nouvelles.

INSTITUTIONS MÉDICALES

Les associés libres à l'Académie de médecine.

Une élection est sur le point de se faire dans la classe des associés libres à l'Académie de médecine. — La place, convoitée par bon nombre de candidats appartenant à différentes catégories de l'ordre scientifique peut être l'occasion de rappeler le véritable caractère de cette classe d'académiciens.

Instituée, dès la création même de l'Académie, par l'ordonnance de 1820, sous le règne de Louis XVIII, la classe des associés libres a été maintenue, au nombre près, telle qu'elle était à son origine. Les différentes ordonnances et réglementations qui se sont succédé depuis, et qui ont profondément modifié l'institution, ont respecté jusqu'à la lettre la définition donnée dès le principe à cette catégorie de membres.

« Des associés libres, dit l'ordonnance, seront choisis « parmi les personnes qui cultivent avec succès les « sciences accessoires à la médecine, ou qui auront con- « tribué d'une manière quelconque à leurs progrès, ou enfin « qui, dans les différents établissements consacrés au soula- « gement de l'humanité, l'auront servie avec zèle et dis- « tinction. Ils devront résider à Paris. » (Article 7 de l'ordonnance constitutive.)

Cette définition marque clairement la différence qui doit exister entre les académiciens titulaires et les associés libres : les premiers appartenant aux diverses catégories de l'art de guérir proprement dit ; les seconds, munis ou non de diplômes, s'occupant de science ou d'administration, en dehors du cadre de la science et de l'art livrés à la pratique professionnelle.

Pour consacrer cette distinction, dix membres, choisis parmi les illustrations de l'époque et appartenant aux catégories désignées par l'ordonnance, inaugurèrent d'une manière éclatante la nouvelle institution. Rappeler les noms de Berthollet, de Chaptal, de Cuvier, de Desfontaines, de Gay-Lussac, d'Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, de Lacépède, de Ramond, de La Rochefoucauld, de Thénard, c'est marquer d'un sceau indélébile le titre d'associé libre de l'Académie de médecine, et imposer à l'avenir l'obligation de ne pas déroger à la véritable signification de ce titre.

Les premiers successeurs de cette pléiade d'illustrations ont été Arago, Chevreul, Milne-Edwards, Davaine, Littré, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Trébuchet, Lafon de Ladébat, Coste, Amédée Latour, Peisse, Payen et Pasteur.

Pour n'avoir pas tous l'éclat des premiers, leurs noms rappellent l'élite de la science, de l'administration et de la presse, c'est-à-dire des hommes qui, en dehors de la pratique professionnelle, « ont contribué d'une manière quel- « conque au progrès des sciences accessoires à la médecine « et ont concouru avec zèle et distinction au soulagement « de l'humanité ».

Quelques élections récentes ont paru interrompre, exceptionnellement il est vrai, les traditions originelles. Légitimées jusqu'à un certain point par le mérite des élus ou par des interprétations un peu forcées de leur cachet professionnel, ces exceptions n'en ont pas moins faussé le cadre où on les a fait entrer. Le mal ne serait pas grand, si l'exception ne devait pas servir de prétexte à changer la règle. N'a-t-on pas vu en effet, lors des dernières vacances, des candidats, — qui auraient plus légitimement ambitionné l'honneur d'entrer dans une des sections de titulaires, et dont l'un, mieux avisé, a changé utilement, comme on dit, son fusil d'épaule, — s'obstiner à faire fausse route. Pour leur éviter cette erreur de chemin à l'avenir, il n'est peut-être pas inutile, et dans l'intérêt de l'Académie et dans leur intérêt propre, d'approfondir la différence qui doit être maintenue entre l'académicien titulaire et l'associé libre.

Jusqu'ici les sciences accessoires, l'administration et la presse ont obtenu tour à tour la satisfaction qui leur était due. Leur adjonction, en récompensant leurs services, a certainement aussi ajouté à l'éclat de la compagnie. Honorer l'Académie et être honoré par elle, telle est, en résumé, la double condition imposée au choix qu'elle doit faire pour l'une et pour l'autre des deux classes d'académiciens. La matière première ne saurait manquer, mais encore faut-il savoir la discerner et l'approprier au but qu'on doit se proposer, c'est-à-dire ne pas sortir du principe et de la tradition.

Une simple réflexion peut prévenir toute méprise.

Qu'a voulu l'ordonnance constitutive de l'Académie en spécifiant comme elle l'a fait les catégories et les personnes qui doivent composer la classe des associés libres ? Elle a voulu que ces personnes eussent non seulement des titres à cette distinction, mais des titres spéciaux et différents de ceux des académiciens titulaires.

Que ferait-elle si elle encourageait des candidatures de médecins, de chirurgiens et de pharmaciens qui, n'ayant pas assez de mérite pour prétendre légitimement au titulariat, borneraient modestement leur ambition à n'être qu'associés libres? L'Académie fermerait la source d'une de ses glorifications; et les candidats de cet ordre consentiraient du même coup à s'affirmer médecins, chirurgiens et pharmaciens de seconde catégorie, c'est-à-dire des infériorités académiques. Pour conserver toutes ses prérogatives et conserver à ces deux catégories de membres leur valeur respective, l'Académie et les candidats qui aspirent à entrer dans son sein, à l'un ou l'autre des deux titres, doivent donc reconnaître que l'académicien libre n'est pas un diminutif de l'académicien titulaire; pas plus que le mérite du premier ne doit être une fraction du mérite du second, mais un mérite autre, et capable d'apporter à la compagnie le lustre que lui ont conféré des travaux et des services différents de ceux qui sont la condition du titulariat.

Si nous ne nous trompons, nous croyons savoir que la Commission chargée de dresser la liste de présentation ne serait pas éloignée de donner satisfaction aux principes rappelés dans cet article. Plusieurs illustrations, de genres très différents, mais rentrant absolument dans les cadres traditionnels, occuperaient à bon droit les premières places sur la liste. Citer MM. de Quatrefages et Durand-Claye, c'est, sans vouloir écarter d'autres mérites moins significatifs, rappeler deux personnalités imposantes : l'une, par l'éclat de ses travaux afférents à la physiologie générale, à l'anthropologie, à la zoologie et et à l'histologie; l'autre, par l'importance des services rendus à l'hygiène publique, à l'agriculture et à l'administration des affaires sanitaires. Il est à peine nécessaire d'entrer dans le détail de leurs titres si spécialement différents, et néanmoins si considérables, pour montrer à quel point l'Académie s'honorerait de les faire entrer dans son sein, et à quel point ils maintiendraient la haute considération de la classe des associés libres.

M. de Quatrefages, trois fois docteur, — docteur ès sciences mathématiques, docteur ès sciences naturelles, docteur en médecine, — a montré, dans ses différents travaux, l'étendue et la précision qui caractérisent la science moderne et la sienne en particulier. Ses études zoologiques et histologiques des animaux inférieurs comparés à l'homme lui ont permis, non pas de comparer, comme on l'avait fait avant lui, les organes et les fonctions isolément, mais de les envisager dans leurs rapports et connexions, de façon à mieux faire comprendre le mécanisme de leur fonctionnalité générale, c'est-à-dire le mode de vie. Que d'observations fines, que de découvertes de détails dans cette pérégrination à travers l'évolution de l'animalité!

Mais c'est surtout l'étude de l'homme, dans son origine, dans ses transformations, dans ses races, à l'état fossile et à l'état sauvage, qui a permis à M. de Quatrefages de montrer cet esprit philosophique sans lequel l'observation des faits reste stérile : esprit dont la tradition lui a été léguée par les deux Geoffroy et leur digne émule Serres. Comme ces maîtres, il s'est élevé aux cimes de la science de l'homme, et il en a rapporté ces deux grandes vérités : l'unité fonctionnelle de la vie et l'unité de l'espèce.

M. Durand-Claye qui, pour la science d'amphithéâtre et les révélations du microscope, pourrait bien être un inconnu, est tout simplement le premier ingénieur hygiéniste de son temps. C'est lui qui a imaginé et réalisé presque tous les moyens d'assainissement de Paris. Rappeler ses travaux sur la canalisation des égouts, sur l'assainissement de la Seine, sur les moyens d'épuration des eaux par le sol, et, surtout, cette grande expérience de 550 hectares de Gennevilliers qui a réalisé ce double et magnifique résultat : de convertir toute une contrée stérile et insalubre en un sol arable de premier ordre, et ce, au moyen du transport dans ces terres des eaux du déversoir de Clichy. M. Durand-Claye a pu, par cette seule expérience, accomplir une révolution hygiénique et agricole. Au delà de ces résultats immédiats et de pure expérience, il y a la solution d'un problème de la plus haute portée, à savoir : Non plus seulement réaliser l'épuration des eaux d'égouts par la terre, mais provoquer l'incorporation et l'assimilation, par cette même terre, de tous les éléments putrides, qu'elle absorbe et digère comme un immense aliment, et qu'elle restitue sous la forme d'une végétation luxuriante et bienfaisante. Ce beau résultat s'écrit en une ligne ; mais il a coûté à l'auteur d'immenses travaux d'hydrologie, de chimie, de statistique, de mécanique, et des voyages dans tous les pays où il y avait quelque chose à prendre pour l'assainissement de Paris et des grandes villes de la France ; c'est-à-dire pour diminuer le nombre et la gravité des maladies infectieuses, et arrêter les progrès d'une mortalité toujours croissante.

Voilà donc deux candidats bien capables de renouer et de consolider les traditions académiques illustrées par les Cuvier, les Geoffroy Saint-Hilaire, les Arago, les Gay-Lussac et les Chevreul. L'Académie n'aura que l'embarras du choix.

HOPITAL NECKER. — M. Jaccoud.

LEÇON D'OUVERTURE.

Le professeur Lasègue. — De la clinique.

Messieurs,

Votre bienveillant empressement à vous rendre dans cet amphithéâtre et votre chaleureux accueil ne sauraient me consoler d'être à cette place. Certes c'est pour moi une bien grande satisfaction d'avoir pu échanger la chaire de pathologie interne pour celle de la clinique, où je pourrai consacrer tous mes soins à l'étude des malades, transmettre aux élèves qui me feront l'honneur de suivre ces leçons les résultats de mon expérience et doter mon pays de praticiens sages et éclairés, enfin d'entrer dans des rapports plus étroits avec la jeunesse dont l'affection sera mon soutien le plus ferme.

Cette joie, je la sens, mais je ne puis l'éprouver, car je la dois à la perte d'un collègue aimé et respecté entre tous, d'un collègue qui laisse un vide irréparable. Lasègue était non seulement un médecin savant, un observateur de premier ordre, un clinicien consommé, mais encore un écrivain prime-sautier au charme irrésistible. Il réalisait tant de qualités diverses ! tant de talents disparates ! et surtout une pure individualité, donnant à tout son empreinte personnelle ! Nul d'entre nous ne pouvait causer avec lui sans que, de cette conversation, il retirât quelque acquisition nouvelle, quelque ingénieux aperçu d'une portée imprévue et profonde.

Est-il beaucoup d'hommes, Messieurs, à qui l'on puisse rendre un pareil hommage en toute sincérité ?

C'est en 1869 que Lasègue fut appelé dans cet hôpital à la chaire de clinique. Il était alors dans la pleine maturité de son talent et d'une autorité incontestée, au point qu'il

paraissait impossible qu'il pût s'élever encore plus haut dans sa sphère nouvelle. Et cependant l'avenir aurait donné un démenti formel à qui eût porté un pareil jugement. Aux connaissances scientifiques les plus variées et les plus étendues, à une habileté consommée, à une finesse extrême d'investigation, il joignait cette domination du malade qui faisait de lui un clinicien complet. C'est ainsi qu'en consacrant ici à son enseignement les qualités professionnelles qui lui étaient propres, cet enseignement même fut le couronnement de sa vie.

Vous tous ici, Messieurs, qui avez assisté à ses leçons, vous vous associerez certainement de cœur et d'esprit à nos regrets, car vous savez quel maître nous avons perdu.

Mais ses leçons magistrales n'étaient qu'un seul de ses côtés, et vous ne sauriez oublier ses causeries journalières faites avec cette bonhomie tranquille et familière qui les caractérisait, et dans lesquelles, partant du fait souvent le plus banal, il s'élevait à des déductions qui, pour toute autre intelligence, eussent été invisibles.

La clinique était sa vie, tant par le goût inné qu'il en avait que par le travail et les soins qu'il y apportait sans relâche ; et ce travail, cette abnégation sans bornes l'ont tué !

Malgré les avertissements donnés à sa santé, il ne voulut tenir aucun compte du mal qui devait l'emporter. Quelle que fut la nécessité du repos qui lui était recommandé, il ne recula pas un seul jour, même à l'époque du concours de l'agrégation dont il était le président ; il resta debout, debout jusqu'à la dernière heure ! Par là encore, Messieurs, il nous a laissé à tous, jeunes ou vieux, une impression ineffaçable.

Tel fut Lasègue, le maître et l'ami dont nous déplorons la perte ; nous garderons un culte constant à sa mémoire, car il est mort à la peine, victime de son perpétuel dévouement aux intérêts de la science et des élèves.

De là, Messieurs, ces sentiments complexes dont je suis agité ; de là aussi, je comprends tout le fardeau d'un pareil héritage. Si je suis très profondément honoré de lui succéder, je ne prétends pas cependant le remplacer. Lasègue est un modèle inaccessible. Le suivre de mon mieux, l'imiter par mon zèle et par mon dévouement dans le nouvel enseignement dont la confiance de mes collègues m'a chargé, telle est, telle sera mon ambition de chaque jour.

En prenant possession de la chaire de clinique médicale, je n'entends aborder aucune de ces questions de doctrines que pendant longtemps on a considérées comme l'introduction nécessaire d'un cours pratique. Je me bornerai à vous entretenir seulement des quelques principes qui sont la base de cet enseignement et de l'étude clinique.

La pathologie a été définie l'étude des maladies, et la clinique une science ayant pour objet l'étude des malades. Certes la définition est irréprochable, mais elle est insuffisante ; les tendances exclusives et les écarts de notre époque exigent quelque chose de plus. La clinique n'est pas simplement l'étude des malades, mais encore une étude faite en vue d'un but déterminé : le traitement du malade. Exemple : un individu vous présente tous les accidents d'une asystolie d'origine mitrale, vous notez tous les phénomènes qui lui sont inhérents, les souffles, l'état de la circulation générale d'après la circulation jugulaire, l'état du poumon, de la rate, etc. ; vous examinez les urines, le sang et ses globules, etc., etc., en un mot votre malade est disséqué tout vivant. Est-ce là tout le but du clinicien ? Sa tâche est-elle ainsi remplie ; Non ; il n'en est encore qu'à sa première étape et les deux autres, d'une importance majeure, lui sont encore à faire. Il lui faut savoir comment, dans son unité d'être vivant, son malade est affecté de tous ces désordres. Il lui faut savoir la notion finale d'où il déduira les deux grandes conclusions : le pronostic et la thérapeutique. Que de pseudo-médecins, dont les études cliniques sont absolument incomplètes parce qu'elles sont basées seulement sur l'observation ! Habiles à saisir et analyser un phénomène morbide, ils en restent là, ne soupçonnant même pas qu'on doive aller plus loin. Ils voient la maladie et non le malade dans son ensemble, parce que cet ensemble, si minutieusement étudiée que soit la maladie, n'est pas une chose que l'on puisse enregistrer. Cette méthode clinique purement analytique est des plus dangereuses.

A la clinique j'assigne une définition qui met à l'abri de toute équivoque, qui complète la définition que je rappelais tout à l'heure, et je dis : « *La clinique a pour objet l'étude du malade en vue du diagnostic de la maladie, du pronostic et du traitement.* » De cette définition ressort un fait fondamental, c'est que la clinique est à la fois une science et un art.

Comme science, elle est subordonnée, elle est obligée d'emprunter, de recourir à toutes les autres branches des sciences médicales. Comme art, elle est indépendante ; elle est l'art d'apprécier le malade au point de vue du pronostic et du traitement. Cette faculté est toute personnelle, elle ne peut être acquise que par la pratique et par l'observation du malade. De là, la nécessité d'un exercice personnel qui est l'unique méthode de notre éducation médicale. Mais cette étude même exige des connaissances pathologiques complètes, la pathologie et la clinique ayant des rapports constants. La pathologie décrit le type des maladies et non les caractères individuels du malade, lesquels appartiennent à la clinique, et celle-ci étudie les individus là où la pathologie ne voit que les espèces. Aussi est-ce une grave erreur que de confondre ces deux sciences l'une avec l'autre.

La pathologie est donc l'introduction de la clinique, mais une introduction insuffisante encore, si l'on n'y joint pas la sémiologie ou sémiotique, l'une des bases de toute étude clinique.

Si l'on veut être à même d'utiliser cette arme merveilleuse, il est nécessaire de connaître ses visées et ses attributions. Il faut connaître : 1° les caractères propres du symptôme ; 2° toutes les conditions diverses qui peuvent donner naissance au symptôme, c'est-à-dire la pathogénie ; 3° les variétés que présentent les caractères propres du symptôme suivant les conditions génératrices ; 4° la gravité inhérente au symptôme ou pronostic ; 5° les indications diverses qu'il fournit au traitement, c'est-à-dire les connaissances thérapeutiques. L'analyse physiologique et l'analyse pathologique sont le complément indispensable de la sémiologie. Quant à la pathologie expérimentale, la maladie et le malade se dressent devant elle comme une barrière infranchissable : elle peut créer des accidents, elle ne crée pas une maladie ; elle peut créer des accidents glycosuriques, par exemple, elle ne crée pas le diabète.

En opérant sur des animaux préparés ou sains, on crée des blessés accidentels et non des malades, la maladie impliquant une prédisposition temporaire ou permanente. Les mutilés du physiologiste ne ressemblent en rien à des malades. La connaissance de la maladie ne peut surgir que de l'observation du malade. Ainsi se trouve bornée à une analyse symptomatique la portée de la physiologie et de l'expé-

rimentation. Les physiologistes et les expérimentateurs peuvent se rapprocher de la médecine comme les navigateurs qui longent des côtes sans débarquer jamais dans la contrée. Aussi le médecin, digne de ce nom, doit-il aborder le lit de son malade en *médecin* et non en physiologiste, ni en chimiste, etc.

En parlant ainsi, Messieurs, je ne saurais être suspect de parti pris, car nul plus que moi n'a contribué, par ses préceptes et par l'exemple, à la diffusion de cette méthode; aujourd'hui, comme il y a vingt ans, je reste convaincu, sans m'aveugler cependant au point de me faire confondre l'étude du malade avec la physiologie et l'expérimentation.

La clinique est le juge suprême et sans appel. En effet, des découvertes mémorables comme celles de Claude Bernard ont démontré le rôle du foie dans la fonction glycogène, et cependant la clinique a montré que le diabète pouvait exister avec un foie intact; qu'il pouvait ne pas se produire avec un foie altéré, qu'il pouvait aussi être absent ou existant avec une lésion de la veine porte. Frappés de ces quelques considérations, d'autres ont dit que la glycosurie pouvait résulter d'une insuffisance d'oxygène; et, partant de là, ils ont préconisé les inhalations d'oxygène dans le traitement du diabète. Mais la clinique, intervenant à son tour, a démontré l'impuissance des deux méthodes. Des recherches chimiques sur l'homme établissent que les bains frais présentent à la fois des avantages et des dangers chez les fébricitants; cependant la clinique prouve que, dans les fièvres prolongées du genre typhus, les bains frais sont un des agents les plus salutaires. La clinique est donc, vous le voyez, le juge suprême, et son omnipotence est si grande qu'elle s'étend même aux faits d'ordre pathogénique.

Les notions expérimentales sur les animaux sont tout un monde nouveau, et pourtant le clinicien les repousse quelquefois. Loin de moi de vouloir nier l'importance et l'exactitude des remarquables travaux de M. Pasteur, ni leurs conséquences possibles : l'atténuation des virus; ces notions, au contraire, je les accepte avec gratitude, avec une admiration véritable, mais... je suis médecin! Donc je m'enquiers des applications médicales et, après ce temps d'arrêt, je passe outre, contraint, à regret, de reconnaître, que les fruits de tant de labeurs sont encore voilés par les ombres de l'avenir.

Si nous examinons, en effet, les bénéfices que la clinique leur doit, que voyons-nous? Les éléments de la transmission ont été décelés, mais la transmissibilité était un fait connu depuis des temps énormes; le *comment du fait*, voilà le seul résultat de découvertes qui n'ont aucune application en médecine. Les microbes ne sont pas l'essence propre et primordiale des agents infectants, mais les purs véhicules de propriétés nocives puisées dans l'organisme où ils ont végété. De tous temps la médecine a étudié les conditions régionales, saisonnières et les individualités qui influent sur la transmission morbide; l'étude des microbes n'y a rien ajouté. Les microbes n'ont d'action que si l'organisme est en état d'être influencé; de là, deux conditions nécessaires : 1° l'absorption de l'agent infectieux; 2° le consentement de l'organisme.

Jusqu'ici donc, la médecine clinique est en droit de déclarer stériles les théories microbiennes. On dit aujourd'hui microbes là où l'on disait autrefois contages morbides. En résumé, quand on vise le microbe, on risque d'abattre le patient. La clinique est le juge suprême, et la barrière qu'elle oppose à la physiologie et à l'expérimentation, elle est prête à l'ouvrir pour un contrôle qui soit sa sauvegarde. Ainsi seulement il sera possible de faire de la clinique scientifique dans la mesure imposée par les intérêts du malade et de l'observation. Si on oublie ces règles fondamentales, si l'on méconnaît les bases de la médecine, on viendra échouer devant la méthode disséquante.

La clinique opère sur un terrain spécial, et nul artifice ne peut en reproduire, même de loin, les caractères; ce terrain, c'est l'homme malade. L'homme en expérience n'est pas l'homme malade, car il lui manque cet état de l'organisme qui constitue la prédisposition.

Votre devoir le plus impérieux est donc de ne pas oublier que l'analyse des symptômes n'est que le début et l'introduction de votre tâche, qui doivent faire place ensuite à une étude d'ensemble, laquelle prononce sur l'état général, source première et fondamentale des indications thérapeutiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 novembre 1883. — Présidence de M. Pouchet.

COMMUNICATIONS

Invagination intestinale provoquée par des ascarides. — M. **MÉGNIN** rapporte plusieurs cas, observés chez des animaux, d'accidents d'invagination intestinale mortels provoqués par la présence d'une quantité considérable d'ascarides dans l'intestin grêle. Ces accidents ont été constatés : 1° chez le cheval, deux fois, et chaque fois l'iléon était invaginé dans le cæcum, et plus de 400 helminthes (*Ascaris megalocephala* Cloq.) existaient dans la partie libre de l'intestin grêle; 2° chez de jeunes chiens, plusieurs fois; l'intestin grêle était invaginé dans le côlon; les parasites provocateurs étaient aussi au nombre de plusieurs centaines et appartenaient à l'espèce *Ascaris marginata* Rud.; 3° chez un pigeon; il y avait invagination de l'intestin grêle dans le côlon provoquée par de nombreux *Ascaris maculosa* Rud., et enfin 4° chez une perdrix; il y avait invagination semblable à la précédente provoquée par l'*Ascaris geniculata* Rud. Ces exemples prouvent que les entozoaires ne sont pas aussi inoffensifs que certains auteurs modernes, entre autres Davaine, le prétendent, et qu'ils peuvent provoquer des accidents mortels qui sont à ajouter à ceux d'obstruction intestinale complète que l'on a déjà constatés et causés par des pelotes d'helminthes.

Expériences sur le chloroforme et l'éther. — M. **PAUL BERT** rappelle les communications antérieures qu'il a faites sur la durée de survie et la mort fatale déterminée chez les animaux par une dose déterminée de chloroforme (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1882). On sait que ces expériences sont faites avec un mélange d'air et de chloroforme. La mort est d'autant plus rapide que le mélange est plus riche en chloroforme. Il résulte de ces expériences qu'il y a là uue voie nouvelle dans laquelle doivent s'engager les chirurgiens pour l'emploi du chloroforme.

M. Bert vient de faire, pour l'éther, ce qu'il a fait pour le chloroforme. Voici les résultats qu'il a obtenus : avec un mélange de 20 grammes d'éther et de 100 litres d'air, l'animal meurt au bout de deux heures et demie; avec 25 grammes d'éther pour 100 litres d'air, il meurt en deux heures un quart; avec 30 grammes, en une heure trois quarts; avec 40 grammes, en une heure; avec 50 grammes, en une demi-heure. Ces résultats sont tout à fait conformes avec ceux qu'a donnés le chloroforme. Dans les deux cas, même abaissement de la température.

M. Bert a étudié, en outre, l'influence de certains poisons sur ces anesthésiques. Si l'on donne à un chien 10 centigrammes d'atropine et qu'on lui fasse respirer ensuite un mélange de 10 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air, proportion qui, habituellement,

le tue en deux heures un quart, l'animal ne meurt qu'au bout de trois heures et demie et ainsi de suite. Cette action de l'atropine, qui consiste à retarder la mort par le chloroforme, est très importante et mérite qu'on s'y arrête. La morphine donne des résultats analogues, mais plus considérables encore. La durée de la survie est ainsi facilement doublée chez l'animal en expérience. La mort ne survient jamais par le cœur, mais toujours par la respiration. Celle-ci est considérablement ralentie sous l'influence de la morphine.

Contribution à la préservation cuprique dans les maladies infectieuses. — M. BURQ communique la note suivante :

« Dans ces derniers temps, dit-il, la préservation des maladies infectieuses par le cuivre s'est enrichie de faits et de documents précieux.

Nous avons eu l'honneur d'exposer les premiers dans la séance du 20 octobre et tout à l'heure nous dirons un mot des seconds. Mais, par contre, il a soufflé et il souffle encore sur la préservation professionnelle comme sur la préservation provoquée un vent contraire. Leurs adversaires ont profité d'un évènement malheureux entre tous, la mort de l'infortuné Thuillier, pour se donner libre carrière contre l'une et l'autre, et il n'est point jusqu'à l'antisepticité expérimentale des sels de cuivre, que les laboratoires de Montsouris, de l'École normale et de la Sorbonne avaient pourtant si bien mise en lumière, qui n'ait été mise en question.

Préservation professionnelle. — Parlons d'abord des nouveaux documents. Cette fois, ce sont des Anglais, MM. W. Brame et le docteur de Noé Walker, de Londres tous deux, qui nous font prendre une revanche sur ceux de leurs compatriotes qui, sur la question de la métallothérapie, en sont encore à la doctrine de l'*expectant attention* de Carpenter.

Dans une note qui a été lue à l'Académie des sciences le 11 septembre, M. Brame a confirmé tout ce que nous avions dit sur la préservation cholérique de Fahlun en Suède, et il a fait savoir que cette préservation était si avérée que, lors de l'une des dernières épidémies de choléra, la famille royale vint chercher sur ses mines de cuivre un refuge assuré et l'y trouva.

Le docteur Walker a, lui, publié à Londres une brochure : *On the prophylactic power of Copper* (cuivre) *in the cholera asiatic,* où il démontre à son tour le bien fondé de notre thèse sur la préservation professionnelle du choléra par le cuivre, par des observations personnelles faites sur des cuivreux de Londres, de Stones, de Deptford et d'Édimbourg. De plus, d'après notre confrère, dès 1851, si ce n'est avant, le professeur Betti aurait fait, en Italie, sur des mineurs de la vallée de Bisenzio, des observations semblables à celles du professeur Huss, en Suède, de Casiano del Prato, et de MM. Deligny et Rosway, ingénieurs français, en Espagne et en Portugal. Ce n'est pas là tout, il y a d'autres documents, mais nous sommes obligé d'abréger.

Passons maintenant la parole à nos contradicteurs.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 14 septembre, M. Bochefontaine avait exposé les résultats d'expériences faites dans le laboratoire de M. le professeur Vulpian qui ne tendaient rien moins qu'à dénier au cuivre la puissance antiseptique que lui avaient attribuée MM. Miquel, Chamberlan et Capitan, chacun de leur côté. La *Gazette des hôpitaux* a fait connaître, dans son numéro du 27 septembre, la réponse qui fut faite par M. Miquel, dès la séance suivante, par la bouche de M. le professeur Bouley. Nous y renvoyons.

M. Bochefontaine est revenu à la charge sous une autre forme. Dans la dernière séance de l'Académie (le 13 novembre), M. le professeur Vulpian a lu en son nom une nouvelle note d'après laquelle les chaudronniers de Villedieu, loin de jouir de la moindre immunité, auraient été frappés, comme les autres habitants de cette localité, si ce n'est pis, par les différentes maladies épidémiques.

C'est sur des recherches faites sur les lieux par un élève en médecine, M. Yacoub, que cette note est basée. Nous n'avons pas à nous expliquer ici sur l'esprit qui a présidé à ces recherches et à leur interprétation. Dès les premières lignes de la note, cet esprit y saute aux yeux. Mais déjà nous protestons énergiquement contre l'assimilation qui y est faite, sous le rapport de l'imprégnation cuprique, non seulement entre les ouvriers chaudronniers et leurs femmes et leurs enfants, mais aussi entre les autres habitants de la ville, sous le prétexte que, dès qu'on y pénètre, on sent, en quelque sorte, le cuivre à plein nez. Les poussières de la chaudronnerie, la *calamine*, comme on dit dans cette industrie, n'a pas la moindre odeur et ne voyage point, de sorte que ceux-là seulement qui martèlent le cuivre en planche pour lui donner la forme voulue, et les aides qui vivent à leurs côtés, ont droit à la préservation, si préservation il y a, pourvu encore, nous l'avons dit, que dans le même atelier il n'y ait point des chaudronniers en fer qui travaillent côte à côte des autres, mêlant des poussières de ce métal à celles du cuivre.

Sur la question si oui ou non les ouvriers de Villedieu ont été aussi indemnes de la fièvre et de la variole que les chaudronniers de Paris, nous ne savons rien, *quant à présent;* mais sur celle de leur immunité cholérique, nous possédons depuis trente ans, et nous avons publié en bon temps, le document suivant :

Mairie de Villedieu, le 15 octobre 1852 : « L'industrie locale de Villedieu est la fonte et la manipulation du cuivre. 350 individus au moins travaillent ce métal. *Pas un seul n'a été atteint du choléra, ni en* 1832 *ni en* 1849. — Pelletier, maire. »

Un correspondant du *Gaulois*, qui signe E. D. et paraît bien au courant des choses, écrivait dans ce journal, le 27 juillet dernier :

« Je puis vous attester personnellement qu'à Villedieu il n'y a jamais eu de choléra. Cette immunité n'aurait rien d'extraordinaire si on ne l'avait pas constatée pendant diverses épidémies où toutes les villes environnantes, Avranches, Vire, Granville, Coutances et tous les pays d'alentour, payaient leur tribut au fléau.

« Je me rappelle même qu'à la dernière épidémie, deux savants, dont M. Valenciennes, je crois, délégué, l'un par l'Académie des Sciences, et l'autre par l'Académie de Médecine, vinrent à Villedieu pour faire une sorte d'enquête. — E. D... »

Ab uno disce omnes, dirons-nous, en attendant que nous viennent de Villedieu les renseignements circonstanciés que nous avons demandés à l'autorité compétente. Ces renseignements, nous les ferons connaître, dès que nous les aurons reçus, avec la même sincérité scrupuleuse que nous avons toujours apportée dans nos recherches et que jamais personne ne nous dénia. Si Villedieu ne nous procure point des surprises de la nature de celles qui nous sont venues de Bornel ou que nous avons avons recueillies nous-même dans la succursale que cette usine possède à Paris, faubourg du Temple, 92, nous pourrons bien être troublé et éprouver quelque embarras à concilier ce fait négatif avec tant d'autres faits positifs relevés dans l'industrie parisienne, mais nous nous inclinerons. Seulement qu'il nous soit permis d'ores et déjà de renouveler nos réserves, et de faire bien observer, encore une fois, que la préservation cuprique de la fièvre typhoïde, comme de la variole, comme de la diphtérie, etc., n'a rien autre de commun avec celle du choléra que l'agent qui les relie toutes, le cuivre, et que, tandis que celle-ci est résolue et assise désormais sur le roc, les autres sont encore à l'étude. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 novembre 1883, M. Pajot, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à la Faculté de médecine de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique d'accouchements, vacante à ladite Faculté par suite du décès de M. Depaul.

— La liste de présentation des candidats à la chaire de pathologie interne, laissée vacante par la permutation de M. le professeur Jaccoud, doit être rectifiée de la manière suivante, en première ligne, M. Damaschino ; en deuxième ligne, M. Dieulafoy ; en troisième ligne, M. Grancher.

Les voix se sont réparties de la manière suivante :
Première place. — M. Damaschino, 28. — M. Lancereaux, 2.
Deuxième place. — M. Dieulafoy, 24. — M. Lancereaux, 6.
Troisième place. — M. Grancher, 18. — M. Duguet, 11.

— M. le professeur Brouardel est nommé membre du comité consultatif de l'enseignement public (commission de médecine et de pharmacie ; commission de scolarité), en remplacement de M. le professeur Parrot, décédé.

— Par décret, en date du 16 novembre 1883, M. Alix, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 2 juin 1878, a été nommé au grade de médecin principal de première classe dans les cadres des officiers de l'armée territoriale (emploi vacant par organisation).

— Les récompenses suivantes ont été décernées aux internes en médecine des hôpitaux de Bordeaux : Prix Delord, M. Biard; prix Livieux, M. Sengenne; prix de l'Administration, M. Princeteau; médailles d'argent, MM. Chevalier, Philippeau et Suzanne; médaille de bronze, M. Boisvert.

— Par décret, en date du 11 octobre 1883, M. le docteur Depautaine, conseiller d'arrondissement, a été autorisé à accepter et à porter la décoration d'officier du Nicham-Iftikar.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Morein (de Camarsac) et Ragaine, médecin de l'Hôtel-Dieu de Mortagne.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont maintenus dans les fonctions de maîtres de conférences, pendant l'année scolaire 1883-1884, à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Bordeaux :

MM. Lefour (accouchements) ; — Carles (chimie et pharmacie) ; — Bergonié (physique) ; — Périer (histoire naturelle).

M. Princeteau est nommé prosecteur d'anatomie ; MM. Conil et Edon sont nommés aides d'anatomie; M. Rochon-Duvigneaud est nommé préparateur du laboratoire d'histologie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Demon, agrégé, est maintenu, pour l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de chargé de cours d'anatomie.

M. Wertheimer, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1883-1884, du cours de physiologie, en remplacement de M. Laffont, appelé à d'autres fonctions.

M. Delplanque, bachelier ès sciences et ès lettres, est nommé aide-préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Berquet, démissionnaire.

M. Lhomme est maintenu, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de préparateur de chimie organique.

M. Leroy, agrégé, est nommé chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Perret, agrégé, est chargé provisoirement du cours de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Vinay, dont la délégation est expirée.

M. Cénas, aide d'anatomie, est délégué, jusqu'au prochain concours de prosectorat, dans les fonctions de prosecteur, en remplacement de M. Imbert, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bouisson, professeur de médecine opératoire, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1883-1884, par M. Serre, agrégé.

— *Faculté de médecine de Nancy.*— M. Macé, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1883-1884, d'un cours d'histoire naturelle et botanique médicale.

M. Weiss, agrégé, est chargé du cours de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Michel, décédé.

M. Vuillemin est maintenu, jusqu'au 1er janvier 1884, dans les fonctions d'aide d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Cesbron (Jean-Baptiste) est nommé préparateur du cours de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Berger, dont la délégation est expirée.

M. Royer (Fernand) est nommé préparateur de physique et histoire naturelle, en remplacement de M. Camaret, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Frébault, professeur de pharmacie est, transféré, sur sa demande, dans la chaire de chimie vacante à ladite école, par suite du décès de M. Filhol.

M. Labéda, professeur de médecine opératoire, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire.

M. Lamic, suppléant d'histoire naturelle, est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Rigollot est maintenu, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de chef des travaux de physique.

M. Morel, licencié ès sciences physiques, est nommé chef des travaux du laboratoire de chimie appliquée (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Hérail, licencié ès sciences naturelles, pourvu du diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe, est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Granel, appelé à d'autres fonctions. — M. Hérail est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1883-1884, des fonctions de chef des travaux pratiques de botanique.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Gosselet (Adolphe), bachelier ès sciences et ès lettres, est nommé préparateur-adjoint de la chaire de géologie et de minéralogie.

M. Brunotte (Camille-Marie-Gabriel), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de zoologie, en remplacement de M. Koehler, appelé à d'autres fonctions.

M. Haller, docteur ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1883-1884, d'un cours complémentaire de chimie.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — M. Held, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de minéralogie et hydrologie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Raymond, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'anatomie pathologique, le jeudi 22 novembre 1883, à deux heures de l'après-midi, à l'École pratique, rue Vauquelin, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

— Les travaux pratiques de chimie du premier semestre de l'année scolaire 1883-1884 commenceront dans l'ordre suivant : les élèves de la première série le mardi 20 novembre, les élèves de la seconde série le mercredi 21 novembre, et les élèves de la troisième série le jeudi 22 novembre. Ils auront lieu de huit heures à dix heures et demie du matin et continueront les mardis, mercredis et jeudis de chaque semaine, à la même heure.

Les étudiants de première année sont invités à se rendre à l'École pratique aux jours et heures indiqués ci-dessus selon la série où ils sont classés.

— M. le docteur V. Audhoui commencera ses leçons cliniques sur les maladies de l'estomac, à l'hôpital de la Pitié, le jeudi 22 novembre 1883, à neuf heures et demie, et les continuera les jeudis suivants à la même heure, à l'amphithéâtre n° 3.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours public sur les maladies des voies urinaires, le mardi 20 novembre, à cinq heures, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur L. Manouvrier, préparateur au laboratoire d'anthropologie de l'École des Hautes Études, chargé de suppléer M. le docteur Dally, commencera ses leçons d'ethnologie le mercredi 21 novembre 1883, à quatre heures, à l'École d'anthropologie, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Il traitera des différences sexuelles dans l'espèce humaine, au point de vue anatomique, physiologique et sociologique.

— *Muséum.* — M. le professeur G. Pouchet commencera son cours d'anatomie comparée le mardi 20 novembre 1883, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, 55, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le mardi et le jeudi, le professeur traitera de l'anatomie comparée et générale des animaux articulés et vertébrés. Le samedi, conférence pratique à la même heure. Les élèves, pour suivre ces conférences, devront se faire inscrire d'avance au laboratoire d'anatomie comparée.

— Les travaux du laboratoire d'enseignement de zoologie anatomique commenceront au Muséum d'histoire naturelle, le lundi 26 novembre 1883; ils auront lieu tous les jours, de midi à quatre heures du soir, pendant le semestre d'hiver. Ils consistent en dissections, autres exercices pratiques et conférences. Le laboratoire de recherches de l'École pratique des Hautes-Études restera ouvert pendant toute la durée de l'année scolaire 1883-1884. Les étudiants qui voudraient prendre part à ces travaux devront s'inscrire, de midi à quatre heures du soir, au laboratoire de zoologie, rue de Buffon, 55.

— Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative des tissus constitutifs des animaux ont lieu tous les jours, de midi à cinq heures de l'après-midi, sous la direction de MM. Ch. Robin et Pouchet, au laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, 55, où MM. les élèves doivent se faire inscrire auprès de M. le docteur Huet, directeur-adjoint.

Aide-mémoire du médecin auxiliaire de l'armée. Préparation à l'examen d'aptitude d'après le programme officiel du 22 juillet 1883, par le docteur Amédée Chassagne, médecin-major de première classe. In-16 de 140 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ollier-Henry.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15344

N° 134. — JEUDI 22 NOVEMBRE 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 22 NOVEMBRE 1883. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Histoire des Médecins arabes et de l'École de Salerne. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. Circulaire relative aux conditions d'études des officiers de santé. — Réorganisation du service de l'inspection médicale des établissements scolaires publics de la ville de Paris. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance courte, terminée par un comité secret très long, où ont été examinés les titres des candidats pour la place d'académicien libre, à laquelle il sera pourvu dans la séance prochaine. Pendant l'heure qu'a duré la séance publique, l'Académie a entendu une communication de M. Fauvel sur le choléra d'Égypte, dont on trouvera les conclusions dans le compte-rendu ; une courte note de M. le docteur Queirel (de Marseille) sur l'ictère de la grossesse ; et une réclamation de M. Colin (d'Alfort) à l'occasion du rapport sur le prix Portal, lu dans la dernière séance. Ni dans le rapport, ni dans le mémoire qui en était l'objet et qui traite « du système lymphatique au point de vue pathologique », il n'a été question, paraît-il, des recherches et des expériences nombreuses que M. Colin a faites depuis un bon nombre d'années déjà sur ce sujet. M. Colin a usé de son droit strict en rappelant ces travaux.

La rentrée de M. Rochard à l'Académie, après la longue absence dont tout le monde a connu le triste motif, a été le véritable évènement de la séance. Il y a reçu un accueil bien mérité sans doute, mais auquel il n'a pas moins dû être sensible.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire des Médecins arabes et de l'École de Salerne.

Le cours d'histoire de la médecine aurait pu commencer cette année au milieu de préoccupations exceptionnelles. L'Europe et la France redoutent encore l'invasion du choléra dont elles ont déjà trop éprouvé les ravages. Une mission envoyée en Égypte nous revient sans l'un de ses membres, Louis Thuillier, mort pour la science. Vous savez que je cherche constamment l'occasion favorable pour vous instruire et que l'histoire doit être utile en rattachant le présent au passé. C'est vous dire que j'ai pris pour sujet principal du cours, les Pandémies et les Quarantaines. Je commencerai bientôt l'étude du fléau toujours menaçant, le choléra asiatique.

Mais, dans cette première leçon, je veux exposer rapidement un sujet d'un grand intérêt. Nous avons déjà vu ensemble beaucoup de médecine grecque et romaine ; vous connaissez les Hippocratiques, Galien et ses œuvres. Je vous ai parlé de la renaissance médicale ; je vous ai fait connaître la biographie des grands anatomistes italiens et celle de Harvey. Il existe une transition, il y a un lien entre ces époques mémorables. La médecine des Grecs, après la chute de l'Empire romain sous les coups des barbares, semble disparaître. Gardez-vous de le croire ; elle passe en d'autres mains conquérantes. Quelle est la part des Arabes dans l'histoire des sciences médicales ? Quel a été leur véritable rôle ? Tel est l'importante et difficile question qui va nous occuper.

Pour que vous ayez sous les yeux la marche de la médecine antique, et, pour préciser la période des médecins arabes, j'ai fait dresser cette carte. Suivez avec moi, en Grèce, la médecine depuis Homère et les poètes. Remarquez l'École hippocratique, dans cette île, à Cos, et en face Cnide, sa rivale, placée sur le continent. Venons en Égypte, voici Alexandrie ; la science médicale y reste grecque ; je vous ai dit souvent et j'affirme qu'elle n'a rien emprunté aux Égyptiens. D'Alexandrie, où l'anatomie est florissante, mais où les systèmes médicaux luttent avec acharnement, la médecine émigre à Rome. Je vous rappelle, et Celse, au Ier siècle de notre ère, et Galien, au IIe siècle ; puis paraissent tant à Rome qu'à Byzance, les compilateurs Oribase, Aëtius, Paul d'Égine.

Pendant que la médecine gréco-romaine, après avoir atteint sa splendeur, son apogée, tombait en décadence, une nation se formait avec des éléments dispersés. Mahomet, au VIIe siècle, réunit les diverses tribus arabes et les successeurs du Prophète soumettent à leur joug les provinces et les royaumes. Le flot envahisseur s'étend comme un torrent débordé, il remonte en Asie jusqu'en Perse et atteint les frontières de la Chine ; d'autre part, il dépasse au nord de l'Afrique Tunis et le Maroc, puis il couvre l'Espagne et arrive jusque dans les plaines de Poitiers. Là, il est arrêté par notre Karl Martel. Enfin, il redescend en Espagne et retourne en Afrique. Il nous faut apprécier ce que devient la médecine chez les Arabes, avant, pendant et après leur domination.

I

Le caractère primitif des tribus arabiques n'était pas la barbarie ou l'état presque sauvage des hordes du Nord, qui avaient envahi l'Empire romain. La chaleur du climat, la vie

nomade, pastorale ou guerrière, portaient les Arabes à la contemplation ; leur imagination ardente, l'énergie de leurs sensations, leur donnaient pour la poésie un talent réel. Leur médecine était superstitieuse et naïvement empirique ; ils employaient des formules magiques pour éloigner les génies malfaisants.

La route de la mer Rouge les mit plus tard en rapport avec l'immobile Égypte. Ce furent peu à peu les idées philosophiques des Grecs, les maximes juives, la morale des chrétiens, qui arrivèrent jusqu'à la Mecque ; il en résulta un état particulier d'exaltation des esprits ; l'islamisme trouva le terrain favorablement disposé. . . . .

A la voix de Mahomet (Mohammed ben Abdallah el Nabi) fuyant la Mecque (Hégire, 16 juillet 622 de J.-C.) et donnant les préceptes du Coran, code religieux, civil et politique, une armée se forme pour la conquête et grossit de jour en jour. Ce n'est pas longtemps avant l'Hégire que l'écriture arabe avait été fixée. N'ayant besoin que de troupes aguerries, Mahomet, qui, dit-on, ne savait ni lire ni écrire, regardait la science d'un mauvais œil, comme beaucoup d'ambitieux et de conquérants ; il avait même décrété la peine capitale contre ceux qui se livreraient exclusivement aux arts libéraux. Dans ces conditions, la science médicale ne pouvait pas se développer ; au plus, les devins pouvaient-ils trouver place dans les rangs de la troupe fanatique. Tant pis pour ceux que le combat mutilait ou blessait, tant pis pour ceux que l'épidémie frappait : c'était écrit. Les malheureux acceptaient leur sort en silence, et les compagnons d'armes victorieux passaient et délaissaient les malades pour aller toujours en avant.

Avec Mahomet et son premier successeur Abou Bekhr, l'École d'Alexandrie était encore debout. Les Arabes s'emparent de la ville sous le Khalifat d'Omar en 641, elle est saccagée ; les dépôts de livres, ce qui pouvait rester des bibliothèques anciennes, est détruit. L'incendie de la bibliothèque d'Alexandrie a été révoqué en doute par de grandes autorités, entre autres par de Humboldt et par Renan. L'événement mérite d'être discuté ; précisons les faits. Il est incontestable que les Ptolémées ont établi une bibliothèque fameuse à Alexandrie, ville grecque plutôt qu'égyptienne. Ils se procuraient de toutes parts des livres, ils en faisaient prendre des copies payées fort cher, ils avaient même les ouvrages choisis de la petite table, ainsi que je vous l'ai dit en parlant des Livres hippocratiques. Cette bibliothèque des Ptolémées, placée dans le faubourg *Bruchium*, a été brûlée quarante-sept ans avant notre ère, le feu ayant été communiqué à la suite de l'incendie mis à la flotte dans le port par Jules César. De plus, une seconde bibliothèque, un dépôt de livres du *Sérapeum*, comprenant probablement les parchemins de Pergame apportés à Alexandrie, fut à son tour pillée dans une émeute populaire vers 389. Vous trouverez sur ce sujet des détails qui vous intéresseront, dans un article de mon collègue et ami le professeur Le Fort, paru dans la *Gazette hebdomadaire* de 1875. Par conséquent, il ne devait rester à Alexandrie que peu de chose des premières bibliothèques. Néanmoins la célèbre École devait posséder des dépôts publics, ou lui appartenant, soit de livres, soit des copies d'anciens papyrus ainsi que des plus précieux parchemins. A mon avis, ce sont tous ces derniers ouvrages que la prise d'Alexandrie a fait disparaître. Il n'a dû être sauvé que les copies possédées par des particuliers, plus les livres dérobés pendant le pillage, livres qui ont été recueillis et mis au jour dans la suite.

On a parlé de la bibliothèque d'Alexandrie renfermant 700,000 volumes, de celle de Pergame en contenant 200,000 ; nous verrons celle de Cordoue en posséder 600,000. Il est bon de s'entendre à cet égard. Les feuilles de papyrus ou de parchemin, composant un livre, formaient un cahier assez épais qui devenait un volume. Or, quand un auteur avait écrit dix, quinze, trente livres, qui aujourd'hui ne forment qu'un seul de nos volumes, il y en avait jadis quinze ou trente, séparés, distincts, plus ou moins épais. En fin de compte, la bibliothèque d'Alexandrie, avec ses 700,000 volumes, serait réduite à 50,000 des nôtres, nombre déjà très remarquable pour l'époque ; celle de Pergame aurait atteint au plus 15,000 de nos volumes.

Sur quelles données s'appuie l'incendie spécial par les Arabes de la bibliothèque d'Alexandrie ? On en trouve le récit dans Aboulfarage Grégoire, dont je vous parlerai comme médecin historien des Khalifats d'Orient au XIII[e] siècle. Ce récit net, circonstancié, est inséré dans la biographie de Jean le Grammairien, autrement dit Philoponus, qui était contemporain de la prise d'Alexandrie et qui a pu en être témoin comme Paul d'Égine, suivant la remarque du docteur René Briau. Mais tout ce que dit Aboulfarage est extrait littéralement du *Kitab el hokama* de Djemal Eddin, le plus grand bibliophile qu'aient eu les Arabes et qui écrivait d'après Abd Ellatif et peut-être d'après le *Fihrist* de Ben Ishaq Eb en Nedim, ces derniers auteurs éloignés de 600 ans de la prise d'Alexandrie. Il en résulte une transmission de plusieurs mains. Le récit d'Aboulfarage n'est pas, comme on l'a dit, de fantaisie ou de polémique, mais il s'amplifie trop et il tient de la légende pour l'indication des livres brûlés, servant pendant plus de six mois à chauffer des bains publics.

En résumé, tout en admettant la destruction répétée, au moins partielle, d'anciennes bibliothèques dans Alexandrie, avant la prise de la ville par les Arabes en 641, je crois avec Matter, avec mon savant collègue le professeur Verneuil, dans sa Conférence historique sur les Chirurgiens érudits, avec le docteur Lucien Leclerc, à la perte par le feu, ou n'importe de quelle manière, de ce qui pouvait rester des dépôts publics de livres à Alexandrie. La perte a été causée par l'invasion arabe sous le Khalifat d'Omar ben Kattab, troisième successeur du Prophète. Le grand fait historique après la prise d'Alexandrie a été la dispersion des savants, ainsi que le déplacement du foyer scientifique, s'opérant dès lors de plus en plus vers l'Orient.

Deux siècles se passent pendant lesquels les Arabes, trop fidèles aux préceptes rigoureux du Koran, hostiles aux recherches intellectuelles, ravagent par le fer et par le feu les contrées soumises. Mais, à leur tour, les redoutables vainqueurs éprouvent, conformément à une loi démontrée par l'histoire, l'action civilisatrice des peuples vaincus. Les chefs de l'Islam, les Khalifes, comprennent l'influence bienfaisante des sciences et des arts. Les Abassides surtout se montrent les protecteurs éclairés des savants ; ils les attirent à leur cour et encouragent leurs travaux.

Après la conquête, l'instruction scientifique est venue aux Arabes de plusieurs côtés ; leurs premiers précepteurs ont été nombreux. D'abord, les Nestoriens hétérodoxes qui avaient fondé l'École persane de Djondisabour où ils enseignaient la philosophie et la médecine, puis des Grecs et des Juifs chassés d'Alexandrie, des chrétiens syriaques, des péripatéticiens persécutés à Athènes et réfugiés en Orient.

Les médecins arabes sont extrêmement nombreux ; on en connaît plusieurs centaines d'après les patientes recherches

de Lucien Leclerc. Pour vous faire connaître et apprécier les principaux de ces médecins dont les œuvres nous sont parvenues, je ne suivrai pas leur nationalité dans les États musulmans, Perse, Irak, Syrie, Égypte, Magreb, Espagne, ni une rigoureuse indication chronologique. J'établirai deux divisions : 1° les médecins des Khalifats d'Orient; 2° ceux qui ont appartenu aux Khalifats d'Occident. J'insisterai sur la biographie des plus célèbres d'entre eux.

II

Le traité le plus ancien que les Arabes aient possédé est de Aaron (Ahroun ou Haroun el Quass); ce traité est perdu, sauf quelques fragments. Je vous ai fait remarquer un grand nombre d'ouvrages qui ne nous sont point parvenus, qui ne sont connus que par ce que d'autres auteurs en ont rapporté. Aaron vivait dans la première moitié du VIIe siècle; il était contemporain de Paul d'Égine. C'était un prêtre d'Alexandrie et avant le sac de la ville, il avait composé en grec un ouvrage formé de trente livres et intitulé *Pandectes* de médecine, Compendium ou Traité de l'art de guérir. Ces livres furent traduits en syriaque par un juif de Bassora, nommé Masserdjouih ou encore Masserdjis, et par Gosius (Djasious) d'Alexandrie. D'après ce qu'en ont dit Razès et Ali Abbas, les Pandectes étaient des extraits d'écrivains dogmatiques principalement de Galien. Je vous parle d'Aaron parce qu'il a donné une des premières descriptions de la petite vérole, maladie communiquée cinq cents ans auparavant aux Sarrasins par les peuples d'Éthiopie.

Aux VIIIe et IXe siècles, plusieurs familles médicales se font estimer, comme médecins des souverains et surtout comme traducteurs d'ouvrages. Remarquez bien cette pléiade de traducteurs jouant un grand rôle dans l'essor arabe. Rappelez-vous que les Khalifes orientaux aimaient et favorisaient les arts de la paix. Vous savez qu'après avoir affermi sa puissance, Almanzor le Grand (Mansour) fit bâtir la ville de Bagdad en 762, et que l'un de ses successeurs, Haroun-Errachid ou al Raschid, contemporain de Charlemagne, établit dans cette ville des écoles, des hôpitaux, des pharmacies publiques. Almamon (Mamoun), son deuxième fils, institua une Académie à Bagdad et y appela les savants de tous les pays, sans distinction de religion; il récompensa leurs travaux et se fit un honneur de les partager. Par ses ordres, on achetait de tous côtés des manuscrits qu'il faisait traduire en langue arabe. Bagdad avait acquis une renommée universelle; on accourait pour suivre les leçons de son collège de médecine; le nombre des savants, des professeurs et des élèves de l'Académie de Bagdad était considérable, on a dit qu'il s'était élevé jusqu'à 6,000.

Une famille de médecins nestoriens, connue sous le nom de Bakhtichou ou Batischwa, se rendit célèbre à la cour des Khalifes. Georges (Djordjis), le premier Bakhtichou, quitta Djondisabour pour venir à Bagdad auprès d'Almanzor. Son fils vint aussi plusieurs fois à Bagdad. Le plus important des Bakhtichou fut Gabriel (Djabril), très favorisé par Haroun al Raschid auquel il sauva la vie et dont il guérit la favorite. Les derniers Bakhtichou ont eu bien moins de renom.

Je vous signalerai encore, parmi les médecins nestoriens, Mésué et ses fils, dont le plus célèbre appelé l'ancien ou Jean fils de Mésué (Iahya ou Iouhanna ben Massouih), était pensionné à la cour d'Haroun et enseignait la médecine; il ne paraît pas avoir été praticien. Son disciple Honein (Honein ben Ishaq), natif de Hira, est une des grandes figures du IXe siècle; il devint médecin du Khalife Moutaouakkel. Sprengel dit qu'il mourut empoisonné, mais sans preuves suffisantes. Honein a été le traducteur par excellence, le plus scrupuleux de tous, n'ayant jamais omis un seul mot, ni commis de contresens. Il reproduisit en arabe Hippocrate, Galien, Pline, Ptolémée et Paul d'Égine. Les deux fils Isac (Ishaq ben Honein) et David (Daoud ben Honein) sont aussi des traducteurs. De plus, Hobeich, fils de la sœur de Honein, s'est lui-même distingué par ses traductions comme les autres membres de la famille, et on a de lui un ouvrage médical où les subtilités abondent. Costa ben Luca, de Balbek, Tsabet ben Corra, de Harran, ont été des traducteurs éminents s'occupant de Galien, mais aussi des mathématiciens et des astronomes de l'antiquité.

Avant d'arriver à Razès, je mentionnerai Jean, fils de Sérapion ou Sérapion l'ancien (Iahya ben Serapion), appelé plus tard Janus Damascenus, parce qu'il était né à Damas. Le livre de Sérapion, intitulé *Kounnach* ou *Aggregator*, était écrit primitivement en syriaque; il fut traduit d'abord en arabe et plus tard en latin par Gérard de Crémone, qui l'appelle *Breviarium;* puis par Alpago, sous le titre de *Practica.* Quant à El Khendi (Abou Yousef Iakoub ben Ishaq el Khendy) ou Alkhendi, de race noble, et qui jouissait d'une grande considération à la cour d'Almamon et d'Almotassem, connaissant la science des Grecs, des Persans et des Indiens, c'est un écrivain fécond et ses ouvrages philosophiques l'ont fait placer au rang des magiciens.

Il me tarde de vous parler de Razès dont le nom arabe est : Abou Bekr Mohammed ben Zakarya Errasy. Au sujet du nom de Razès, permettez-moi de vous faire observer que les biographes arabes mettent généralement en évidence, en vedette pour ainsi dire, le nom le plus connu de la personne qu'ils veulent désigner, que ce soit le nom vrai ou un surnom. La nomenclature classique se compose de noms qui indiquent la paternité, le nom propre, la filiation, poursuivie parfois assez loin pour éviter la confusion avec des homonymes, enfin les surnoms tirés de la patrie, de la profession même du père, de l'habitat, etc. A une certaine époque on a ajouté des surnoms d'ordre religieux ou politique, tels que Nour Eddin, la lumière de la religion, Adhad Eddoulah, le bras ou le soutien de l'État. Ceci posé, Abou Bekr Mohammed ben Zakarya Errazy désigne un Mahomet, le père de Bekr, le fils de Zacharia, *natif de Rey*, dont nous avons fait *Razès.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre 1883. — Présidence de M. HARDY.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend : 1° les lettres de candidature de MM. Siredey, Bouchard, pour la section de pathologie médicale, et Queirel (de Marseille), pour le titre de correspondant; 2° une note de M. le docteur Durand (de Marseillan), intitulée : *De l'influence des revaccinations en masse sur un début d'épidémie de variole* (commission de vaccine); 3° une lettre de M. le docteur Burq, en réponse à la note communiquée dans la dernière séance par M. le docteur Bochefontaine, sur la préservation cuprique; 4° une nouvelle note de M. Bochefontaine sur le même sujet; 5° une relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné sur le 7e cuirassiers à Paris, par M. Bourgeois, médecin-major.

Pendant les présentations d'ouvrages faites par divers membres, M. Rochard étant entré en séance, **M. LE PRÉSIDENT** s'est levé et lui a adressé la bienvenue au nom de tous ses collègues.

M. ROCHARD, montant à la tribune, a adressé en termes émus ses remerciements à l'Académie pour le bienveillant intérêt qu'elle lui a témoigné à l'occasion de l'accident dont il a failli devenir victime. Il remercie surtout publiquement ceux de ses collègues qui lui ont prodigué des soins si affectueux. Il ne pourra répondre à ces témoignages d'intérêt, si flatteurs pour lui, que par le zèle qu'il compte mettre à l'avenir à assister aux séances de l'Académie et à prendre part activement à ses discussions et à ses travaux. « Il ne me reste plus, ajoute-t-il, de cet accident qu'un peu de plomb dans le côté droit de la poitrine et une immense reconnaissance dans le cœur pour tous mes collègues. » (Applaudissements unanimes.)

COMMUNICATIONS

Rôle des lymphatiques dans la pathogénie des maladies virulentes. — **M. COLIN** (d'Alfort) prend la parole pour une question de priorité. Dans le rapport sur le prix Portal, lu à la dernière séance, M. Peter a donné un résumé des opinions exprimées sur la pathologie du système lymphatique par l'auteur du mémoire envoyé au concours.

Ce résumé pèche par deux points : 1° en ce qu'il présente à titre de simples probabilités des choses parfaitement démontrées, d'une part, et, d'autre part, en ce qu'il laisse penser que ces choses démontrées sont propres à l'auteur du mémoire ou qu'elles appartiennent au domaine public.

M. Colin croit devoir, en conséquence, réclamer la démonstration de deux faits d'une importance capitale sous le rapport de la pathogénie des affections virulentes : l'un est relatif à la tuberculose, l'autre aux maladies charbonneuses.

Il rappelle qu'en 1867, alors que M. Villemin expliquait l'inoculabilité du tubercule par un virus attaché à la matière tuberculeuse, ces faits, ainsi que d'autres qui en étaient la conséquence, avaient été établis et mis en évidence pour la première fois par ses expériences auxquelles on ne fait pas la moindre allusion.

Relativement aux affections charbonneuses, je crois, dit M. Colin, avoir le premier déterminé expérimentalement le rôle des vaisseaux et des ganglions lymphatiques dans l'absorption, la localisation, le transport, la régénération et la destruction des agents virulents.

Ictère dans la grossesse. — **M. QUEIREL** (de Marseille) dépose sur le bureau une note sur l'ictère de la grossesse.

Cette note est résumée par les conclusions suivantes, dont l'auteur donne lecture. Il faut en arriver à admettre :

1° Un ictère du début de la grossesse lié à un état morbide du canal alimentaire ;

2° Un ictère de la fin de la grossesse dû à la compression des conduits excréteurs ;

3° Enfin un ictère pouvant se rencontrer à toutes les époques de la grossesse et dû à une maladie du foie lui-même, qui, elle aussi, est sous l'influence de l'état gravide. (Renvoyé à la commission des correspondants nationaux.)

Choléra en Égypte. — **M. FAUVEL** se propose, dans la note qu'il va lire, de mettre en garde l'opinion publique contre les interprétations fautives qui ont été données au sujet des nouvelles manifestations du choléra à Alexandrie.

Mais avant d'aborder le sujet, il croit devoir rappeler à l'Académie que les prévisions exposées dans sa communication du 24 juillet dernier ont été complètement justifiées par les événements. La marche annoncée de l'épidémie cholérique en Égypte, sa courte durée, son extinction dans un délai déterminé, ainsi que les conséquences qui en résultaient au point de vue de la préservation de l'Europe, tout cela a été vérifié de point en point.

M. Fauvel y voit la preuve que ces prévisions n'étaient point de simples assertions fondées sur des vues théoriques, mais reposaient sur des lois appuyées sur une longue observation.

Des considérations renfermées dans ce travail, M. Fauvel déduit les propositions suivantes :

1° Les prévisions émises dans ma communication du 24 juillet ont été sanctionnées par les événements.

2° Le rapport de M. Mahé tranche dans le sens de l'affirmative la question de l'importation du choléra à Damiette.

3° Les récentes manifestations du choléra à Alexandrie, à partir du 18 octobre, n'annoncent pas une reprise de l'épidémie éteinte partout en Égypte, mais étaient seulement des cas dus à des circonstances locales et individuelles, sans action sur la masse de la population protégée par l'immunité qu'elle a acquise.

En revanche, ces cas stériles en Égypte peuvent propager le choléra en Europe par importation.

4° L'apparition du choléra à la Mecque plusieurs années de suite parmi les pèlerins n'est pas en contradiction avec la loi de l'immunité, attendu que le personnel du pèlerinage se renouvelle chaque année, tandis que la population fixe du pays souffre peu.

5° Le retour des pèlerins contaminés, peu redoutable pour l'Égypte, serait, par leur passage dans le canal de Suez dangereux pour l'Europe si des mesures de préservation ne sont pas prises convenablement.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Mesnet sur les candidats à la place vacante dans la section des académiciens libres.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Circulaire relative aux conditions d'études des aspirants au titre d'officier de santé.

Paris, 8 novembre 1883.

Monsieur le recteur,

Le décret du 1er août 1883 a réglé les bases d'après lesquelles doivent être réorganisées les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Cette réorganisation permettra aux aspirants au doctorat en médecine de recevoir dans ces Écoles l'enseignement des trois premières années, tel qu'il a été arrêté par le décret du 20 juin 1878, et aux candidats au titre d'officier de santé, de faire les études complètes prescrites par le décret du 1er août 1883.

En vous transmettant ces règlements, le 10 août dernier, je vous ai fait connaître les considérations générales qui ont déterminé le Conseil supérieur de l'instruction publique à les approuver. Je vous adresse aujourd'hui les instructions nécessaires à l'application des dispositions relatives aux officiers de santé.

Aux termes de l'article 20 du décret d'administration publique du 22 août 1854, les aspirants au titre d'officier de santé devaient justifier de douze inscriptions dans une Faculté, et de quatorze inscriptions dans une École préparatoire. L'expérience a montré que cette scolarité était insuffisante et, dans l'enquête qui a précédé l'adoption des décrets du 1er août, un certain nombre d'Écoles préparatoires ont demandé que la durée de cette scolarité fût augmentée de six mois. On a constaté d'ailleurs que, dans la pratique, les étudiants ne s'en tenaient pas aux limites fixées par le décret du 22 août, et prolongeaient de plusieurs trimestres leur séjour à l'École ou à la Faculté.

Le Conseil supérieur a adopté ce vœu, et la disposition qui le consacre fait l'objet du premier paragraphe de l'article 1er du décret du 1er août. Cette mesure supprime la distinction établie par le décret de 1854 entre la durée des études dans les Facultés et dans les Écoles préparatoires. A l'avenir, les candidats à l'officiat prendront seize inscriptions trimestrielles, aussi bien dans les Écoles préparatoires que dans les Écoles de plein exercice et dans les Facultés de médecine.

Le règlement du 23 décembre 1854 a exigé, pour pouvoir prendre la première inscription d'officiat, la production d'un certificat constatant un examen subi avec succès sur les connaissances enseignées dans la division de grammaire des lycées. Il est reconnu actuellement que cet examen ne représente, dans la plupart des cas, qu'une somme de connaissances insuffisantes pour entrepren-

dre les études médicales du second degré ; la partie scientifique notamment faisait presque entièrement défaut. Pour remédier à une situation dont les inconvénients ont été fréquemment signalés, il a été décidé (art. 1er, § 2) qu'à défaut d'un diplôme de bachelier, le candidat au titre d'officier de santé justifierait à l'avenir, pour prendre la première inscription, du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme du cours moyen de l'enseignement secondaire spécial. Cette combinaison permet aux Facultés ou Écoles de médecine de recruter, comme par le passé, les candidats à l'officiat parmi les élèves de l'enseignement classique ; elle permet, en outre, aux élèves de l'enseignement spécial d'utiliser leur certificat pour des études qui leur étaient interdites auparavant.

Vous aurez à constituer le jury pour l'examen complémentaire sur les éléments des sciences physiques et naturelles.

Les cours tels qu'ils ont été complétés dans les Écoles préparatoires par le décret du 1er août, et tels qu'ils existent dans les Écoles de plein exercice et dans les Facultés, permettent aux candidats à l'officiat de suivre dans ces différents établissements un enseignement uniforme. La première année sera occupée par l'étude de la physique, de la chimie, de l'histoire naturelle, de l'ostéologie et de l'arthrologie. Pour ces deux dernières parties du programme, les cours n'existent pas en première année ; les Facultés et Écoles devront donc prendre les mesures nécessaires pour que les candidats à l'officiat, élèves de première année, puissent être admis aux conférences d'ostéologie et d'arthrologie faites, au commencement de la deuxième année, pour les aspirants au doctorat.

Les matières indiquées pour les deuxième, troisième et quatrième années rentrent dans le cours normal de l'enseignement : il ne peut donc y avoir à ce sujet aucune difficulté (art. 2).

Le décret du 20 juin 1878, qui a réorganisé les études du doctorat en médecine, a rendu obligatoires, pour les aspirants à ce grade, les exercices pratiques, mais il n'a pas imposé la même obligation aux candidats à l'officiat. Il en est résulté que, pour cette dernière catégorie d'élèves, les exercices pratiques les plus importants sont facultatifs, comme par le passé. L'article 3 du décret du 1er août assujettit les aspirants à l'officiat à prendre part aux exercices pratiques indispensables à leur instruction professionnelle. Ces travaux pratiques portent :

En première année, sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle ;

En deuxième année, sur l'anatomie et la physiologie ;

En troisième année, sur l'anatomie, la physiologie et la médecine opératoire.

Pendant la quatrième année, les aspirants à l'officiat, pour se préparer aux épreuves pratiques élémentaires des examens définitifs, continueront à prendre part aux exercices pratiques d'anatomie et de médecine opératoire.

La réorganisation de l'enseignement dans les Écoles préparatoires et la durée actuelle des études ont également pour conséquence de rendre obligatoires dans les Facultés, aussi bien que dans les Ecoles, les trois examens de fin d'année que doivent subir les candidats à l'officiat. Ces examens (article 5) portent sur les matières suivantes :

Première année, physique, chimie, histoire naturelle et premiers éléments d'anatomie (ostéologie, arthrologie);

Deuxième année, anatomie descriptive et physiologie ;

Troisième année, pathologie interne et pathologie externe.

Ces examens sont nécessairement subis après la clôture des cours ; le candidat qui échoue à cette époque peut se présenter de nouveau devant les mêmes juges au mois de novembre suivant, mais s'il est encore refusé, le cours de ses inscriptions est suspendu, jusqu'à ce qu'il ait réparé son échec. Pendant cette période, l'étudiant ne peut en aucun cas prendre part aux exercices pratiques de l'année pendant laquelle il lui est interdit de prendre des inscriptions; mais, sur sa demande, il peut être autorisé à s'inscrire aux travaux pratiques afférents à l'année d'études, à la suite de laquelle il a échoué. Il est essentiel que cette disposition soit rigoureusement observée.

Le candidat qui ne s'est pas présenté à la session d'août ne peut subir l'examen de fin d'année à la session de novembre, qu'en vertu de votre autorisation accordée après avis de la Faculté ou École (art. 6).

Les examens définitifs ne peuvent être subis qu'après la seizième inscription et qu'après l'entier achèvement du stage hospitalier. Dans les Facultés, ces examens ont lieu aux mois d'août et de novembre ; dans les Écoles de plein exercice et dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, ils ont lieu pendant les deux sessions instituées par l'article 7 du décret : la première se tient au mois d'août, la seconde au mois d'avril ; celle-ci est exclusivement réservée aux candidats ajournés au mois d'août précédent.

Les jurys pour les examens définitifs sont composés, dans les Facultés, d'après les règles établies antérieurement, c'est-à-dire de deux professeurs et d'un agrégé ; dans les Écoles de plein exercice et préparatoires, ils se composent de deux professeurs de l'École présidés par un professeur de Faculté, délégué à cet effet (art. 8). Les trois examens définitifs sont nécessairement subis devant la Faculté ou École dans la circonscription de laquelle l'officier de santé veut exercer.

Les examens définitifs dont les matières sont déterminées par l'article 10 ne sont pas exclusivement théoriques ; les deux premiers comprennent des épreuves pratiques, l'une de dissection, au premier examen ; l'autre, de médecine opératoire au deuxième examen. De même que pour les aspirants au doctorat, *ces épreuves pratiques sont éliminatoires.*

Le décret du 1er août est applicable à partir du 1er novembre 1883 pour les aspirants au diplôme d'officier de santé qui prendront, à cette époque, la première inscription. J'ai décidé cependant que vous pourriez, pendant une période de deux années qui prendra fin le 1er novembre 1885, accorder, sur l'avis motivé de la Faculté ou École, la dispense de l'examen complémentaire exigé par l'article 1er aux candidats qui ont subi l'examen de grammaire avant le 1er août 1883, mais à ceux-là seulement. Vous me ferez connaître, immédiatement après la clôture du registre, les décisions que vous aurez prises à ce sujet.

Les travaux pratiques sont obligatoires, à partir du 1er novembre, *pour tous les étudiants, qu'ils appartiennent à l'ancien ou au nouveau régime, à quelque époque qu'ils aient commencé leurs études.*

Les examens probatoires, tels qu'ils sont établis par le décret du 1er août, ne sont applicables qu'aux étudiants qui prendront leur première inscription en novembre 1883 ; les étudiants actuellement en cours d'études restent libres de subir leurs examens probatoires suivant l'ancien mode, mais ils devront en faire la demande ; cette obligation, imposée par l'article 11 du décret, est destinée à éviter toute confusion entre les deux catégories d'étudiants; elle aura, sans doute, pour effet de hâter l'application du nouveau régime des examens probatoires.

Au mois de novembre 1886, le décret du 1er août 1883 sera seul en vigueur.

Je vous prie, monsieur le recteur, de veiller personnellement à l'exécution des diverses dispositions que je viens d'énumérer; vous aurez soin qu'elles reçoivent toute la publicité désirable, et vous me ferez connaître sans délai, après en avoir conféré avec MM. les doyens ou directeurs, les observations auxquelles elles peuvent avoir donné lieu.

Recevez, monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Président du Conseil,
Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
Jules FERRY.

RÉORGANISATION DU SERVICE DE L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES PUBLICS DE LA VILLE DE PARIS.

Le service de l'inspection médicale des écoles primaires et des écoles maternelles publiques de la ville de Paris est réorganisé de la façon suivante :

Article premier. — Les établissements scolaires publics de la ville de Paris seront groupés en circonscriptions d'inspection médicale, de façon que chaque circonscription ait un effectif de quinze à vingt classes, chaque école maternelle étant comptée pour deux classes.

Art. 2. — Le traitement attaché aux fonctions de médecin-inspecteur sera de huit cents francs par an.

Art. 3. — Les médecins-inspecteurs devront être pourvus du diplôme de docteur d'une Faculté de l'État ; ils seront nommés par le préfet sur une liste de présentation dressée, dans chaque arrondissement, par le maire, de concert avec la délégation cantonale et comprenant un nombre de noms double de celui des emplois à pourvoir.

La durée de leurs fonctions sera de trois ans.

Art. 4. — En cas de vacance d'une ou de plusieurs places de médecin-inspecteur, M. le préfet de la Seine pourra charger provisoirement de la fonction un des candidats précédemment proposés et mettre le maire et la délégation cantonale de l'arrondissement en mesure de procéder, sous bref délai, à une présentation régulière.

Art. 5. — Il est créé, en conséquence de l'article 1er, 126 places de médecin-inspecteur.

Art. 6. — Toute école primaire ou école maternelle publique devra recevoir deux fois par mois la visite du médecin-inspecteur, sans préjudice des visites qui lui seraient demandées dans les cas urgents. Celui-ci inscrira sur un registre spécial déposé dans chaque établissement et qui sera constamment à la disposition du maire, de l'inspecteur primaire et des délégués cantonaux, les observations que lui suggèrera l'état hygiénique de l'établissement, puis, le nom des enfants qui devront être éloignés momentanément comme présentant des symptômes de maladies contagieuses.

Art. 7. — Après chaque visite, le médecin-inspecteur adressera au maire un bulletin contenant le résultat de la visite.

Art. 8. — Une fois par mois, au moins, le médecin-inspecteur, pendant sa visite dans l'établissement, devra procéder à un examen attentif et individuel des élèves au point de vue des dents, des yeux, des oreilles et de l'état général de la santé. Un bulletin, certifié par lui et destiné à la famille, sera remis à chaque enfant qui serait reconnu présenter une affection de la bouche, des yeux et des oreilles ou dont l'état général nécessiterait une surveillance ou des soins particuliers.

Art. 9. — Le médecin-inspecteur recevra aux jours et heures habituels de ses consultations les enfants désireux d'obtenir un certificat de rentrée. Tout enfant éloigné momentanément de l'école comme atteint d'une maladie contagieuse ne pourra y rentrer que muni de ce certificat.

Art. 10. — Tous les trois mois, le maire de chaque arrondissement adressera à l'Administration un rapport sommaire sur le fonctionnement de l'inspection médicale dans son arrondissement.

En outre de ce rapport, il sera présenté à la fin de chaque semestre, par la délégation cantonale, un rapport rendant compte d'une façon détaillée du fonctionnement du service dans chacune des circonscriptions d'inspection médicale établies dans l'arrondissement et indiquant, en regard d'un résumé des propositions présentées par les médecins-inspecteurs pour l'amélioration hygiénique des locaux scolaires, l'avis de la délégation cantonale sur chacune de ces propositions.

Art. 11. — Il sera inscrit au budget de l'exercice 1884, pour subvenir aux frais du service d'inspection médicale, un crédit de 103,000 francs.

Aide-mémoire du médecin auxiliaire de l'armée,
par M. le docteur Amédée Chassagne.

Nous attirons vivement l'attention des candidats à l'examen d'aptitude des médecins auxiliaires de l'armée sur l'*aide-memoire* que M. le docteur Amédée Chassagne, médecin-major de première classe, vient de rédiger pour eux.

Cet *aide-mémoire* s'adresser, non seulement aux médecins auxiliaires qui ne passeront désormais aides-majors de réserve qu'après examen d'aptitude, mais encore aux aides-majors de réserve et de l'armée territoriale, qui, nommés avant l'institution de l'épreuve, trouveront dans ce petit livre, rapidement assimilable, les détails de leur rôle pratique de guerre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 novembre 1883, M. Fallières, député, est nommé ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en remplacement de M. Jules Ferry, nommé ministre des affaires étrangères.

— Par décret en date du 16 novembre 1883, ont été promus dans le corps de santé militaire, et ont reçu les affectations ci-après, les médecins militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — (Choix.) M. Catteau, médecin-major de deuxième classe au 129e infanterie, en remplacement de M. Ladoire, retraité. — Est affecté au 6e infanterie.

(Ancienneté.) M. Baillif, médecin-major de deuxième classe au 16e infanterie, en remplacement de M. Martrès, retraité. — Est affecté au 127e infanterie.

(Choix.) M. Billet, médecin-major de deuxième classe au 42e infanterie, en remplacement de M. Bernard, retraité. — Est affecté au 61e infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — Premier tour (ancienneté). M. Lomüller, médecin aide-major de première classe au 8e artillerie, en remplacement de M. Sieffert, démissionnaire. — Est affecté au dépôt du 94e infanterie.

Deuxième tour (ancienneté). M. Vaugy, médecin aide-major de première classe au 113e infanterie, en remplacement de M. Catteau, promu. — Est maintenu audit régiment (provisoirement).

(Choix.) M. Jacquey, médecin aide-major de première classe au 18e infanterie, détaché à l'île d'Aix, en remplacement de M. Baillif, promu. — Est affecté au 42e infanterie.

Premier tour (ancienneté). M. de Tastes, médecin aide-major de première classe au 49e infanterie, en remplacement de M. Billet, promu. — Est maintenu audit régiment (provisoirement).

— Par décret en date du 17 novembre 1883, M. Génébrias de Boisse, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé à un emploi de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 novembre 1883, un concours s'ouvrira le 19 mai 1884, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — Le registre d'incriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 novembre 1883, la chaire de physique de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier est déclarée vacante. — Un délai de 20 jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— A la suite du scrutin qui a eu lieu, le 11 novembre 1883, pour l'élection, au Conseil académique de Dijon, d'un délégué de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, M. Fleurot, professeur de clinique externe à ladite école, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, a été déclaré

membre du Conseil académique de Dijon, en remplacement de M. Morlot.

— M. le docteur S. Pozzi, chirurgien des hôpitaux, commencera, à l'hôpital de Lourcine, des leçons de gynécologie opératoire, le lundi 26 novembre, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les vendredis et les lundis suivants, à la même heure.

Les étudiants en médecine recevront une carte qui leur sera délivrée par le directeur de l'hôpital pour assister au cours.

— M. le docteur Rémy, agrégé, chef du laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital de la Charité, commencera les conférences d'anatomie pathologique du semestre d'hiver 1883-1884 jeudi prochain, 22 novembre 1883, à dix heures et demie du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Ces conférences auront lieu au laboratoire de la Charité.

— M. le docteur H. Picard commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le lundi 26 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre nº 1 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. Hervé, préparateur à l'École d'anthropologie, commencera un cours complémentaire d'anthropologie zoologique, le mardi 1er décembre 1883, à cinq heures du soir, et le continuera les mardis suivants, à la même heure. Ses leçons porteront sur l'anatomie comparée de l'homme et des animaux supérieurs.

— *Muséum.* — M. le professeur Vaillant commencera son cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons), le jeudi 29 novembre 1883, à une heure de l'après-midi, dans la salle des conférences du laboratoire d'herpétologie (ménagerie des reptiles), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Il traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des reptiles et des batraciens, tant de l'époque actuelle que fossiles, en s'attachant plus particulièrement à l'étude des Chinochampsiens (crocodiles et tortues) et à la connaissance des espèces utiles ou nuisibles.

Le cours sera complété par des conférences pratiques au laboratoire de la ménagerie.

— *Erratum.* — Une faute typographique, que tous nos lecteurs ont pu rectifier, s'est glissée dans notre dernier numéro. C'est à l'hôpital de la Pitié, — et non à l'hôpital Necker, — que M. le professeur Jaccoud a succédé à M. Lasègue.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Aide-mémoire du médecin auxiliaire de l'armée. Préparation à l'examen d'aptitude d'après le programme officiel du 22 juillet 1883, par le docteur Amédée Chassagne, médecin-major de première classe. In-16 de 140 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Ollier-Henry.

Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes, par le docteur L. de Sinéty. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée de près de 200 pages. Un fort volume in-8º de 1000 pages avec 181 figures. — Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15534

N° 135. — SAMEDI 24 NOVEMBRE 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 24 NOVEMBRE 1883. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Ictère permanent datant de dix-neuf mois. — Accidents gastro-intestinaux de la tuberculose. — Nécrose des maxillaires inférieur et supérieur gauches, chute du supérieur. — Enquêtes sur l'immunité cholérique et typhoïque des ouvriers qui travaillent le métal blanc dit alfénide et des ouvriers en cuivre. — PHARMACOLOGIE. Pureté du sulfate de quinine garanti par la marque de fabrique. Capsules de sulfate de quinine pur. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ictère permanent datant de dix-neuf mois.

Un homme, âgé de vingt-sept ans, entre à l'hôpital atteint depuis dix-huit mois d'un ictère permanent. Quelle est la cause de cet ictère? Était-il le résultat d'une exagération de sécrétion biliaire ou bien d'une rétention par obstacle au cours naturel de la bile? Quel devait être l'état du foie? Quel diagnostic, quel pronostic en déduire, quel traitement instituer? Tel était le problème à résoudre et tel a été le sujet de la deuxième leçon clinique de M. Jaccoud. La première question était aisée à résoudre par l'examen des matières fécales. Leur décoloration complète et leur aspect argileux ne pouvaient laisser aucun doute à cet égard. On avait affaire à un cas d'ictère par rétention des produits biliaires, la sécrétion continuant à s'effectuer normalement.

De ce premier point de diagnostic découlait la probabilité, d'une part, de l'intégrité du tissu hépatique ou tout au moins de ses éléments anatomiques sécréteurs, et, d'autre part, d'une augmentation notable du volume du foie, due en même temps à la turgescence biliaire et à la stase sanguine, qui entraîne nécessairement l'irritation des tissus par leur contact permanent avec la bile. Le résultat de l'exploration avait déjà prévenu cette induction. On constatait, en effet, un volume énorme de ce viscère qui descendait jusqu'à deux travers de doigt environ de l'épine iliaque, présentant d'ailleurs, dans toute son étendue accessible à la main, sa forme normale avec la régularité de ses bords et une surface parfaitement lisse. Pas la moindre apparence d'ascite, point de développement d'un réseau veineux sous-cutané. Enfin, dans l'hypocondre gauche, un développement également énorme de la rate, appréciable à la palpation et à la percussion, qui donnait une matité absolue depuis le sixième espace intercostal jusqu'à quelques centimètres au-dessus du niveau de l'épine iliaque. Les deux tumeurs constituées par le foie et par la rate se réunissent presque sur la ligne médiane.

A ces seuls signes, le diagnostic s'imposait. Cependant, pour y apporter plus de certitude encore, M. Jaccoud, passant successivement en revue les diverses affections hépatiques avec lesquelles celle-ci pourrait être confondue, telles que kyste hydatique, cancer du foie, dégénérescence amyloïde, est arrivé aisément, par voie d'exclusion ou d'élimination, à maintenir et confirmer le diagnostic fait, par voie directe, de cirrhose hypertrophique du foie.

Ce n'est pas tout : ce malade présente des particularités individuelles qui en font un cas tout à fait spécial. On ne trouve ici aucune des indications étiologiques de la cirrhose hypertrophique commune. Ce malade n'a jamais fait abus de l'alcool et il ne présente, en effet, aucun des signes de l'alcoolisme. Il déclare n'avoir jamais eu de coliques hépatiques; il ne présente, si ce n'est l'ictère permanent, aucun des symptômes ordinaires de la lithiase biliaire; point de dyspepsie; point de sable hépatique. Toutes les recherches faites dans cette direction ont été négatives. Il est remarquable, à ce point de vue, que ce jeune homme, qui fait remonter le début de sa maladie au mois d'avril 1881, n'a commencé à avoir son ictère qu'au mois d'avril 1882 seulement, c'est-à-dire au bout d'un an. Il a été averti du développement que prenait son foie, uniquement par la nécessité où il s'est trouvé de faire élargir ses vêtements, sans avoir éprouvé d'ailleurs aucune souffrance ni même le moindre malaise. A aucune époque il n'a éprouvé ces paroxysmes douloureux qui sont habituellement les premiers signes de la cirrhose hypertrophique. Son ventre est toujours resté indolent. Ce sont là autant d'anomalies sans précédent.

Ce jeune homme présente encore une autre particularité individuelle. Son foie, énormément tuméfié, présente, au-dessous de la région épigastrique, une voussure en forme de dôme, laquelle, moins dure que le reste de la tumeur, donne à la palpation la sensation d'un certain degré de résistance; en saisissant cette masse entre les mains, on perçoit même une sensation vague de fluctuation. Cette sensation était beaucoup plus nette il y a un an, en novembre 1882, alors que ce malade était dans le service de M. Jaccoud, à l'hôpital Lariboisière. Une ponction exploratrice faite à cette époque ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang. Des nouvelles ponctions ont été réitérées à plusieurs reprises sans plus de résultat. Ce n'est pas la première fois que de pareilles méprises se voient. Cette erreur aurait-elle sa cause dans le développement inégal de l'hypertrophie, qui se traduirait par une inégalité de consistance en imposant pour une véritable fluctuation dans certains points? C'est là son explication la plus probable.

Nous ne sommes pas encore au bout des particularités

individuelles que présente ce malade. L'état du cœur chez lui constitue encore une de ces particularités. Si l'on s'en rapporte aux résultats de l'auscultation, on croirait avoir affaire à une insuffisance mitrale, en même temps qu'à un rétrécissement de l'orifice pulmonaire, accusés la première par un souffle systolique, la deuxième par un souffle plus intense et plus étendu, remplaçant le premier bruit, dont le maximum est perçu au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire et se prolonge le long du trajet de cette artère, souffles rudes. Et cependant il n'y a aucune probabilité que ces souffles traduisent des lésions organiques du cœur. Malgré leur intensité et leur rudesse, M. Jaccoud n'hésite pas à les attribuer à l'anémie. L'anémie, toutefois, ne serait pas seule en jeu, pense-t-il; il pourrait bien se faire que le déplacement subi par le cœur par suite de l'augmentation considérable du foie et que, d'autre part, l'action sur le muscle cardiaque des sels biliaires contenus dans le sang, y fussent pour quelque chose.

Grâce à la connaissance très ancienne que M. Jaccoud a de ce malade, il peut affirmer qu'il n'a jamais constaté chez lui le ralentissement du pouls généralement attribué à l'ictère. Il est possible que ce ralentissement se soit produit au début, mais il est certain que depuis plus d'un an il n'existe plus.

Enfin M. Jaccoud a encore appelé l'attention de son auditoire sur un autre fait : c'est l'état de la nutrition. Cet homme est d'une extrême maigreur, et cependant il mange autant et même plus qu'un homme en santé; il a une véritable boulimie. Il a le maximum de la ration entière et en plus trois litres de lait par jour. Ses aliments sont digérés, car il n'a pas de diarrhée et cependant il maigrit toujours, et il n'a ni sucre ni albumine dans ses urines. Pourquoi maigrit-il ainsi? Il réalise le résultat d'une expérience de physiologie pathologique, qui consiste à démontrer par son absence artificielle l'utilité de la bile pour l'assimilation; il ne passe plus une goutte de bile dans l'intestin.

Qu'adviendra-t-il de ce malade? Le pronostic est grave. Sans qu'il survienne aucun incident nouveau, le malade va aller s'amaigrissant de plus en plus et il finira par une véritable inanition. Mais il y a d'autres modalités pathologiques accidentelles qui peuvent amener l'issue fatale, il peut survenir une inflammation séreuse périhépatique, une pleurésie des deux bases ou une péricardite. Quelquefois ces malades succombent à une tuberculose. Rien de semblable ne semble à craindre pour lui, du moins en ce moment. Enfin l'éventualité la plus grave qui pourrait se présenter serait celle de la cessation complète de la sécrétion biliaire et l'explosion d'un ictère grave. Il y a toutefois, au point de vue de la survie probable, qui peut être approximativement calculée d'après les faits analogues connus et qui est au plus de trois ans, à tenir compte d'une force de résistance exceptionnelle et d'un moral excellent, qui pourront éloigner encore ce terme.

Il est remarquable que jusqu'à présent, chez ce malade, malgré une rétention aussi persévérante des éléments biliaires dans le foie et dans la circulation générale, il ne se soit pas produit jusqu'à présent le plus petit symptôme d'intoxication cholémique, bien que depuis plus de deux ans et demi il ne passe pas une goutte de bile dans les intestins. Preuve nouvelle que c'est l'acholie qui tue et non l'imprégnation de tous les tissus de l'économie par les éléments biliaires.

D'autres points non moins dignes d'intérêt ressortent encore de l'histoire de ce malade. Voilà dix-neuf mois que son sang est chargé de tous les éléments biliaires et l'on n'a jamais constaté un atome de sucre ni d'albumine dans ses urines.

Enfin la quantité de globules rouges est considérablement diminuée chez ce sujet; il n'en a pas deux millions par millimètre cube. Quelle conclusion peut-on en tirer par rapport au rôle attribué au foie dans les opérations hématopoiétiques? Quel enseignement physiologique peut-on en déduire? On sait qu'il existe à cet égard des théories physiologiques assez contradictoires : les unes attribuant au foie un rôle destructeur des globules, auquel cas il détruirait plus dans cette circonstance que dans les conditions normales, ce qui obligerait à admettre une activité fonctionnelle au-dessus de la normale; d'autres d'après lesquelles, au contraire, le foie contribuerait à la formation de ces globules. Le fait actuel concorderait davantage avec celles-ci.

Un dernier point. Ce malade rend environ de 30 à 32 grammes d'urée par jour. On sait que la moyenne a été reconnue osciller entre 23 et 30 grammes par jour, dans les conditions normales. La proportion ici serait un peu plus élevée. Peut-on attribuer cette augmentation à l'état du foie? D'après des recherches récentes, il paraîtrait établi que certaines lésions hépatiques ont pour effet d'accroître dans des proportions plus ou moins considérables le taux de la production de l'urée, tandis que d'autres lésions entraîneraient au contraire un abaissement plus ou moins accentué de ce chiffre. Ici ce serait plutôt dans le sens de l'augmentation qu'interviendrait la part qui peut être dévolue à l'état pathologique spécial du foie dans cette fonction désassimilatrice.

Accidents gastro-intestinaux de la tuberculose.

Il n'est pas très rare de voir la tuberculose pulmonaire débuter par des accidents gastro-intestinaux, qui peuvent, à cette période initiale de la maladie, donner le change sur sa vraie nature et induire à un pronostic erroné. Un exemple de ce genre s'est présenté tout récemment dans le service de M. le professeur Potain, à l'hôpital Necker. Une jeune fille, d'assez bonne apparence d'ailleurs, sortait, il y a quelques jours, de l'hôpital, sinon guérie complètement de l'affection pour laquelle elle y était entrée, du moins très améliorée. Voici en quelques mots son histoire. Il y avait environ seize mois qu'elle était souffrante; sa maladie avait débuté d'une manière très insidieuse : elle avait d'abord éprouvé des douleurs de ventre, avec un état général de malaise, de l'inappétence, de la fièvre et des transpirations. A son entrée à l'hôpital, on constate la persistance des troubles gastro-intestinaux qu'elle avait eus jusque-là chez elle, mais il s'y était joint, depuis quelque temps, de la toux, avec accablement et malaise général. A l'examen de la poitrine, on trouve une diminution notable de la sonorité au sommet du poumon gauche, avec des craquements humides, expectoration caractéristique, mouvement fébrile modéré, etc. Sous l'influence du repos et du régime auquel elle a été soumise pendant son séjour à l'hôpital, les phénomènes gastro-intestinaux ont disparu, la fièvre et la toux se sont modérées, la malade a repris un peu de forces et d'embonpoint, et elle est sortie en grande partie rétablie, mais sans qu'on puisse conclure à la probabilité d'une guérison définitive. Tout porte, au contraire, à penser que ce n'est là qu'une étape de la maladie qui, sous l'influence de nouvelles causes déprimantes, reprendra un jour ou un autre son cours interrompu.

Voilà donc un exemple très en raccourci d'un cas de tuberculose pulmonaire, qui ne s'est révélée qu'après une phase en quelque sorte prodromique, assez longue, de symptômes gastro-intestinaux.

M. Potain, à propos de ce fait, a énoncé quelques généralités déduites des autres faits du même genre qu'il a eu l'occasion d'observer.

Tantôt, a-t-il dit, les accidents gastro-intestinaux semblent exister seuls et constituer à eux seuls toute la maladie, comme dans le fait dont il vient d'être question. Tantôt, au contraire, ils ne sont que concomitants et accessoires. Ces accidents sont nombreux et variés, ce sont des phénomènes de dyspepsie ou de gastralgie, des vomissements, de la diarrhée, des coliques, des hémorragies intestinales. Les plus fréquents de tous sont les symptômes stomacaux : diminution de l'appétit avec affaiblissement général. Ils constituent presque la règle. Aussi, lorsqu'on les constate, doivent-ils inciter à chercher plus avant les lésions dont ils peuvent procéder. L'anorexie, surtout, devient un élément d'aggravation considérable. La tuberculose, comme presque toutes les maladies qui viennent du dehors, les maladies parasitaires notamment, est d'autant plus grave qu'elle se développe et évolue sur un malade qui s'y prête davantage par le mauvais état de ses fonctions de nutrition.

Après l'anorexie, l'un des groupes de phénomènes qui méritent le plus l'attention chez les tuberculeux, ce sont les phénomènes dyspeptiques. L'anorexie n'implique pas toujours la dyspepsie. Tels sujets anorexiques digèrent très bien les aliments qu'ils ont pris d'ailleurs sans goût ou même avec une certaine contrainte. Mais il est des sujets, au contraire, qui, pourvus d'ailleurs d'un très bon appétit, digèrent très mal ou mettent un temps infini à digérer.

La dyspepsie a, en outre, de très fâcheuses conséquences; elle augmente la toux et la dyspnée. Elle provoque, par action réflexe, une toux qui n'est autre que la toux gastrique ; mais il ne faut pas s'y fier et se laisser aller à une fausse sécurité sur ce nom de toux gastrique, à moins que par des examens réitérés on n'ait constaté l'absence absolue de lésion pulmonaire. Cette toux, à son tour, provoque le vomissement.

Il n'est pas rare, en outre, de voir, chez des individus absolument indemnes de tubercules, survenir, sous l'influence de la dyspepsie, de véritables accès de dyspnée.

Il survient souvent sous l'influence de la dyspepsie et par suite de l'insuffisance de la nutrition générale, peut-être aussi par des actions réflexes exagérées, une irrégularité dans la circulation pulmonaire, une sorte d'ischémie pouvant aller jusqu'à l'arrêt de la circulation dans l'artère pulmonaire; d'où la dyspnée et parfois aussi des crachements de sang. La dyspepsie devient ainsi un élément d'aggravation de la maladie tuberculeuse, par l'ischémie ou l'anémie pulmonaire qu'elle entraîne consécutivement, comme le ferait la compression de l'artère pulmonaire, qui est aussi, comme on le sait, l'une des causes de la manifestation de la tuberculose.

Cette double circonstance de la provocation de la toux et de la dyspnée par la dyspepsie fait de celle-ci un élément grave de complication de la tuberculose.

Les vomissements très fréquents, comme tout le monde le sait, chez les tuberculeux, quoique moins graves peut-être par eux-mêmes que l'anorexie et la dyspepsie, peuvent néanmoins devenir très fâcheux; ils sont le plus souvent un effet par action réflexe de la toux; mais ils ont quelquefois une autre cause, c'est l'hypertrophie des ganglions bronchiques qui compriment le pneumo-gastrique. Enfin ils sont, dans quelques circonstances, l'effet direct d'une altération de la muqueuse gastrique, de son ramollissement atrophique, par exemple.

Enfin à peine y aurait-il lieu de s'arrêter sur les conséquences toujours si graves de la diarrhée chez les tuberculeux.

NECROSE

DES MAXILLAIRES INFÉRIEUR ET SUPÉRIEUR GAUCHES. CHUTE DU SUPÉRIEUR.

Par M. le docteur Léon Dufour.

Dans le cours d'une épidémie de rougeole qui a sévi à Fécamp au printemps de 1883, bon nombre de cas ont présenté une grande malignité, d'autres des complications anomales.

Parmi ces dernières, nous avons cru intéressant de recueillir quatre observations de nécroses osseuses ayant porté sur le maxillaire supérieur ou inférieur.

De ces quatre cas, trois ont guéri sous divers traitements en n'amenant que l'élimination de légères parcelles des tables externes des os affectés ; le quatrième a privé un enfant d'une partie du maxillaire supérieur gauche et aussi d'une faible portion de l'inférieur. C'est cette observation que nous relatons.

L'enfant B..., de père et de mère lymphatiques ; elle-même très lymphatique, ainsi que ses sœurs, est âgée de trois ans et demi. Elle n'a jamais eu que de légères affections infantiles. La dentition n'a rien présenté d'anomal dans son évolution.

Cette enfant contracta la rougeole. La maladie évolua d'une façon absolument régulière et rapide. Huit ou dix jours après la guérison, la mère me fit revoir l'enfant, me montrant sa gencive malade et se plaignant de l'haleine fétide qui s'exhalait de la bouche.

La fillette était pâle, manquait d'appétit, souffrait beaucoup, dormait mal et avait de la fièvre.

L'odeur de l'haleine était repoussante.

La partie gauche de la face était tuméfiée ; la peau était saine, non luisante, sans tache. Les tissus sous-jacents étaient libres, non empâtés et fonctionnaient bien, malgré la tuméfaction qui siégeait en arrière.

En écartant la lèvre et la joue, on voyait un état de rougeur exagéré des gencives. Elles étaient boursouflées, surtout à gauche et en haut. A droite, le rebord gingival était sain, quoique enflammé ; mais à gauche il était ulcéré dans une hauteur de quelques millimètres au-dessus des arcades alvéolaires, et laissait voir le maxillaire supérieur gauche dépourvu de périoste. Cet os donnait à la percussion avec un objet métallique un son sec caractéristique. Le bord ulcéré de la gencive présentait une teinte grisâtre et avait entamé légèrement la muqueuse de la joue dans une étendue de quelques millimètres de hauteur, pour un ou deux centimètres de longueur. Les dents étaient mobiles dans les alvéoles ; une d'elles, menaçant de tomber, fut enlevée. En bas et à gauche, même état mais moins marqué.

Les organes respiratoire, cardiaque et digestif, sauf l'inappétence et la fièvre, fonctionnent bien.

Un régime tonique, des fomentations excitantes et fréquentes avec une solution d'acide chlorhydrique furent instituées.

Au bout de trois ou quatre jours, l'odeur de l'haleine était moins forte, mais l'ulcération du rebord gingival avait augmenté, laissant à découvert une plus grande étendue du maxillaire supérieur gauche.

L'enfant avait toujours de la fièvre, se nourrissait mal désor-

mais, souffrait toujours ; l'odeur ne tarda pas à redevenir à charge à la famille et à la malade elle-même.

La chute de l'os par élimination spontanée nous parut inévitable. Les lotions à l'acide chlorhydrique furent remplacées par d'autres à la teinture de quinquina, toujours avec un régime tonique et antiscrofuleux.

Trois semaines après le début de cette complication, le maxillaire supérieur gauche remuait tellement au toucher qu'il put être enlevé très facilement avec un davier.

Il n'y eut qu'un léger écoulement de sang comme lors de l'ablation d'une dent.

Dès lors l'enfant reprit sa gaîté, l'haleine cessa d'être fétide, l'appétit et l'état général redevinrent excellents.

En bas, cependant, l'ulcération, quoique très légère et au niveau des arcades alvéolo-dentaires, ne cessait pas d'augmenter; elle se termina par la chute d'une très légère lamelle osseuse des tables externes antérieure et postérieure de l'os au niveau de la première molaire, deux ou trois semaines après.

L'os nécrosé et tombé comprend le maxillaire supérieur gauche depuis le rebord alvéolaire jusqu'au fond des alvéoles. Il a une étendue correspondant à cinq dents : les deux incisives, la canine, deux molaires.



L'apophyse montante n'existe plus, mais on voit la partie inférieure du canal nasal.

Sur le bord supérieur, on voit les loges de deux dents de la seconde dentition.

La grosse tubérosité du maxillaire est en partie enlevée.

De l'apophyse palatine il n'existe que la portion contiguë au bord alvéolaire.

Quant à la cavité laissée dans la bouche par la chute de l'os, elle est limitée en avant par la joue saine maintenant, en arrière la moitié de la voûte palatine.

De l'autre côté, état de conservation parfaite.

Il en résulte un aplatissement de la joue gauche avec un profond sillon extérieur, qui amène l'angle externe gauche de la bouche en haut et une défiguration très grande, surtout dans le rire.

ENQUÊTES SUR L'IMMUNITÉ CHOLÉRIQUE ET TYPHOÏQUE

DES OUVRIERS QUI TRAVAILLENT LE MÉTAL BLANC, DIT ALFÉNIDE, ET DES OUVRIERS EN CUIVRE.

Par M. le docteur V. Burq.

I

Nous avons commencé par écrire au directeur de l'usine de Bornel et aux maires de Chambly, de Bornel et de Belle-Église; puis, ayant appris que l'usine de Bornel possède, au n° 92 du faubourg du Temple, une succursale, nous avons enquêté cette dernière.

Entre temps, nous étions informé que M. le docteur Mestivier (de Brétigny) avait été médecin de l'usine de Bornel pendant plusieurs années; que le docteur Gey (de Méru) y avait fait un intérim dans le service médical; que le docteur Rochu (de Neuilly-sur-Thulle) n'a cessé d'être le médecin de l'usine d'Ercuis et que le docteur Gruzon (de Beaumont) a une clientèle qui s'étend jusqu'à Bornel. Nous sommes entré alors en correspondance avec ces honorables confrères.

Pendant que nous recevions de ce côté les renseignements très précieux que l'on verra tout à l'heure, nous enquêtions d'abord toutes les principales maisons qui fabriquent à Paris ou dans ses environs les mêmes articles que l'usine de Bornel et sa succursale, et nous y apportions d'autant plus de soin, qu'à tout prendre, il pouvait fort bien se faire que la vertu prophylactique du cuivre se trouvât affaiblie, sinon masquée, mécaniquement ou chimiquement, par le nickel qui entre avec le zinc pour une si grande part dans la composition du métal blanc dit *alfénide, métal anglais, argental, maillechort,* etc.

Cette partie de notre tâche accomplie, nous avons écrit, aux quatre points cardinaux de Paris, aux industriels qui, comme MM. Thiébaut, Barbedienne, Broquin et Lainé, Laveissière, etc., mettent en œuvre le cuivre, le bronze ou le laiton sur la plus grande échelle.

A. Enquête de Bornel. — A peine avions-nous commencé nos investigations du côté de Bornel, que nous recevions de différents côtés des renseignements de la nature de ceux-ci.

La vallée où sont situés Chambly, Bornel, Belle-Église et Persan, est arrosée « par une petite rivière malpropre, l'Esche, qui coule à niveau » (Dr Rochu) et « reçoit les infiltrations des fosses d'aisance » (Dr Mestivier).

« Malgré toutes les réclamations de M. le docteur Bailly, qui ne cesse de demander que les eaux de la rivière ne reçoivent aucun détritus des fabriques et soient laissées à leur pureté naturelle pour les usages domestiques de tous nos villages, il arrive encore qu'on y jette je ne sais quels mauvais produits. Les longues herbes, qui poussent au fond de la rivière, sont imprégnées d'une substance huileuse, et les eaux deviennent mortelles pour les poissons. » (De Ribe, maire de Belle-Église.)

Voilà l'eau dont s'abreuvent gens comme bêtes dans cette vallée de l'Esche.

Cette infection continue des habitants de la vallée a eu les conséquences suivantes.

« La fièvre typhoïde n'existait point à Bornel il y a trente ans (Lecomte, maire de Bornel) », avant la fondation des usines. Lorsque celles-ci se trouvaient clairsemées, elle était encore assez rare pour que, il y a quinze à dix-huit ans, le docteur Gey, pendant un intérim de huit mois, « n'ait eu jamais à soigner une fièvre typhoïde parmi les ouvriers de l'usine » et pour que le docteur Mestivier, pendant une période de cinq années, de 1865 à 1870, n'en ait observé « qu'un petit nombre de cas jamais bien graves ». Notre confrère ajoute : « En 1865, il n'y a pas eu à Bornel un seul cas de choléra... Mon observation me portait à croire, autant que cela m'était permis, à la préservation du cuivre pour certaines maladies. »

Eh bien ! aujourd'hui « la *fièvre typhoïde* règne d'une manière à peu près constante dans les communes de Chambly, Bornel, Persan et Belle-Église » (de Ribe), et y règne de telle façon que M. Bailly en a « observé encore 53 cas dans l'été de 1883 », pour une population d'environ 2,500 âmes !

Et tandis que les choses se passaient de la sorte dans la vallée de l'Esche, à une petite distance de là, Ercuis, situé sur un plateau élevé, c'est vrai, mais où les habitants ne sont point empoisonnés par les eaux, jouissait d'une immunité que le docteur Rochu a caractérisée en ces termes :

« J'ai été depuis des années appelé à donner mes soins aux ouvriers de l'usine d'Ercuis.

« Il est venu à cette usine des individus de tout âge, de toute constitution à l'état antérieur plus ou moins endommagé (surtout du côté des voies digestives). Il en est venu s'échouer là qui, abandonnant le Midi ou un centre populeux, avaient à subir un acclimatement... Jamais la fièvre typhoïde n'a pris naissance ici et même

les cas y importés n'auraient déterminé aucune trace de contagion, et cela ni à l'usine ni au dehors! »

« Jusqu'à quel point l'influence cuprique a-t-elle préservé de l'infection nos ouvriers et le voisinage? *Ignoro.* »

Il ne nous est jamais venu même à la pensée que le cuivre pût conjurer les effets d'un empoisonnement semblable à celui que subissent les habitants de la vallée de l'Esche. Nous avons toujours pris soin d'exclure de nos statistiques les cas tels que celui d'un certain cuivreux qui, par une chaleur accablante, avait pêché à Grenelle toute une journée à la bouche d'un égout infect et avait bû de l'eau prise à petite distance pour étancher sa soif.

Nous avons dit très explicitement que, pour que la préservation ait lieu, il est nécessaire non seulement que les individus soient suffisamment cuivrés, mais qu'il n'intervienne aucune cause pouvant annuler ou atténuer les effets de l'imprégnation, et, *à fortiori*, agir en sens inverse comme une hygiène aussi déplorablement mauvaise que celle des ouvriers de Bornel.

PHARMACOLOGIE

Pureté du sulfate de quinine garantie par la marque de fabrique.

CAPSULES DE SULFATE DE QUININE PUR.

Si la pureté chimique constitue la condition première, essentielle, *sine qua non*, de l'activité propre et de l'efficacité de toute substance médicamenteuse, à plus forte raison cette condition s'impose-t-elle lorsqu'il s'agit de la QUININE qui, par son importance et ses applications, occupe une des premières places, sinon la première, dans la thérapeutique médicale. C'est là, du reste, une vérité banale qu'il serait superflu de rappeler, si des faits récents, encore présents à l'esprit de tous ceux qu'intéresse et préoccupe cette question (et médecins et malades y sont également intéressés) n'avaient montré combien certains produits livrés même à une consommation des plus vigilantes, celle des hôpitaux, pourraient exceptionnellement la surprendre.

Il faut le dire franchement et hautement : en pareille matière, la véritable et la plus sûre garantie réside dans la marque de fabrication ; c'est ainsi que l'a compris l'administration de l'Assistance publique, lorsqu'elle fit remplacer dans tous les hôpitaux le sulfate de quinine falsifié par celui de Pelletier ou des trois cachets.

Il ne faut pas se dissimuler que, dans l'état actuel de l'industrie des quinquinas, autrement dit de la matière première, il y a un réel mérite à maintenir, quand même, la pureté du sulfate de quinine, sans mélange au delà de la tolérance, avec les isomères ou les dérivés, ou sans substitution de ces derniers, dont l'aspect physique et cristallin est presque absolument identique avec celui du produit principal : étant donnée, en effet, la grande quantité relative d'écorces inférieures que se partagent les industries d'Europe, et dont la teneur en quinine est insignifiante, tandis que la cinchonine, la quinidine et surtout la cinchonidine y sont prédominantes, ce sont ces derniers produits qui en sont principalement extraits ; et comme il les faut écouler, ils tendent à se répandre de plus en plus, partout où des analyses minutieuses ne vérifient pas la pureté de ces produits.

On sait quelles peuvent être les conséquences dangereuses de cette substitution, et même des mélanges à un certain degré, depuis qu'il a été démontré expérimentalement, c'est-à-dire d'une façon incontestable, qu'il existe une différence tranchée entre l'action physiologique, et partant thérapeutique, de la quinine d'une part, de la cinchonine, de la cinchonidine et de la quinidine ou conquinine, d'autre part (1).

(1) Voir la thèse du docteur J. SIMON, intitulée : LA MÉTHODE EXPÉRIMENTALE APPLIQUÉE A L'ÉTUDE DES SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES ET TOXIQUES : *Étude comparative de l'action physiologique des quatre principaux alcaloïdes du quinquina : quinine, cinchonine, cinchonidine, quinidine.* 1883. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

Aussi convient-il de reconnaître les efforts qui tendent à assurer non seulement la pureté de la fabrication de la quinine, mais encore à maintenir, dans l'application, la garantie de cette pureté, par certaines formes pharmaceutiques.

C'est ce qui vient d'être fait pour le sulfate de quinine des trois cachets, recommandé journellement par les médecins les plus autorisés, soit qu'ils le prescrivent seul, soit qu'ils l'associent à d'autres médicaments. Le sulfate de quinine des trois cachets (1) qui n'est autre, en effet, que celui de Pelletier, son inventeur, est généralement reconnu aujourd'hui, comme de tout temps, pour être le plus pur et le meilleur produit de sa nature ; c'est ce qui vient d'être fait, disons-nous, en l'introduisant dans de petites capsules sphériques.

Le sulfate de quinine, avec son aspect soyeux et cristallin, tel qu'il sort de la fabrication, est enfermé entre deux calottes hémisphériques de gomme sucrée et transparente, qui se soudent par simple compression. Chaque capsule contient *dix centigrammes* de principe actif. Le médecin est, de la sorte, absolument sûr du produit qu'il emploie (2); et il n'y aura plus à craindre, avec les capsules l'amertume si caractéristique, mais si désagréable du sulfate de quinine.

Si l'on projette une de ces capsules dans un verre d'eau, à la température ordinaire, elle ne tarde pas à se ramollir, et au bout d'un quart d'heure, au plus, elle s'entr'ouvre suivant la soudure, comme un fruit capsulaire au moment de sa débiscence.

Dans l'estomac, sous l'influence combinée de la température normale (38°) et des liquides digestifs, la désagrégation de la capsule sera, on le comprend sans peine, bien plus facile encore. C'est donc là une forme pharmaceutique doublement heureuse, destinée à rendre de vrais services dans les indications si fréquentes du sulfate de quinine, et qui méritait d'être signalée, on le voit, à l'attention des praticiens.

A. CLERMONT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 novembre 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

COMMUNICATIONS

Fractures de la rotule. — M. VERNEUIL présente une rotule provenant d'un malade mort dans le service de M. Lancereaux, à la Pitié. Il s'agissait d'un malade tuberculeux qui, en tombant dans les salles, se fit une fracture comminutive de la rotule. Il fut aussitôt placé dans une gouttière, on appliqua un vésicatoire sur le genou ; il y avait seulement un centimètre d'écartement. Peu de jours après la gouttière fut remplacée par un appareil silicaté et, en moins de trois semaines, une consolidation osseuse parfaite avait été obtenue, comme l'a montré l'autopsie, le malade étant mort de sa tuberculose peu de jours après. Voilà donc un cas de consolidation osseuse de la rotule, obtenue sans suture des fragments ni même sans ponction de l'articulation.

M. Verneuil déclare n'avoir pas trouvé, depuis vingt ans, une seule indication de cette ponction articulaire dans les cas de fractures de la rotule.

(1) L'origine de la marque des *trois cachets* vient de ce que, à la fabrique de Pelletier, sont venues successivement s'ajouter celles de Delondre et Levaillant, toutes réunies aujourd'hui sous la direction de M. Armet de Lisle.

Nous sommes heureux, pour notre industrie nationale, de constater, à ce propos, que la grande fabrique de Nogent s'est enrichie, en ces derniers temps, grâce à l'activité et à l'initiative intelligentes de M. Émile Armet de Lisle fils, de l'outillage le plus complet et le plus perfectionné, et qu'à l'exposition d'Amsterdam, il est le seul des fabricants de quinine qui ait obtenu le diplôme d'honneur.

(2) Il suffit, pour s'assurer de la pureté, de couper une de ces capsules et de constater qu'aucune poudre inerte ne se trouve mêlée au produit.

Il faisait allusion, récemment, en plaisantant, à une opération que ne manqueraient pas de proposer certains chirurgiens, la suture des deux fragments dans la fracture du col du fémur. Un chirurgien allemand est sur le point de combler cette lacune ; ce chirurgien a pratiqué la réunion osseuse dans un cas de fracture du col de l'humérus. Le malade n'est pas mort, mais le résultat a été déplorable.

M. BERGER fait observer, après examen de la pièce présentée par M. Verneuil, qu'il s'agit dans ce cas d'une fracture comminutive par cause directe. Or on sait que, dans ces fractures, la tendance à l'écartement des fragments est beaucoup moins considérable que dans les fractures transversales par cause indirecte. Il cite un cas de ce genre, une fracture de la rotule par coup de feu qui a parfaitement guéri, avec consolidation osseuse. Or ces sortes de consolidations sont tellement rares qu'il n'en existe qu'un seul exemple au musée Dupuytren. M. Berger pense qu'il faut toujours d'abord chercher le rétablissement des fonctions par la réparation du triceps atrophié. Il repousse donc la suture primitive de la rotule. Cette opération ne lui semble indiquée que dans les cas d'affections anciennes s'accompagnant d'une telle difformité que la marche est impossible.

M. NICAISE, en voyant la pièce, ne croit pas qu'il s'agisse d'une fracture transversale ordinaire de la rotule, mais bien plutôt d'une fracture par écrasement ; il y a lieu de penser que les parties fibreuses maintenaient en place les fragments ; il n'y a pas de traces d'ostéite, il n'y a pas, à proprement parler, de cal. Il serait, du reste, nécessaire de faire une coupe de cette rotule pour voir s'il y a un cal ou s'il y a simplement tassement du tissu spongieux de l'os.

M. Nicaise demande à M. Verneuil si, à l'autopsie de ce malade, on a trouvé des caillots, suite d'épanchement dans l'articulation, ce qui viendrait à l'appui de la ponction. M. Nicaise n'a pas trouvé l'occasion de pratiquer cette opération, mais il ne la réprouve pas.

M. VERNEUIL considère cette rotule comme une pièce rare. Il insiste, en outre, sur les résultats excellents obtenus dans ce cas, sans le secours d'aucune opération. Il ajoute que les fractures directes sont les plus communes, les fractures par rupture musculaire, au contraire, exceptionnelles. Il répond à M. Nicaise qu'il n'y a pas eu d'ostéite, parce que le malade a été bien traité. Quant à l'épanchement sanguin, il y en a toujours dans les fractures de la rotule. Enfin M. Verneuil fera la coupe de la pièce, comme le désire M. Nicaise.

M. POZZI tient à rappeler que le cas dans lequel il a cru devoir pratiquer la suture osseuse, est un cas tout à fait exceptionnel, en ce sens qu'il s'agissait d'un aliéné ne pouvant supporter aucun appareil. C'est dans ces cas seulement qu'il se montre partisan de la suture primitive et non, d'une façon générale, dans les cas de fractures récentes.

Hystérectomie; Ovariotomie.—**M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** fait un rapport en deux parties sur des communications relatives au même sujet. La première partie est consacrée à l'analyse et à la discussion de cinq cas d'hystérectomies pratiquées par M. Queirel (de Marseille), la seconde à l'examen des observations d'hystérectomie, d'ovariotomie, pratiquées par M. le docteur Fort à Rio-Janeiro.

Il y a actuellement une question à l'étude relativement à l'hystérectomie, c'est le traitement du pédicule. Lorsqu'ils ont commencé à pratiquer cette opération, Kœberlé, Péan, laissaient toujours le pédicule en dehors. Les modifications apportées au traitement du pédicule dans l'ovariotomie ont engagé quelques chirurgiens à expérimenter également la méthode intra-péritonéale pour l'hystérectomie. Ils n'ont pas eu à s'en louer et aujourd'hui Kœberlé, Péan, Spencer Wells, Bantock, etc., sont revenus à la méthode extrapéritonéale.

M. Lucas-Championnière a pratiqué quatre fois l'hystérectomie deux fois pour des corps fibreux utérins. Une fois il a eu recours à la méthode intrapéritonéale, et il en a obtenu un résultat déplorable. Il adopte complètement l'opinion de M. Péan, et croit avec lui que, dans l'hystérectomie, il faut recourir toujours de préférence à la méthode extrapéritonéale et n'employer la méthode intrapéritonéale que dans des cas tout à fait exceptionnels, où la première n'est pas possible.

M. Queirel communique cinq cas d'hystérectomie sur lesquels il a obtenu 3 guérisons et 2 morts. Il a toujours eu recours au même procédé et a toujours laissé le pédicule en dehors. Les principales indications de cette opération sont, pour lui, l'augmentation rapide du volume de la tumeur, les douleurs, les hémorragies, la gêne excessive de la marche, l'infiltration des membres inférieurs, une gêne excessive des fonctions intestinales ou vésicales.

Tout en admettant les conclusions de M. Queirel, M. Lucas-Championnière trouve qu'il exagère la facilité et la bénignité de l'hystérectomie en la comparant à l'ovariotomie. Il est impossible de comparer entre elles ces deux opérations au point de vue de la gravité, la première restant jusqu'à ce jour une opération très grave et redoutable, la seconde étant devenue une opération très facile et très bénigne dans l'immense majorité des cas. Autre différence : le kyste de l'ovaire ne pourra jamais que s'accroître ; il n'y a pas de régression possible. La tumeur fibreuse, au contraire, peut se modifier heureusement dans sa marche au moment de la ménopause : la plupart des accidents peuvent s'atténuer ou même reparaître. Il ne faut donc recourir à l'hystérectomie qu'en présence d'indications formelles et pressantes.

M. Lucas-Championnière fait une courte analyse des faits intéressants adressés par M. Fort, de Rio-Janeiro. Sur 3 hystérectomies, M. Fort a obtenu 1 guérison et 2 morts. Il eut recours à la méthode extrapéritonéale dans un de ces cas ; il s'est trouvé en présence de très grandes difficultés qu'il est arrivé à surmonter heureusement (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1882, pp. 116, 524, 979).

M. POZZI dit que deux questions importantes sont aujourd'hui soulevées à propos de l'hystérectomie. La question du traitement du pédicule se trouve aujourd'hui tranchée en faveur de la méthode extrapéritonéale. Il y a une autre question, c'est le mode de ligature ; or il paraît démontré aujourd'hui que c'est à la ligature élastique qu'il faut donner la préférence. Elle est surtout indispensable dans les cas où s'impose la méthode intrapéritonéale.

M. Pozzi demande à M. Lucas-Championnière ce qu'il pense de l'emploi du spray. Beaucoup d'ovariotomistes, en particulier Kœberlé, Bantock, Hegar, Howitz, l'ont abandonné ou ne l'ont même jamais employé.

M. GILLETTE considère l'ovariotomie comme une très bonne opération, l'hystérectomie comme une très mauvaise opération. Cette dernière ne reconnaît que trois indications : une augmentation rapide du volume de la tumeur, des hémorragies dangereuses et des douleurs intolérables. M. Lucas-Championnière a été peut-être un peu exclusif en faveur de la méthode extrapéritonéale. La méthode intrapéritonéale n'est pas sans présenter des avantages, entre autres celui d'une guérison beaucoup plus rapide, puisqu'elle permet la réunion par première intention. Il ne faut donc pas la rejeter d'une manière absolue.

M. Gillette n'accepte pas la suture élastique d'une façon générale.

M. TERRIER a pratiqué quatre hystérectomies : trois fois il a laissé le pédicule en dehors, et il a eu trois succès. Toutefois il pense qu'il ne faut pas rejeter d'une façon absolue l'inclusion du pédicule dans l'abdomen. Le danger de l'hystérectomie réside dans l'hémorragie. M. Terrier a toujours employé le spray.

M. POZZI revient sur les avantages de la suture élastique qui assure d'une façon absolue l'hémostase et permet par conséquent d'écarter le danger dont vient de parler M. Terrier. On a reproché à la ligature élastique d'opérer une section de pédicule trop rapide ; c'est là leur erreur ; cette section, en effet, ne s'opère que du douzième au treizième jour.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE reconnaît qu'il peut y avoir des indications de rentrer le pédicule dans l'abdomen et qu'il y a des cas où il n'est pas possible de le laisser dehors. Toutefois les

champions les plus expérimentés au point de vue de l'hystérectomie, tels que Péan, Bantock, après avoir essayé de choisir, de propos délibéré, la méthode intrapéritonéale, comme pour l'ovariotomie, exécutent aujourd'hui un mouvement de recul et déclarent préférer la méthode extrapéritonéale. Quant à la ligature élastique, il est bien peu de champions qui l'emploient, ni Spencer Wells, ni Kœberlé, ni Péan, ni Bantock, ni Thornton.

Quant au spray, M. Lucas-Championnière l'a toujours employé et s'en déclare toujours partisan. Il n'a jamais constaté d'accidents qui pussent lui être attribués.

M. Pozzi cite, parmi les champions qui emploient la ligature élastique, Czerny, Oldhausen, Thiersh, Hegar, Kaltenback, Howitz, Allfeld.

ÉLECTIONS

La Société procède à l'élection des commissions des prix.

Sont élus :

Pour le prix Duval : MM. Marjolin, Périer, Richelot, Pozzi, Monod ;

Pour le prix Demarquay : MM. Verneuil, Delens, Tillaux, Marchand, Le Fort ;

Pour le prix Laborie : MM. Chauvel, Polaillon, Nepveu, Terrier, Gillette.

Pour le prix Gerdy : MM. Reclus, Terrillon, Després, Marc Sée, Lannelongue.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite du comité secret de mardi dernier, les candidats à la place d'associé libre laissée vacante à l'Académie de médecine par suite du décès de M. Amédée Latour ont été classés dans l'ordre suivant :

En première ligne : M. de Quatrefages.

En deuxième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Durand-Claye, Foville, Magitot, de Ranse et Worms.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 novembre 1883, MM. les docteurs Fabre et Franckel sont nommés médecins du bureau de bienfaisance du XVIII[e] arrondissement de Paris.

— Un des membres de l'Association française pour l'avancement des sciences, M. Girard (de Lyon), vient de léguer à cette Société un capital d'environ 100,000 francs pour que le revenu cumulé pendant cinq ans soit employé par elle en encouragements et récompenses aux personnes qui auront le plus contribué à faire avancer la science sur la question de l'ancienneté de l'homme par rapport aux temps géologiques.

Ces encouragements devront être donnés sous la forme qui paraîtra le plus convenable à l'Association : prix en argent, contributions à des voyages de recherches ou à des fouilles.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15360

34

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névrosés, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

83

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

120

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique, pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très utile « pour empêcher le retour des fièvres intermit- « tentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, Pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

331

Liqueur des Dames

A BASE D'ANÉMONINE

Retirée de l'Anémone Puls, vulgairement appelée « FLEUR DES DAMES ».

(*Off. de Dorvault*, xe édit., p. 252.)

Très efficace dans les cas d'AMÉNORRHÉE et de DYSMÉNORRHÉE.

FACILITE L'ACCOUCHEMENT

MM. les docteurs qui voudraient bien faire l'essai de cette Préparation et constater ses excellents résultats, sont priés d'écrire au préparateur, M. ENJOLRAS, pharmacien, 16, cours de Brosses, à Lyon, *qui se fera un plaisir de leur en envoyer gratis un ou deux flacons à titre d'expérimentation.*

55

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

5

L'Acide Phénique du dr Déclat

Sirop et capsules d'**acide phénique**; sirop et capsules au **phénate d'ammoniaque**; *id.* au **sulfo-phénique**; *id.* **iodo-phénique**; huile de **morue phéniquée**; **glyco-phénique** à 10 0/0 pour usage externe, pansement, brûlures, herpès, eczéma, maladies utérines, hémorrhoïdes, etc. *Chassaing et Cie, 6, av. Victoria, Paris.*

2

Cachets digestifs H. Mourrut

PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT *Annuaire*, 1880, p. 138; Académie de médecine 12 août 1879.)

Phie CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39; 10, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

7

Topique Bertrand aîné

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : 0f 50 à 3f. Envoi cont. timbres. — Ph. BERTRAND aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

134

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

40

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phtisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, *rue Bonaparte.*

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

120

Poudres alimentaires Adrian

Préparées avec un soin tout particulier pour les usages de la médecine.

Richesse des différents produits...	Azote °/o	Acide phosphorique total °/o	Equivalent en phosphate de chaux °/o	Prix le Ko en divisons
Poudre de bifteck garantie pure viande de bœuf.	13.80	1.69	3.68	24 fr.
Poudre de viande.	12.50	1.66	3.62	12 »
Poudre de lait.	5.32	1.62	3.55	10 »
Poudre de lentilles cuites à la vapeur..	4.19	0.63	1.37	5 »

Comme garantie de pureté et de bonne conservation de ces produits, exiger le cachet et la marque ADRIAN, ancien préparateur et lauréat de l'École de Pharmacie, directeur de la Société française de produits pharmaceutiques, fournisseur des hôpitaux.

VENTE EN GROS, 11, rue de la Perle, Paris.

Envoi *franco* d'échantillons par la poste aux médecins qui en font la demande.

47

Récompense de 16,600 fr. — Médaille d'OR *à l'Exposition internationale médicale de Vienne.*

Quina-Laroche.

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Laroche

Paris, 22, rue Drouot.

84

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

79

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 164 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

43

Bronchites, Phtisie, Scrofule, Rachitisme.

Grains créosotés Sabourdy

3 à 5 grains avant chaque repas.

Administration facile. Ni caustiques ni irritants.

Dépôt à Paris, 3, rue de Choiseul, et phies.

Exiger la signature.

A. Sabourdy

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

109

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — Prix : 3 francs.

12

Affections cardiaques, Hydropisies, Albuminurie. Palpitations.

Sirop de Convallaria Maialis

LANGLEBERT, 2 à 3 cuillerées par jour.

Pilules de Convallaria Maialis

LANGLEBERT, 6 par jour.

Pharmacie LANGLEBERT, 55, rue des Petits-Champs, Paris.

38

Tamar indien Grillon

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation* et affect. qui l'accompagnent. *Hémorrhoïdes, bile, migraine, manque d'appétit, embarras gastrique*, etc., sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc. Ph. GRILLON, 28, r. Grammont, Paris. Bte, 2 f. 50.

36

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

PRigollot

87

Ergotinine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

L'auteur prépare avec cet *alcaloïde* une solution dosée à 1 milligr. le cent. cube (dose de 3 à 10 gouttes) et un sirop à 1 milligr. la grande cuillerée (dose de 1 à 8 cuillerées à café par jour).

S'emploie dans les mêmes cas que l'ergot.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. L'étude de la physiologie. — CLINIQUE DE LA VILLE. De la fièvre de croissance. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — VARIÉTÉS. Prothèse chirurgicale chez les anciens : Deux jambes de bois à l'époque gallo-romaine. — Nouvelles.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CH. RICHET.

L'Étude de la physiologie.

(Leçon d'ouverture au cours auxiliaire de physiologie.)

Avant de commencer ces leçons, il est nécessaire que je vous donne quelques indications générales sur les études qui feront l'objet de notre cours et sur la manière d'étudier la physiologie, ainsi que quelques conseils sur les procédés à suivre.

Je n'insisterai pas sur cette définition de la physiologie : « l'étude de la vie », définition d'ailleurs insuffisante, car je devrais alors définir la vie, etc. ; ce qui nous entraînerait beaucoup trop loin.

Dans l'étude des êtres vivants, nous avons deux choses à envisager : 1° la forme et la structure de nos organes; 2° leurs fonctions. On peut donc dire que la physiologie est l'étude des fonctions, c'est-à-dire la manière d'agir de nos organes. La physiologie est dite comparée lorsqu'elle comprend l'ensemble de tous les êtres vivants ; elle est spéciale lorsqu'elle s'occupe seulement des végétaux ou animaux ou de tel ou tel animal ou végétal. La physiologie humaine est celle qui se borne exclusivement à l'homme. Enfin la physiologie humaine est encore appelée physiologie médicale quand elle a pour but certaines applications à la médecine, de même qu'il y a la physiologie chimique, la physiologie physique, etc.

Entre la physiologie générale et la physiologie spéciale, il y a les mêmes différences qu'entre l'anatomie générale ou histologie et l'anatomie spéciale. Ainsi la physiologie générale est celle qui intéresse tous les tissus ; il n'y a pas seulement des organes, il y a aussi des tissus.

Une autre qualification que l'on emploie très souvent, c'est celle de physiologie expérimentale ; mais le mot est mauvais, en ce qu'il est inutile, qui dit physiologie disant forcément expérimentation. Divers points de vue peuvent être considérés dans cette étude : la physiologie de la nutrition, — c'est le sujet que nous aborderons cet hiver —, et la physiologie du système nerveux que nous réservons pour l'été. Quant à ce qui concerne l'embryologie et la reproduction, cela rentre plutôt dans l'anatomie générale, comme ressortant bien plus de l'observation que de l'expérimentation. Il y a bien aussi l'étude des organes des sens, mais cette étude appartient mieux, pour une part du moins, à la physique biologique. Il nous reste donc à étudier ensemble : 1° les fonctions de nutrition, 2° les fonctions du système nerveux.

Mais, avant d'entrer en matière, comment un étudiant en médecine de deuxième ou de troisième année doit-il étudier la physiologie ? Par trois moyens également importants qui se complètent les uns par les autres : les cours, les livres et l'observation non pas dans un laboratoire, mais chez soi, où la chose est des plus faciles et des plus simples. Comme il est impossible de tout dire dans un cours, les leçons ont surtout pour but de vous donner le goût de la science et de vous inculquer des notions sommaires que le livre est chargé de vous faire comprendre. Ajoutez à cela une certaine curiosité, dont il est nécessaire que vous soyez animés pour faire des observations sur vous-mêmes, vous poser des questions afin d'en chercher la solution. Par exemple, vous respirez avec un certain rythme de 18 à 22 respirations par minute ; or pourquoi ces chiffres de 18 à 22 plutôt que 10, 15 ou 30 ? Pourquoi la respiration des animaux est-elle différente de celle de l'homme ? Autre exemple : Pourquoi le serpent peut-il vivre des mois entiers sans manger, tandis que l'oiseau succomberait au bout d'un temps très court ? Pourquoi, lorsque vous courez, votre respiration est-elle haletante et son rythme changé, et votre température plus élevée ? Parce que la quantité d'oxygène du sang consommée est plus considérable, et que la formation de l'acide carbonique est plus grande. Si vous faites rapidement une série d'inspirations profondes, vous éliminerez une quantité notable d'acide carbonique, d'où vous éprouverez un moindre besoin de respirer. Faites au contraire quelque effort violent, vous accumulerez une plus grande quantité d'acide carbonique, d'où vous aurez plus besoin de respirer. En même temps que vous ferez plus d'acide carbonique, vous produirez une quantité de chaleur exagérée ; et si vous prenez la température de l'aisselle, vous la trouverez plus élevée de 4 à 5 dixièmes de degré. C'est ainsi que, par une simple observation, vous aurez l'explication d'une foule de faits qui s'enchaînent ; de même vous comprendrez les modifications qui se passent du côté du cœur dont le nombre des battements est pour ainsi dire en rapport avec celui de vos pas. Bien plus, tous ceux d'entre vous qui vont dans les hôpitaux se sont-ils demandés pourquoi le rythme respiratoire des fébricitants n'était plus normal, pourquoi il était accéléré ? Pourquoi ? parce que la température du corps est plus éle-

vée. Ceci vous explique encore comment les animaux à sang froid ont une respiration très lente.

Que de constations vous pourrez ainsi faire chez vous et sur vous-mêmes, pour peu que votre curiosité soit éveillée ! Et combien d'autres observations faciles à faire en dehors de tout laboratoire, sur l'œil, sur l'iris, sur le sens du toucher (relativement aux sphères de sensibilité plus ou moins étendues), sur le pouls, sur la digestion, etc., etc. ! Essayez de vous poser des problèmes et déjà ceux-ci seront à demi résolus. La physiologie vous formera à l'observation, ce qui sera un excellent début pour remplir plus tard votre rôle de médecin.

Avoir un petit laboratoire chez soi est chose facile et peu coûteuse : un bocal à poissons rouges, quelques grenouilles, une trousse à dissection et des épingles. Voilà tout ce qu'il vous faut pour faire, non pas toute la physiologie, mais pour faire des expériences intéressantes. Et même, sans en arriver à des vivisections, vous constaterez chez certains animaux les différences de coloration du sang rouge ou noir, selon que vous serez en hiver ou en été, c'est-à-dire que les battements du cœur seront lents ou agités. Les plus belles observations ont été faites en voyant battre le cœur d'une grenouille. Vous constaterez facilement aussi l'action des poisons ; l'action d'un coup sur la région bulbaire arrêtant brusquement le cœur en diastole vous fera pénétrer dans la physiologie de l'innervation du pneumo-gastrique.

Détachez le cœur d'une grenouille à sa base et placez-le, avec certaines précautions, dans une soucoupe et vous le verrez continuer à battre pendant un temps qui peut aller jusqu'à huit jours. Ce qui prouve que le cœur a son appareil ganglionnaire propre. Vous citerai-je encore le fait de l'anesthésie de la grenouille par l'addition d'une goutte de chloroforme dans l'eau du bocal où elle vit? Et les phénomènes réflexes qui sont en réalité la physiologie tout entière du système nerveux? Combien d'autres phénomènes encore sur lesquels je pourrais attirer votre attention ! Mais tous ces faits, je le répète, ne se présenteront pas à vous d'eux-mêmes, si vous n'avez la curiosité de les voir.

En résumé, vous ne comprendrez et ne saurez la physiologie que si vous avez la curiosité du savant, c'est-à-dire la volonté de vous poser des problèmes et d'essayer de les résoudre. Ce jour-là vous éprouverez la joie de celui qui a fait une découverte.

CLINIQUE DE LA VILLE

De la fièvre de croissance.

Par M. le Dr Bouilly

Professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux.

I

Nos lecteurs connaissent déjà l'observation (1) à laquelle il est fait allusion dans la lettre que nous allons publier et qui a été adressée à M. le docteur Guillier par M. le docteur Bouilly :

Mon cher confrère et ami,

Je vous remercie vivement de m'avoir communiqué l'intéressante observation de « Fièvre de croissance » que vous avez recueillie, et ne saurais trop vous engager à la publier.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux* du 13 novembre 1883, p. 1034.

Ce sujet, dont je serais heureux de voir la connaissance se vulgariser et dont je puis me dire, sinon le père, du moins le parrain, n'avait pas, je crois, provoqué de description avant le petit mémoire que j'ai publié en 1880 dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*. Depuis cette époque j'ai eu l'occasion d'observer et de recueillir un grand nombre de faits du même genre et la chose me paraît aujourd'hui si fréquente et si claire que je ne me donne plus la peine d'en ramasser les preuves.

Il m'est fort agréable de saisir l'occasion que vous m'offrez de rappeler en peu de mots le résultat de mes observations à cet égard.

Il existe, à mon sens, chez les enfants et chez les adolescents, une entité morbide à laquelle on peut donner avec raison le nom de fièvre de croissance (nom ayant cours depuis longtemps dans le langage familier), laquelle est caractérisée par une fièvre à marche spéciale et des douleurs spontanées et provoquées siégeant dans la zone d'accroissement des os et suivie d'accroissement rapide dans la taille du sujet.

Chez la plupart des enfants, le développement du squelette se fait d'une manière lente et progressive sans que l'économie traduise en rien ce travail intérieur ; chez d'autres, au contraire, cet accroissement se traduit par un état de souffrance plus ou moins accusé et s'accompagne d'accès fébriles qui semblent coïncider avec une exagération du travail physiologique et des poussées rapides d'accroissement.

Ce dernier état constitue véritablement une maladie particulière pouvant être décrite à part avec ses symptômes et ses signes, et donner lieu aux erreurs diagnostiques les plus singulières.

Rien n'empêche d'admettre que ces troubles puissent se manifester depuis la première période de développement du squelette jusqu'au moment de la suture définitive des épiphyses et la cessation de l'accroissement des os ; pour ma part, je ne les ai pas observés avant l'âge de cinq ans et le sujet le plus âgé de mes observations avait atteint vingt et un ans ; entre ces deux limites, j'ai observé à peu près tous les intermédiaires, aussi bien chez les fillettes que chez les garçons, avec une légère prédominance chez ces derniers.

Comme pour l'ostéomyélite aiguë, grave, infectieuse, qui me paraît être le degré le plus avancé de la fièvre de croissance, c'est en général à l'occasion de fatigues, de marches prolongées, de la station debout longtemps soutenue, des exercices gymnastiques, de la natation, que l'on voit éclater la maladie. Dans votre observation, la chose est des plus curieuses ; votre petite malade fait dans la journée une promenade exagérée et le soir même elle est prise d'accidents. Une jeune fille que j'ai soignée avait été du Luxembourg au Bois de Boulogne, s'était promenée dans le bois, et était revenue au Luxembourg ; le lendemain elle présentait les troubles caractéristiques. — Un petit garçon est pris, à la suite d'une leçon de natation, pendant laquelle il est maintenu par une ceinture et fait de violents efforts musculaires pour se soutenir sur l'eau. — Un autre tombe malade après sa première leçon de gymnastique. Je ne compte plus les accès de fièvre de cette nature survenus chez de jeunes enfants de cinq à sept ans qui, pendant tout un après-midi, jouent et courent dans un jardin public.

Il me serait bien difficile pour le moment de dire quelle est la nature et l'essence de cette maladie, et nous en sommes encore, sur ce point, réduits à des hypothèses. Voici la mienne, que je donne sans y tenir plus que de raison : ne pourrait-on pas admettre que le travail exagéré produit, dans ce cas, au niveau des zones épiphysaires, fait pénétrer tout à coup dans l'économie des produits de désassimilation que les émonctoires ordinaires sont impuissants à éliminer assez rapidement et dont l'accumulation dans le sang produit une infection momentanée avec la fièvre et toutes ses conséquences ? Ne peut-il se produire par la suractivité nutritive de la moelle osseuse un poison autochtone dont la rétention donnerait lieu aux accidents en question ? En tous cas, il n'y a guère de doutes à garder sur la nature infectieuse de la maladie ; son début souvent brusque et marqué par un frisson, des épistaxis fréquentes, un affaissement extrême et souvent prolongé des forces,

dans les formes graves, l'intumescence de la rate, me paraissent être des phénomènes capables de faire soupçonner l'introduction d'un élément infectieux.

Quant aux lésions, si tant est qu'il en existe, elles sont insaisissables dans l'immense majorité des cas; je suis fort disposé à croire qu'il s'agit seulement de poussées congestives, véritable exagération du travail physiologique normal; vous avez eu, dans votre cas, la bonne fortune de saisir une localisation anatomique plus accentuée, et de constater, après la chute des accidents, une augmentation de volume de l'extrémité inférieure du fémur. Le travail pathologique a donc été en ce point jusqu'à une ostéite productrice exagérée, qui a non seulement amené l'accroissement de la taille, mais a augmenté en épaisseur le volume de l'os; tandis qu'au niveau des épiphyses également douloureuses, vous n'avez rien pu remarquer de semblable. Le fait est important à noter, car il semble bien me donner raison et permet de placer dans les régions des épiphyses le siège anatomique des accidents que je rapporte à la fièvre de croissance.

J'ai hâte, mon cher ami, laissant de côté cette partie théorique, d'arriver à la partie vraiment clinique de mes observations.

Je ne puis cependant vous exposer celle-ci avec toute la brièveté que j'aurais souhaitée. La « fièvre de croissance », en effet, ne se présente pas toujours avec les mêmes allures, et il me paraît nécessaire de reconnaître plusieurs types. On peut observer : 1° une forme aiguë et rapide, la plus fréquente et la plus légère ; 2° une forme aiguë prolongée, en général assez grave; 3° une forme traînante.

Dans ces diverses formes, deux éléments ne font jamais défaut et suffisent à caractériser la maladie : d'une part la fièvre, d'autre part les douleurs osseuses. Les allures de la fièvre constituent, par leur bizarrerie et leurs singularités, les diverses formes que j'ai distinguées; quant aux douleurs osseuses, elles appartiennent à toutes les formes et peuvent être décrites d'emblée avec leurs caractères spéciaux.

Sauf dans les cas graves, la douleur spontanée est rarement accusée par les petits malades; ils se plaignent d'une grande fatigue, d'une sensation de courbature générale, de douleurs vagues dans les membres, mais ne localisent pas la douleur avec la précision que démontre l'examen direct. Dans un cas, cependant, un enfant se plaignait très vivement du genou qu'il tenait dans une flexion permanente et disait qu'il ressentait comme « des coups de sabre »; un autre avait de si violentes douleurs dans tous les membres, qu'une secousse imprimée à son lit lui faisait pousser des cris plaintifs. J'en ai observé quelques-uns qui, dans leurs jeux, étaient subitement arrêtés par une douleur vive dans la région du genou ou de la hanche et qui le soir même présentaient l'accès de fièvre caractéristique.

Mais c'est la douleur cherchée et provoquée qui me semble de beaucoup la plus intéressante; au point de vue de ses localisations diverses, elle a pour ainsi dire la précision des points névralgiques. Elle siège toujours dans la zone juxta-épiphysaire, dans une étendue un peu variable suivant le volume des os, mais ne dépassant guère un travers de doigt en hauteur. Par ordre de fréquence et d'intensité on l'observe, et c'est le point le plus ordinaire, à l'extrémité inférieure des fémurs; l'os, saisi entre deux doigts au-dessus des condyles fémoraux, présente en ce point une vive sensibilité surtout marquée au côté interne; puis à la partie antérieure de la région de l'aine où une pression exercée au-dessus de l'arcade crurale, vers le col du fémur, provoque de la douleur; en troisième lieu et presque avec une égale fréquence, on trouve de la sensibilité à l'épaule, immédiatement au-dessous de la tête humérale à sa partie antérieure; puis au-dessus des condyles de l'extrémité inférieure de l'humérus; plus rarement sur les extrémités supérieure et inférieure des os de l'avant-bras, sur les extrémités du tibia et assez souvent sur l'extrémité inférieure du péroné immédiatement au-dessus de la malléole externe, dans la région du collet.

Les os plats et les os courts peuvent également offrir cette même sensibilité; bien des fois maintenant j'ai trouvé ces points douloureux à l'épiphyse marginale de l'os iliaque; à un demi-travers de doigt environ, au-dessous de cette crête, on peut, par la pression, déterminer une ligne de douleur antéro-postérieure dans l'étendue de plusieurs centimètres; il en est de même à l'épiphyse marginale de l'omoplate très près du bord axillaire de cet os. Une seule fois j'ai observé cette même douleur sur les os du crâne; il s'agissait d'un jeune garçon de treize ans atteint de la forme traînante de la fièvre de croissance, et présentant au plus haut degré tous les points épiphysaires signalés plus haut; la pression même légère exercée sur le frontal et les pariétaux déterminait une douleur très vive.

Je serais moins affirmatif pour les os courts, où l'exploration est très délicate : cependant dans un cas, chez une jeune fille de seize ans présentant tous les signes de la fièvre de croissance, la pression sur les apophyses épineuses du rachis faisait naître une violente douleur.

Des douleurs beaucoup moins vives peuvent exister dans la continuité des os longs, tels qu'au fémur ou à l'humérus dont la pression à pleines mains réveille la sensibilité exagérée; mais elles n'ont ni la constance ni l'intensité des points juxta-épiphysaires.

Dans les formes accentuées, presque tous les points existent simultanément et peuvent être révélés à la pression; dans les cas de faible intensité, le fémur seul peut montrer les points douloureux caractéristiques.

Inutile, je pense, de faire remarquer que, dans tous ces cas, la jointure voisine des douleurs est elle-même absolument indemne, qu'on peut lui faire exécuter tous ses mouvements et que la pression exercée sur les points accessibles de la synoviale ou sur l'interligne articulaire, ne provoque aucune sensibilité; exceptionnellement, au genou surtout, il se développe dans la séreuse une hydarthrose indolente qui peut persister plus ou moins longtemps, et je suis porté à croire, d'après certains faits, que nombre d'hydarthroses de l'enfance et de l'adolescence n'ont pas une autre origine que ces poussées osseuses congestives juxta-articulaires.

Comme je l'ai dit plus haut, la fièvre peut se présenter sous différents aspects. Dans une première forme de la maladie « aiguë, rapide », la fièvre éclate tout d'un coup, en général le soir ou la nuit, avec une grande intensité; c'est un véritable accès fébrile, comme celui qui marque le début d'une pneumonie ou l'invasion d'une scarlatine; insomnie, agitation, quelquefois délire et menace de convulsions peuvent coïncider avec l'élévation de température qui atteint 39°,05 ou 40° et même plus. Cet accès éclate sans prodromes ou a été précédé pendant quelques jours par un état de malaise, un peu de courbature auquel on a prêté peu d'attention et malgré lequel l'enfant a sorti ou travaillé comme à l'ordinaire.

Cette fièvre dure vingt-quatre ou trente-six heures, rarement plus; puis elle tombe brusquement et tout rentre dans l'ordre.

Le petit malade ne conserve qu'un état de faiblesse assez marqué et une tendance au retour d'accès fébriles analogues, s'il est sorti trop tôt et surtout s'il fait une course à pied. Assez fréquemment l'accès fébrile est précédé ou s'accompagne d'une légère épistaxis.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 novembre 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

De la strychnisation. — M. MALASSEZ présente, de la part de M. Couty, une note sur la première période de la strychnisation chez les animaux. Cette période serait caractérisée par de la raideur et de la contracture des membres, puis, en augmentant la dose, par des tremblements, des mouvements choréiformes, etc.

Absence de nerfs olfactifs. — M. LEBEC, en disséquant un cerveau à l'amphithéâtre de Clamart, fut frappé de l'absence des bulbes et des nerfs olfactifs à la base de ce cerveau. En examinant avec soin la région frontale, il vit que du côté gauche il existait

un petit rudiment de nerf olfactif adhérent au nerf optique par un repli de la pie-mère. Les deux racines blanches externes de ce moignon du nerf étaient normales et passaient au-dessus de la scissure de Sylvius. Le sillon olfactif correspondant ne présentait rien de particulier. Du côté droit, au contraire, le sillon olfactif manquait; la bulbe et le nerf olfactif faisaient complètement défaut. L'origine du nerf se faisait seule remarquer par une petite intumescence au niveau de laquelle le nerf optique s'était creusé un sillon.

Ce cerveau appartenait à une femme de vingt-sept ans qui n'avait jamais présenté de troubles de l'olfaction.

M. **MATHIAS DUVAL** fait observer qu'il existe une contradiction entre la description anatomique de M. Lebec et le fait de l'intégrité des fonctions olfactives. Il croit qu'il faut admettre que les nerfs olfactifs étaient atrophiés et réduits à quelques fibrilles épaisses au-dessous de la pie-mère. Ces quelques fibrilles, que M. Duval a retrouvées dans la pituitaire, suffisaient à l'exercice ordinaire de l'olfaction.

L'homme civilisé, ajoute M. Duval, possède un appareil olfactif disproportionné avec ses besoins. Les neufs dixièmes de cet appareil peuvent être détruits sans que l'exercice habituel du sens de l'olfaction soit notablement modifié. Il n'en serait pas de même chez le sauvage qui utilise toutes ses fibres olfactives. Il y a même lieu de supposer que l'atrophie olfactive de ce cerveau est destinée à devenir la règle dans les races civilisées. Il en est de même des dents. 32 dents sont inutiles, 28 suffisent; les dents de sagesse tendent à s'en aller de jour en jour, et l'on peut prévoir que, dans plusieurs milliers d'années, elles auront complètement disparu.

Sécrétion lactée sur un mulet. — M. **PAUL BERT** donne le résumé d'une note d'un médecin mexicain relative à un mulet dont les mamelles fournissaient du lait en quantité notable.

Avulsion des dents. — M. **PAUL BERT** communique une autre note d'un dentiste de Genève qui a imaginé, pour l'avulsion des dents, un procédé qui consiste à prendre un petit carré de caoutchouc percé à son centre d'un trou par lequel on fait pénétrer la dent à extraire; on fait glisser ce caoutchouc jusqu'à la partie supérieure de la racine en déprimant la gencive. Le caoutchouc, en se rétractant, ébranle d'abord la racine et finit presque par l'énucléer de son alvéole sans que le patient ressente aucune douleur.

Il faut, en général, de quatre à cinq jours pour obtenir ce résultat. Les seuls phénomènes que l'on observe sont un léger suintement sanguin et une petite tuméfaction de la gencive.

M. **GALIPPE** ne croit pas que ce procédé ait été jusqu'ici employé volontairement, mais le fait en lui-même n'est pas inconnu, et il cite l'exemple d'une jeune fille à laquelle on avait ainsi placé deux caoutchoucs pour un tout autre but et qui perdit ainsi ses deux incisives centrales, les morceaux de caoutchouc ayant été oubliés le long des dents. Toutefois l'idée de ce dentiste de Genève n'en est pas moins très ingénieuse.

Du mécanisme de l'écriture. — M. **JAVAL** fait une communication sur ce sujet. Il y a, dit-il, deux manières d'écrire : l'une avec les doigts, l'autre par des mouvements successifs du poignet. Cette dernière est beaucoup plus expéditive. Il y a, sur la rapidité de succession de ces mouvements musculaires, toute une étude à refaire. Plus on écrit du poignet, plus on écrit vite et fin. La pente de l'écriture est facilement mesurée par la direction donnée au papier.

M. **PAUL BERT** fait remarquer toute l'importance de cette question au point de vue pédagogique.

M. **MATHIAS DUVAL** rappelle que Duchenne (de Boulogne) avait localisé dans un seul muscle, dans le petit rond, le point de départ des mouvements de circumduction opérés par l'avant-bras et le bras dans l'acte de l'écriture. En effet, quand M. Duval se sent fatigué d'écrire, il ressent une douleur au niveau de l'épaule.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

PROTHÈSE CHIRURGICALE CHEZ LES ANCIENS.

Deux jambes de bois à l'époque gallo-romaine (1).

Par M. Émile RIVIÈRE.

II

Voici, du reste, la description que M. P. Raymond a donnée autrefois de la partie de cette mosaïque qui nous intéresse plus particulièrement (2) :

« A droite, sur une longueur de $5^m,16$ et une largeur de $1^m,50$, se présente un chasseur coiffé d'un bonnet d'étoffe quadrillée ; cet homme est muni d'un cor et couvert d'un vêtement échancré au col et à larges manches. Il perce de sa lance la hure d'un sanglier attaqué derrière la tête par un gros oiseau ; sous la hure se trouve un volatile dont le rôle paraît être de remplir l'espace laissé vide par la composition. Sur le bord intérieur de ce sujet de vénerie existe un fragment d'ornement dont le dessin est confus. En sens inverse, par rapport à l'action que nous venons de décrire, une espèce de tigre terrasse un bouc et lui mord le cou ; derrière le bouc une autre bête féroce (un tigre peut-être) lève la patte droite pour saisir la même proie ; au-dessus et au-dessous sont des oiseaux étrangers à la lutte. Comme bordure inférieure, un entrelacs, ornement qui ne ressemble pas à celui que nous avons indiqué comme confus.



Fig. 2.

« A gauche, sur une longueur de $5^m,64$ et une largeur de $1^m,68$, on voit d'abord une inscription, — celle que nous avons rapportée plus haut, — puis un chasseur nègre, dont la jambe droite, privée du pied, est repliée et s'appuie sur la fourche d'une jambe de bois. Cet homme, tête nue, le front dégarni, les cheveux rejetés en arrière, tend son arc pour lancer un trait; derrière lui pend son cor attaché par une courroie. Après ce singulier personnage viennent un mulet et une bête féroce attachée par le cou à la queue de cet animal. — Bordure inférieure qui rappelle un ornement imbriqué; bordure supérieure, un simulacre de guirlande. Tel est ce qui existe encore de la mosaïque de Lescar. Tout cela, on le voit, est tronqué et ne présente pas de sujet entier.

. . . .

« ... L'homme à la jambe de bois est peut-être un Maure, » ajoute un peu plus loin M. P. Raymond.

Ici il ne s'agit plus d'un mime, non plus que de l'imitation de quelque appareil prothétique, mais bien de la représentation d'une véritable jambe de bois, et, quelque grossière qu'elle puisse paraître, elle ne saurait laisser aucun doute sur sa destination, comme on peut le voir du reste par le dessin ci-dessus (fig. 2), dont nous devons la reproduction à l'obligeance de MM. Hachette, qui ont

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 novembre 1883.

(2) Ce dessin fut présenté pour la première fois à la Société des Antiquaires de France, dans sa séance du 20 janvier 1863, par M. Quicherat, qui le tenait de M. Raymond. (Voir le *Bulletin de la Société des Antiquaires de France*, année 1864, p. 41.)

bien voulu mettre un cliché à notre disposition (1). Il comporte seulement le fragment de la mosaïque relatif au sujet qui nous occupe dans cette petite notice.

Quoi qu'il en soit, que cette mosaïque soit désormais reconnue comme gallo-romaine ou qu'elle soit d'une époque plus récente, toujours est-il que la reproduction d'un appareil prothétique est chose des plus rares dans l'antiquité, puisque l'on n'en connaissait encore qu'un ou deux exemples, — le vase du Louvre et la mosaïque de Lescar, — lorsqu'un heureux hasard nous a fait découvrir, il y a quelques années, dans la boutique d'un antiquaire autrefois bien connu, Arthur Forgeais, la pièce qu'il nous reste maintenant à décrire.

Cette pièce (fig. 3) est le moulage d'un fragment de poterie ancienne, analogue par sa finesse et par sa belle couleur rouge à ces poteries auxquelles on est convenu de donner le nom de poteries samiennes, quel que soit, pour ainsi dire, le lieu d'origine de leur fabrication. Ce fragment a été trouvé à Paris à la fin de l'année 1862 ou dans les premiers jours de l'année 1863, dans des travaux de terrassement pratiqués dans le jardin de l'hôtel Cluny, comme l'indique très nettement certain article de la *Chronique des Arts* (2). D'aucuns, et parmi eux Mme veuve A. Forgeais, de qui nous avons acheté ledit moulage, il y a quelques années, avaient prétendu que cette poterie avait été découverte à l'entrée de la rue Gay-Lussac, « non loin du carrefour formé par la rencontre de cette voie avec le boulevard Saint-Michel et les rues Soufflot et de Médicis, où chaque coup de pioche des ouvriers ramenait alors à la surface des épaves des anciens temps (3) ». Mais la date même du percement de cette rue, qui eut lieu au commencement de l'année 1868, nous montre que cette assertion est erronée, puisque les journaux de 1863 signalent cette découverte dès cette année même. Voici du reste le passage de la *Chronique des Arts* qui le constate : « Parmi les objets si précieux d'ordinaire pour l'histoire du vieux Paris, nous avons vu récemment un fragment de poterie romaine provenant du sol du *jardin de l'hôtel Cluny*, dont le motif très purement modelé ravit d'étonnement M. Velpeau et nos grands chirurgiens. »

Quant à l'original, il aurait été donné par Forgeais, longtemps avant sa mort, au musée de Sèvres où, malgré nos recherches, nous n'avons pas pu le découvrir. Il est vrai que quelques archéologues parisiens, notamment M. Leguay, qui a eu cette pièce entre les mains et en a fait lui-même plusieurs moulages (il nous a donné celui d'après lequel nous reproduisons le dessin ci-dessus, comme étant plus complet et mieux venu que notre propre moulage), croient, au contraire, que la poterie a été vendue par Forgeais à un amateur d'objets anciens.

Mais ceci nous importe peu, ce qui nous intéresse, c'est l'ornementation en relief que l'on remarque sur le fragment du vase dont il s'agit.

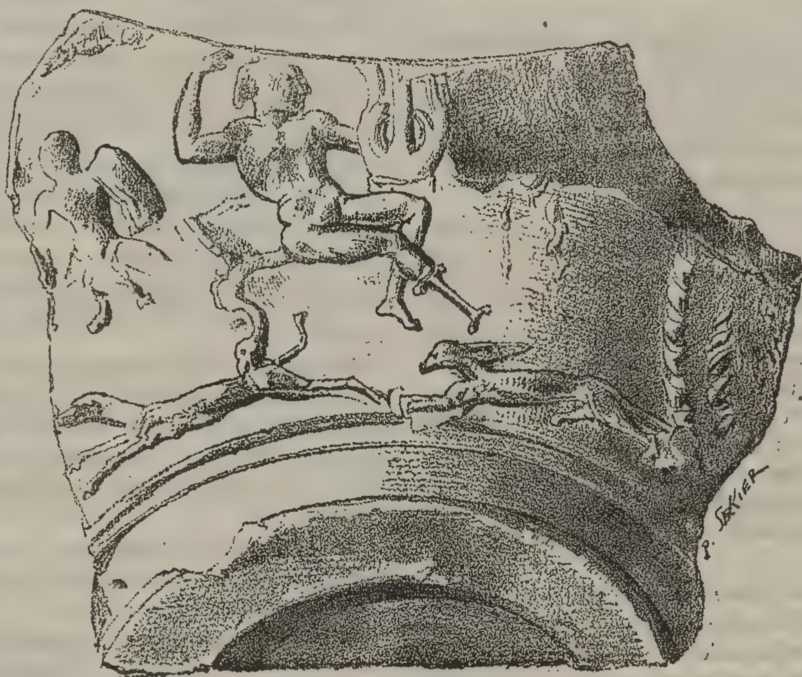


Fig. 3.

Ce fragment représente, en bas, une chasse où l'on voit un lièvre, non pas poursuivi par des chiens, mais placé de telle façon qu'il semble poursuivre, au contraire, l'un de ces animaux. Le lièvre est facilement reconnaissable à ses longues oreilles. Au-dessus de cette chasse, on aperçoit un homme entièrement nu, d'une forte musculature, remarquable par le développement de sa cage thoracique. Le col est gros et court, et la tête, forte, vue de profil, est pour ainsi dire rentrée dans les épaules ; elle porte une longue chevelure qui semble rejetée en arrière ; le nez est proéminent. Le bras gauche est étendu et la main du même côté tient une lyre, tandis que le bras droit est relevé au-dessus de la tête, dans une sorte de geste théâtral. L'individu est assis sur le bord d'un siège antique, aux pieds en griffes de lion. Sa jambe gauche est repliée à angle droit sur la cuisse du même côté, de telle sorte que le pied qui lui appartient, en passant derrière la jambe droite, pourrait être pris, au premier abord, pour le pied droit. Quant au membre inférieur droit, dont les reliefs sont très nettement accusés, il n'est pas complètement étendu, mais il affecte une légère flexion à angle très obtus de la jambe ou plutôt de son moignon avec la cuisse. Cette jambe, en effet, a dû être mutilée par une amputation soit naturelle et résultant de quelque gangrène, de quelque mortification consécutive à un traumatisme ou à une lésion quelconque, soit chirurgicale et pratiquée au-dessous du genou, à peu de distance du lieu d'élection. C'est ainsi que le moignon qui termine la jambe, légèrement renflé au niveau des muscles qui commencent le mollet, repose sur un véritable pilon d'une forme tout à fait spéciale, complètement différente de la jambe de bois représentée sur la mosaïque de Lescar et absolument inconnue. En effet, droit et cylindrique dans sa partie moyenne, il s'élargit tout à coup et considérablement à ses deux extrémités : en haut, pour former une sorte de plateau concave sur lequel la jambe doit être solidement fixée et prendre son point d'appui ; en bas, pour se bifurquer de façon à rendre la marche sinon peut-être plus facile, du moins plus assurée.

Au-devant du personnage et touchant presque au train de derrière du lièvre, on aperçoit le grènetis de perles en relief d'un médaillon dont la cassure du vase ne permet pas de savoir le dessin qu'il renfermait. On voit seulement le commencement d'une torsade intérieure formant un arc de cercle.

Telle est, en quelques lignes, la description de notre fragment de vase, description à laquelle nous n'aurions rien à ajouter, si dans ces derniers temps un de nos collègues de la Société de l'Histoire de Paris et de l'Ile-de-France, M. Leguay, ne nous avait fait connaître deux notes parues autrefois l'une dans le journal *l'Union médicale* du 18 février 1863 (1), sous la signature de M. le docteur Maximin Legrand, l'autre dans la *Chronique des Arts* (2), qui reproduit une grande partie de l'article *Varia* du même auteur.

Voici du reste la description qu'en donne l'auteur : « Un personnage sculpté en bas-relief est assis sur un escabeau. Sa

(1) Cette gravure est tirée du *Dictionnaire des antiquités grecques et romaines*, rédigé sous la direction de MM. Ch. Daremberg et Edm. Saglio, où elle figure sous le n° 1416, p. 1114.

(2) *Chronique des Arts*, n° 20, 5 avril 1863.

(3) *Le Musée archéologique*, p. 33. — Paris, 1875.

(1) L'*Union médicale, nouvelle série*, t. XVII, p. 338.

(2) *Chronique des Arts*, n° 20, 5 avril 1863.

jambe droite, située sur le premier plan et presque étendue, est une jambe de bois ou plutôt un appareil prothétique parfait et qu'on croirait copié sur les derniers perfectionnements de M. Charrière. Cet appareil prend son point d'appui sur tout le bassin et les tiges rigides qui déterminent la longueur de la cuisse et celle de la jambe s'articulent au niveau du genou, de façon à permettre la flexion de l'une sur l'autre, comme dans la nature. — Ici nous demanderons à M. Maximin Legrand la permission de n'être pas de son avis, car nous ne voyons aucune trace de ces tiges rigides, du moins sur nos deux moulages. — A l'extrémité inférieure, on aperçoit des pièces de rechange destinées à rallonger ou à raccourcir le membre de quantités minimes, une fois que l'appareil est en place. »

Pour nous, et à moins que les moulages que nous possédons n'aient été mal faits, ce qui nous semble peu probable, et n'aient pas rendu fidèlement l'original, il ne nous paraît pas que l'appareil prenne son point d'appui sur le bassin. L'appareil ne semble commencer seulement qu'au niveau du moignon.

Quant à la personnalité de l'individu que nous venons de décrire, elle serait, d'après M. Maximin Legrand, d'essence divine; voici également ce qu'il en dit :

« Le plus curieux, c'est que ce personnage n'est autre qu'Apollon lui-même. Du moins, M. Forgeais l'affirme sans hésitation et cela, paraît-il, ne fait aucun doute aux yeux de ceux qui ont l'habitude des sculptures et des médailles antiques. La disposition de la chevelure et la lyre qui accompagne le personnage ne laissent place à nulle équivoque sur la caractérisation. »

M. Maximin Legrand donne cette explication, disons-nous, mais il la donne, ce nous semble, avec une certaine réserve qui nous paraît d'autant mieux justifiée que, ne pouvant pas partager cette manière de voir, nous n'avons pas voulu nous en rapporter à nous-même et que nous avons consulté un certain nombre d'archéologues, parmi lesquels nous citerons surtout M. Héron de Villefosse, conservateur des antiques au musée du Louvre, comme le plus apte à nous éclairer à cet égard. Tous ont bien été de notre avis qu'il s'agissait encore sur notre poterie, comme sur le vase antique du Louvre, non pas de quelque divinité de l'Olympe, mais bien de quelque mime ou bateleur estropié de la jambe droite.

Du reste le doute est bien évident chez M. Legrand lui-même, puisqu'il dit en terminant :

« Aviez-vous jamais ouï dire, chers lecteurs, que le grand-père de la médecine eût eu la jambe cassée? Quant à moi, je l'ignorais absolument. J'avais bien entendu parler de la mort d'Adonis et de la mutilation d'Atys, noms qui, chez les anciens, personnifiaient le Soleil, et dont la mort ou l'énervement, toujours suivis de résurrection ou de guérison, symbolisaient les conditions même de la vie universelle ou simplement l'ordre des saisons. Mais, une jambe de bois ! que peut-elle symboliser ? »

En résumé, et pour terminer cette trop longue dissertation, la poterie, dont il s'agit ici et que nous avons essayé de décrire aussi exactement que possible, ne nous paraît pouvoir laisser aucun doute sur la nature du dessin qu'elle représente, nous dirons même plus, qu'elle est la reproduction la plus authentique d'un appareil prothétique, d'une jambe de bois à l'époque gallo-romaine. Elle serait même la seule pour ceux qui voudraient continuer à considérer la mosaïque de la vieille cathédrale de Lescar comme datant seulement du moyen âge.

P.-S. — Cette note était terminée, lorsqu'un archéologue des plus estimés, M. A. de Laurières, inspecteur général des monuments historiques, nous a signalé, ces jours derniers, comme l'ayant aperçue tout dernièrement, une nouvelle représentation d'une jambe de bois, sur le chapiteau d'une colonne du Sud-Ouest de la France, construite au XIe ou XIIe siècle. Nous en parlerons ultérieurement, s'il y a lieu, dès que nous en aurons le dessin sous les yeux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Sénat s'occupe très activement d'un projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés et les établissements spéciaux consacrés à ces malades.

MM. les docteurs Legrand du Saulle et B. Ball sont officiellement convoqués mercredi prochain, à deux heures et demie, au palais du Luxembourg, et doivent déposer devant la commission sénatoriale sur les avantages et les inconvénients du projet de loi en discussion.

— Par décret, en date du 10 novembre 1883, les médecins et pharmaciens aides-majors de première classe de l'armée territoriale dont les noms suivent, ont été promus dans ladite armée, savoir :

Au grade de médecin-major de deuxième classe, emplois vacants par organisation. Gouvernement militaire de Paris : M. Rit. — 1er corps d'armée : MM. Sturne, Faucon, Noquet, Jousset, Ader et Wagnier. — 2e corps d'armée : M. Queste. — 3e corps d'armée : MM. Ménard, Pasquier, Perrichot, Apostoli et Mathelin. — 5e corps d'armée : M. Sellier. — 6e corps d'armée : MM. Moser, Hutin, Lafite et Petitgand. — 7e corps d'armée : MM. Maréchal et Renauld. — 9e corps d'armée : MM. Goubeau, Évrard et Peysonne. — 10e corps d'armée : MM. Roussel, Liégard et Guérin. — 11e corps d'armée : MM. Jouon, Le Borgne, Neis, Quère, Rousseau, Pethist, Robchon et Chevrier. — 12e corps d'armée : MM. de Fornel et Simbat. — 14e corps d'armée : M. Auguiot. — 15e corps d'armée : MM. de Courtois, Heckel et Bernard. — 16e corps d'armée : MM. Sabarthez et Poujade. — 17e corps d'armée : MM. Benoit, Nègre, Ducourneau et Regi. — 18e corps d'armée : MM. Oui, Verger, Lenourichel, Lourties, Chavanon, Letessier et Augey. — 19e corps d'armée : MM. Marcailhou, Treille, Bouteloup, Willigens et Sanrey.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe, emplois vacants par organisation. Gouvernement militaire de Paris : M. Brouant. — 1er corps d'armée : MM. Demandre et Andt. — 6e corps d'armée : M. Aumignon. — 7e corps d'armée : M. Passabosc. — 14e corps d'armée : M. Signoud. — 16e corps d'armée : M. Gazagnes.

— Par décisions ministérielles, en date des 16 et 21 novembre 1883, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe : Roux, du 6e infanterie, pour le 21e artillerie; — Laurent, du 29e infanterie, pour le 16e artillerie; — Lelorrain, du 61e infanterie, pour le 29e de même arme; — Landrin, du 83e infanterie, pour la place de Marseille; — Grach-Laprade, du 138e infanterie, pour le 83e de même arme; — Dubarry, des hôpitaux de la division d'Oran, pour le 138e infanterie; — M. Chassagne, attaché au recrutement de la Seine et à la prison militaire du Cherche-Midi, pour l'hôpital de Bastia; — M. Apte, de l'hôpital du camp de Châlons, pour le recrutement de la Seine et la prison militaire du Cherche-Midi.

MM. les médecins-majors de deuxième classe : Fournier, du 112e infanterie, pour les petits dépôts des 1er et 4e zouaves; — Hiard, du dépôt du 69e infanterie, pour le 129e de même arme; — Robert, du 4e bataillon d'artillerie de forteresse, pour le dépôt du 69e infanterie; — Géraud, du 71e infanterie, pour le dépôt du 136e de même arme; — Robert, du dépôt du 94e infanterie, pour le 4e bataillon d'artillerie de forteresse; — Bénit, du 8e infanterie, pour le 84e de même arme.

MM. les médecins aides-majors de première classe : Chenet, du dépôt du 6e chasseurs à cheval, pour la poudrerie du Bouchet; — Beau, du 20e artillerie, pour le 112e infanterie; — Martin de Saint-Semmera, de l'hôpital du camp de Châlons, attaché à la direction du service de santé du 6e corps d'armée pour le 106e infanterie, continuera à être employé à la même direction; — Riff, de la poudrerie du Bouchet, pour le bataillon disponible du 39e infanterie; — Lecomte, du 7e bataillon de chasseurs à pied, pour le 13e infanterie.

M. Dubois, pharmacien-major de 1re classe, provisoirement à l'hôpital de Chambéry, pour la réserve des médicaments, à Marseille ; — M. Troupeau, pharmacien-major de 2e classe à la réserve des médicaments, à Marseille, pour l'hôpital de Chambéry.

— A la suite du scrutin qui a eu lieu, le 11 novembre 1883, pour l'élection, au Conseil académique de Douai d'un délégué des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, M. Mollien, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, a été déclaré membre du Conseil académique de Douai, en remplacement de M. Lenoël.

— *Collège de France.* — M. Duchesne, ancien élève de l'École polytechnique, est nommé préparateur du cours de physique générale et expérimentale, en remplacement de M. Berson, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Georges Homolle, médecin des hôpitaux, décédé le 24 novembre, dans sa trente-huitième année. Ses obsèques ont eu lieu hier lundi à Saint-Germain-des-Prés.

— On nous apprend aussi la mort de M. le docteur Alfred Richaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, auteur d'une thèse très appréciée sur le pityriasis rubra pilaris et de plusieurs travaux histologiques. Il a été successivement nommé chef de clinique de M. le docteur A. Fabre, à l'École de médecine de Marseille, puis médecin des hôpitaux de cette ville et professeur suppléant, après des concours brillants. M. A. Richaud a succombé à l'âge de trente-quatre ans à une fièvre typhoïde ataxique. Il laisse des regrets profonds à tous ceux, maîtres et condisciples, qui ont été à même de l'apprécier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15376

N° 137. — JEUDI 29 NOVEMBRE 1883. 56e ANNEE. JEUDI 29 NOVEMBRE 1883. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Histoire des Médecins arabes et de l'École de Salerne. — De la fièvre de croissance. — THÉRAPEUTIQUE. Le goudron et son mode d'action dans les affections des voies respiratoires. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie était hier presque au grand complet : 93 membres réunis pour l'élection d'un associé libre. Suivant les prévisions de la *Gazette des hôpitaux*, M. de Quatrefages a été élu, mais ce n'a point été sans lutte. Le premier tour n'a point donné de majorité; M. de Quatrefages a eu 44 voix, M. Worms 33, les autres voix ayant été réparties entre deux des autres candidats, M. Magitot et M. Durand-Claye. Au second tour M. de Quatrefages a été élu par 59 voix contre 30 qui ont été maintenues à M. Worms. Le vénérable M. Chevreul, que nous ne nous rappelons pas avoir vu à l'Académie, au moins depuis un bien grand nombre d'années, était venu voter pour son collègue du Muséum (il est du moins permis de le présumer). M. le Président, en signalant sa présence à ses collègues, lui a valu une petite ovation. Il a rappelé qu'il était aujourd'hui le plus ancien membre de l'Académie, ayant été nommé en 1823, deux ans après sa constitution. M. Milne-Edwards était également présent au scrutin. On ne pourra plus rigoureusement dire, comme cela a été dit, que les associés libres pourraient se faire représenter à l'Académie par leur photographie.

Après l'élection, M. Pasteur (il n'y en avait décidément hier que pour les associés libres) a fait un exposé, très religieusement écouté, des belles recherches de son élève et collaborateur, tombé victime de son dévouement à la science en Égypte, le regrettable Thuillier, sur la vaccination du rouget des porcs, recherches dont les résultats sont entrés depuis dans la pratique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire des Médecins arabes et de l'École de Salerne (1).

II

Razès naquit à Rey, Raï ou Ray, une des villes les plus considérables de la Perse. Pendant sa jeunesse, il se livra aux lettres et aux arts, il se passionna pour la musique et la poésie, il exerça même la profession de changeur; puis il y renonça pour s'adonner à la médecine et à la philosophie. Une visite faite à l'hôpital de Bagdad détermina sa vocation. Razès avait fait de si grands progrès qu'il était devenu le plus célèbre professeur de Bagdad. Il écrivit douze livres sur la chimie, art secret qui était, disait-il, plus possible qu'impossible. Doué d'une activité infatigable, il fut successivement directeur de l'hôpital de Rey et de celui de Bagdad. Il fit quelques voyages, écrivit, pratiqua la médecine avec grand succès et finit ses jours à Rey. Devenu aveugle à quatre-vingts ans, on prétend qu'il ne voulut pas se laisser opérer de la cataracte parce que le chirurgien chargé de cette opération ne put lui dire le nombre des membranes de l'œil. D'autres avancent que Razès, pressé de se faire opérer, aurait répondu : « J'ai tant vu le monde que je ne tiens plus à le voir. » Razès mourut en 932 de notre ère.

Il reste deux ouvrages de Razès. Le premier est composé de dix livres sur le traitement des maladies. Il est dédié à Almanzor le Samanéen, gouverneur du Khorassan, neveu du Khalife Moktasi. Cet Almanzor a donné lieu à toutes sortes d'erreurs, étant regardé comme Khalife de Bagdad ou comme prince de Cordoue; Razès lui-même lui donne son vrai titre. On trouve dans ce premier ouvrage le *Mansoury* (*Liber ad Almansorem*) un exposé des qualités que doit posséder le médecin, des règles pour sa conduite, une critique des charlatans qui rappelle les traités analogues d'Hippocrate et de Galien ; par conséquent les médecins arabes de cette époque avaient une haute idée de leurs devoirs et de la science acquise par la lecture, la méditation, ainsi que par l'observation des malades.

Le second et le principal des ouvrages qui nous sont parvenus sous le nom de Razès, a pour titre *Havi*, *Haouy*, ou *Continens*, ainsi appelé parce qu'il contient tout un corps de médecine pratique. Le *Continent*, divisé en deux parties, renferme dix-sept livres. C'est un abrégé de médecine et de chirurgie condensant les opinions des médecins anciens et même plus modernes. Le plan n'est pas uniforme; il n'a pu être donné par Razès tel que nous l'avons aujourd'hui, car l'auteur y est cité souvent à la troisième personne; on y voit nommés des médecins grecs postérieurs à Razès, dont il ne pouvait avoir connaissance. Aussi a-t-on élevé des doutes sur l'authenticité du *Continent;* mais il est certain qu'il a été composé ou écrit en grande partie par Razès lui-même, et formé d'une série d'extraits, de notes, qui n'étaient point destinés à être publiés de la sorte, enfin que l'ouvrage primitif a été surchargé d'additions postérieures. Cuvier pense

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 novembre 1883.

que c'est un recueil des leçons de Razès, remanié après sa mort.

Nous reconnaissons dans le *Haouy* ou *Continens* tout le galénisme mêlé de méthodisme. Les Arabes ont dû se trouver embarrassés en voulant suivre aveuglément les Grecs et rencontrer des contradictions. Razès fait un aveu précieux à retenir, en disant que la diversité des opinions émises par les anciens porte la confusion dans ses idées et qu'il veut s'en rapporter à l'autorité de Galien.

La séméiologie est l'étude de prédilection des médecins arabes, elle flattait leur goût pour le merveilleux et l'art prophétique. L'habileté de Razès a été grande pour annoncer la terminaison des maladies aiguës et chroniques ; il avait contrôlé au lit du malade les recherches de ses prédécesseurs, il a insisté sur l'uroscopie.

Le traité de la petite vérole et de la rougeole est capital. Razès décrit un ensemble de fièvres éruptives sous le nom commun de varioles, et, chose singulière, il ne les regarde pas comme des affections nouvelles puisqu'il croit les reconnaître dans plusieurs passages de Galien. Il donne de bons préceptes de traitement. Cet ouvrage est le plus ancien que nous ayons sur la variole, celui d'Aaron étant perdu. Je vous ai déjà parlé des notions laissées par les historiens occidentaux sur la variole au VIe siècle, elles précèdent celles des médecins arabes.

La chirurgie de Razès est élémentaire. Il cherchait à reconnaître si le corps était sec et la partie humide ou inversement, pour déterminer l'onguent ou l'emplâtre auquel il fallait recourir. Il réduisait les fractures et les luxations avec des machines. Les conseils pour faciliter l'accouchement sont effroyables : si les secousses fréquentes auxquelles on doit avoir recours dans tous les cas n'amènent pas la sortie du fœtus, il faut mettre celui-ci en lambeaux et le retirer partiellement. Razès a indiqué bon nombre de médicaments tirés du règne minéral ainsi que des préparations pharmaceutiques; le premier, il a mentionné l'eau-de-vie.

Ce qui donne à Razès un mérite hors ligne, c'est l'indication de ses devanciers grecs, persans, indiens. Quant à ses prédécesseurs immédiats, leur nombre est plus considérable qu'on aurait pu le supposer.

Nous avons les titres de 220 ouvrages de Razès. Le *Djami* et le *Fakhir* n'ont pas été traduits. En résumé, aucun médecin arabe n'a surpassé Razès, qui a frayé la voie et qui a réuni l'érudition et l'expérience.

Ali fils d'Abbas (Ali ben el Abbas el Madjoussy), surnommé le Mage ou le Magicien, est postérieur de cinquante ans environ à Razès et d'origine persane comme lui. Son ouvrage en vingt livres, intitulé *le Maleky* ou le Recueil royal, est dédié à Adhad Eddoulah, émir de Bagdad. C'est un système complet de médecine d'après Galien et ses successeurs. Ali Abbas expose avec beaucoup de méthode la médecine entière au point de vue théorique et surtout pratique ; les jeunes médecins, dit-il, doivent étudier longtemps dans les hôpitaux, c'est là que j'ai recueilli la plupart de mes observations. Il ajoute qu'il s'est conformé aux préceptes de la médecine grecque en la modifiant pour l'accommoder au climat et ne s'en écartant que pour la matière médicale enrichie par une quantité de médicaments nouveaux. Le Recueil royal, le *Maleky*, est certainement supérieur par le côté pratique à l'ouvrage si célèbre d'Avicenne dont je vais vous entretenir.

Avicenne (Al Hussein Abou Ali ben Abdallah Ebn Sina) a été surnommé le prince des médecins : Reys, prince, et Cheikh, maître. Il est né à Bokhara, dans le Khorassan, en 980, et son principal ouvrage a dominé en médecine pendant plus de six siècles. Son père lui donna une éducation très soignée ; l'enfant se vantait de savoir le Koran par cœur, à dix ans. Avicenne apprit rapidement la grammaire, la dialectique, la géométrie d'Euclide, l'astronomie de Ptolémée, puis l'arithmétique avec les chiffres indiens devenus avec quelques changements ceux des Arabes. A vingt-deux ans, il perdit son père et vint étudier la philosophie et la médecine à Bagdad. Travaillant avec persévérance, il prenait la nuit d'abondantes boissons pour chasser le sommeil. Il eut de bonne heure de grands succès pratiques ; on a dit de lui qu'il guérît le neveu d'un khalife, d'une maladie causée par l'amour. Nous avons vu attribuer pareille cure à Hippocrate et à Galien. Quelque temps après il fut élevé à la dignité de vizir, et il jouit de la plus grande considération ; mais il tomba tout à coup du faîte des honneurs au fond d'un cachot. L'émir avait conféré le gouvernement de la contrée natale d'Avicenne à son neveu ; or, celui-ci s'était attaché Avicenne, en qualité de médecin, lorsque l'émir, mécontent de la conduite du nouveau gouverneur, résolut de s'en défaire par le poison et par la main d'Avicenne. Le médecin, ne voulant manquer ni à son souverain ni à son client, garda le silence et ne commit pas le crime. Le neveu, instruit du projet de son oncle, punit Avicenne du secret qu'il lui en avait fait. D'autres ont dit qu'il avait favorisé une sédition. Quoi qu'il en soit, il s'échappa de sa prison sous l'habit d'un sufi et atteignit Ispahan. L'émir l'accueillit bien et lui donna une maison. Finalement, Avicenne avait su reconquérir tout ce qu'il avait perdu. Pendant les dernières années de son existence, il composa ses ouvrages déjà commencés sur la médecine et les autres sciences. Enfin, après une vie agitée, livrée aux excès du travail et des plaisirs, il fut atteint de dysenterie et mourut à Hamdan en 1036 ou 1037, âgé seulement de cinquante-huit ans.

Laissant de côté ses publications philosophiques, je puis vous dire que son ouvrage considérable, intitulé *Canon* ou *Règle*, a été un classique par excellence. Avicenne a été jugé diversement ; pour les uns, c'était un second Galien ; d'autres ont dit qu'il avait été louche en médecine et aveugle en philosophie. Les circonstances ont favorisé l'ouvrage d'Avicenne, parce qu'il formait un traité complet. Au moyen âge, les médecins s'en tenaient volontiers aux décisions d'un auteur qui dispensait de toute espèce de recherches et qu'on regardait comme un oracle. Le *Canon* contenait la majeure partie de ce qui avait été dit jusqu'alors par les médecins grecs et arabes ; l'ordre qui y règne s'accordait avec l'esprit scolastique. En résumé, si le *Canon* d'Avicenne est mieux ordonné que le *Continent* de Razès, Avicenne doit plus à la lecture qu'à la pratique personnelle. Ali Abbas, inférieur à Razès, est supérieur à Avicenne.

Avec une intelligence précoce, Avicenne avait de vastes connaissances ; mais s'il raisonne et discute beaucoup, il avait légèrement observé, et en somme il ne montre pas d'originalité. Sa physiologie est celle de Galien, encore plus raffinée. Quand il s'écarte de Galien, il est dirigé par Aristote ; comme ce dernier, il accorde trois ventricules au cœur. Sa pathologie n'est pas moins féconde que sa physiologie en subtilités outrées. Il compte quinze espèces de douleurs. Ses descriptions sont moins complètes et moins exactes que celles de Razès et d'Ali Abbas. Je dois une mention aux

affections des organes génitaux qui ne se rencontrent pas chez ses prédécesseurs, et que le voluptueux Persan connaissait mieux que beaucoup d'autres médecins. La matière médicale est abondante avec les acquisitions faites par les Arabes : purgatifs doux, loochs, sirops, alcoolats, camphre, emplâtres, collyres, usage du lait, du sucre, etc.

Après Avicenne, dont le *Canon* eut tant d'autorité au moyen âge sur la pratique et l'enseignement de la médecine, je citerai Mésué le jeune, fils de Hamech, qui vécut au Caire auprès du khalife El Hassem, puis Sérapion le jeune. Mésué a écrit sur la matière médicale et la médecine pratique ; il est mort à l'âge de quatre-vingt-seize ans, l'an 1015. Sérapion, bien distinct de son homonyme du IXe siècle, a laissé un traité de médicaments et de thérapeutique générale.

Parmi les médecins arabes orientaux, il y a eu au XIIIe siècle des érudits et des historiens que vous devez connaître, car leurs écrits ont une grande importance. Ce sont Abd Ellatif, né ainsi que mort à Bagdad (1161-1231), écrivain abondant ; Djemal Eddin ebn el Kofthy, mort en 1248, un des plus ardents bibliophiles, auteur du fameux *Kitab Tarikh el hokama* ou Livre de l'histoire des savants. Ebn Abi Ossaïbiah, dont je vous reparlerai, et qui ne fut pas seulement historien, mais encore praticien d'hôpital, est né à Damas en 1203 ; il mourut en Syrie l'an 1269. Ossaïbiah a composé un ouvrage des plus utiles, intitulé *Sources de renseignements sur les différentes classes de médecins*, qui, malgré ses défauts, des erreurs de chronologie, de la sécheresse et trop peu de critique, reste un monument unique devant être consulté par les médecins de tous les peuples, soit les plus anciens, soit contemporains d'Ossaïbiah. Ce livre reproduit l'histoire la plus complète de la médecine en Orient.

Enfin, je dois une mention à Aboulfaradj, fils d'Haroun, vulgairement dit Aboulfarage Grégoire ou Bar Hebræus, qui ne doit pas être confondu avec plusieurs autres Aboulfaradj. Son père était médecin ; il le fut à son tour, et vint à Damas, où il fut chargé d'un service de malades en même temps que Djemal Eddin. Philologue, sachant le syriaque, les langues grecque et arabe, il devint par la suite métropolitain des Jacobites. On a de lui une *Histoire des Dynasties*, sorte de notices universelles poursuivies jusqu'à la fin du XIIIe siècle, mais généralement empruntées au *Kitab el hokama*. Aboulfarage Grégoire est mort à Méraga en 1286.

DE LA FIÈVRE DE CROISSANCE (1)

Par M. le Dr Bouilly

Professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux.

III

« Une deuxième forme « aiguë, prolongée », nous montre les accidents à leur plus haut degré ; rarement elle débute d'emblée ; le plus souvent elle est précédée de quelques jours de frisson, de malaise, d'inappétence, à moins qu'elle n'éclate après un exercice violent sans phénomènes précurseurs.

J'ai observé cette forme grave d'emblée chez le petit garçon dont j'ai parlé plus haut et qui fut atteint à la suite d'une leçon de natation. La maladie présente ici la plupart des symptômes de la fièvre typhoïde ; puis tout à coup la scène change et le calme renaît après cinq ou dix jours de maladie. Je ne puis mieux faire, je pense, pour donner une idée de cette forme, que de rappeler brièvement l'histoire de deux de mes petits malades. Un petit garçon de cinq ans, d'une très belle santé habituelle, turbulent, très joueur, se fatiguant beaucoup à courir et à jouer, est pris, le 9 août 1880, d'un violent frisson ; mais déjà la veille il se plaignait de malaise et de fatigue, malgré lesquels il avait joué tout un après-midi au parc de la Muette. Depuis plusieurs mois, il présentait des accès fébriles sans cause connue, simulant une fièvre intermittente irrégulière.

Très rapidement, dès le début des accidents, s'établit un état adynamique grave, avec délire, sécheresse de la langue, température constante de 39°,05 à 40° et même 41° ; l'enfant se plaint dans les premiers jours de douleurs extrêmement vives dans le voisinage des articulations, sans gonflement ni rougeur. Je le vois pour la première fois le 18 août, neuf jours après le début du mal ; la température axillaire est à 40°,01, le pouls est fort à 120 en moyenne ; la langue est fuligineuse avec tendance à la sécheresse, il y a un léger ballonnement du ventre avec gargouillement fugace dans la fosse iliaque droite. La rate est volumineuse et dépasse le rebord des fausses côtes.

L'examen du poumon ne révèle rien autre chose que quelques râles sibilants à la base ; le cœur avait présenté, les jours précédents, un léger souffle d'endocardite qui n'existe plus aujourd'hui.

Mais le signe dominant est une sensibilité extrêmement vive à la pression, au niveau des épiphyses supérieures et surtout inférieures du fémur, alors qu'une pression forte et des mouvements spontanés ou provoqués ne développent aucune douleur du côté de l'articulation elle-même. Les douleurs, d'après la grand'mère, sont beaucoup moins vives qu'elles n'ont été ; l'enfant s'en est beaucoup plaint pendant les premiers jours de sa maladie et disait qu'il éprouvait comme des « coups de sabre » dans les genoux. Il s'est plaint aussi d'une douleur au niveau de l'épaule droite, mais actuellement il n'y a aucune douleur du côté des épiphyses ni des articulations des membres supérieurs.

Après un examen approfondi du cas, je pensai qu'il ne s'agissait là que de la forme grave de la fièvre de croissance, et crus pouvoir porter un pronostic prochainement favorable ; après un traitement simple dont je parlerai tout à l'heure, ou plutôt par l'évolution naturelle de la maladie, deux jours plus tard la fièvre tombait brusquement et l'enfant entrait d'emblée en convalescence.

Pendant cette maladie, il avait tellement grandi qu'aucun de ses effets ne pouvait plus lui aller et que tout le monde était frappé de son accroissement qu'on pouvait évaluer à 4 centimètres.

Je tiens, de mon second malade lui-même, la relation de sa maladie ; il s'agit d'un jeune garçon de treize ans, fort intelligent ; il prend un bain le 5 août et « avant de le prendre, dit-il, j'étais très bien portant ». Après quelques minutes d'efforts de natation, n'ayant éprouvé aucune impression de froid, il se sent courbaturé. Le lendemain, la fièvre éclate ; la peau est brûlante, « comme si j'allais avoir à nouveau la scarlatine ». Les douleurs sont si vives dans les jambes et au-dessus des genoux, que la mère applique à plusieurs reprises des sinapismes : « on ne pouvait s'appuyer un peu sur moi sans que je criasse ». Cette maladie dura ainsi toute la semaine ; ayant pris le lit le 6, le petit malade se levait le 15 août, pouvant à peine se tenir sur les jambes, très faible, très pâle et ayant grandi d'une manière très facilement appréciable. Je vis ce jeune garçon le troisième jour de sa maladie ; le médecin de la localité, homme fort instruit et très compétent, déclarait franchement qu'il ne pouvait mettre un nom sur la maladie de son jeune client.

Après un examen minutieux de la gorge, du poumon, de la peau, après la constatation des points douloureux caractéristiques, il ne me fut pas difficile de reconnaître la forme grave aiguë de la fièvre de croissance et de porter un pronostic favorable, malgré la

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 novembre 1883.

persistance, depuis le début de la maladie, d'une température de 39°,05 à 40°.

A côté de ces formes aiguës, il en existe une troisième à laquelle je donnerai volontiers le nom de « forme traînante » par opposition à l'acuité et à la rapidité des deux premières; cette forme, dont la durée est indéterminée, est caractérisée par une série de petits accès fébriles, se reproduisant pendant des semaines, quelquefois pendant des mois, avec des irrégularités et une ténacité désespérantes. A propos de rien et à propos de tout, éclate un petit accès de fièvre, caractérisé par un frisson ou de la chaleur durant deux à trois heures et laissant à sa suite un grand abattement. Le petit malade, — il s'agit le plus souvent, dans ce cas, d'enfants de dix à douze ans, — reprend ses occupations après quelques jours de repos et les accidents éclatent de nouveau. Il est faible, fatigué, triste, n'ayant de goût ni au travail ni au jeu, accusant des maux de tête fréquents et ayant de petites épistaxis à répétition.

Un des plus beaux types de cette forme m'a été fourni par un jeune garçon de douze ans, d'une bonne santé habituelle, mais étant resté petit et peu développé jusqu'à cette année; vers le mois de juin dernier il fut pris d'épistaxis, de fièvre, de courbature, de douleurs de jambe tellement vives, qu'il pouvait à peine marcher et ne pouvait plus aller en promenade ni en récréation. Retiré de la pension, où à chaque instant des accès de fièvre le forçaient de monter à l'infirmerie, il me fut amené vers le mois de juillet; il présentait tous les points douloureux caractéristiques, un état de faiblesse et d'anémie très prononcé et des retours fréquents de fièvre.

Après deux mois de séjour à la campagne, pendant lesquels les accidents ne s'étaient que peu amendés, il m'était représenté le 20 septembre, offrant encore les douleurs osseuses provoquées, une vive sensibilité à la pression des os du crâne et un état d'abattement extrême. La taille était extraordinairement accrue et en deux mois, du 20 juillet au 20 septembre, elle avait gagné « 8 centimètres ».

Telles sont les diverses formes de la fièvre de croissance que j'ai observées depuis plusieurs années avec une fréquence très inégale; le type le plus commun étant l'accès de fièvre de vingt-quatre ou trente-six heures avec défervescence brusque. Mais une chose importante à retenir est la possibilité du retour fréquent de ces accès dans une même année, chez le même sujet, coïncidant dans le même temps avec un notable accroissement de la taille et un état de faiblesse générale indiquant une souffrance prolongée de l'économie. Bien souvent dans ces cas, dans l'intervalle même des accès fébriles, la pression révèle la présence des points douloureux caractéristiques : l'imminence morbide persiste, la moindre fatigue, le moindre excès de marche la réveille sous forme d'un accès de fièvre.

Dois-je, après cet exposé, déjà beaucoup trop long, faire un diagnostic de cette maladie ?

Je dois dire tout d'abord que la fièvre de croissance ne doit se diagnostiquer que par exclusion, quand un examen minutieux aura bien et dûment fait constater l'absence d'une angine, d'une pneumonie, d'un début de fièvres éruptives, des oreillons, etc... Alors, dans cette forme aiguë des accidents, surtout chez les jeunes enfants où la fièvre s'accompagne de délire, quelquefois de menace de convulsions, la constatation des points douloureux des épiphyses vient donner la clef des accidents et éclairer un diagnostic où tout paraît obscur. J'ai pu, dans des cas déjà nombreux, ramener la tranquillité dans des familles inquiètes et prédire, au bout de peu d'heures, la fin de cet orage dont je connaissais les foyers multiples, mais peu durables.

La chute brusque de température au bout de vingt-quatre ou trente-six heures et le retour rapide à la santé viennent confirmer la chose; enfin la mensuration pratiquée soigneusement peut accuser en huit ou dix jours un accroissement de la taille de 1 et 2 centimètres.

Dans cette forme aiguë, rapide, la confusion est facile, et sans doute a plusieurs fois été commise, avec le rhumatisme articulaire aigu : chez une grande fillette de seize ans, née d'un père franchement goutteux, et d'une mère que j'ai vue à plusieurs reprises atteinte de rhumatisme articulaire, éclate le 27 juin 1882, après une longue course à pied la veille, le susdit accès de fièvre en même temps que la malade accuse une série de douleurs dans les membres et le tronc.

La mère, à mon arrivée, m'accuse avec tristesse que sa fille va être, comme elle, atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu. Au moment de mon examen, la fièvre est tombée, il n'y a qu'une sensation de courbature extrême, avec douleur lombaire assez vive et des douleurs vagues dans tous les membres. Mais voici où la chose devient intéressante : tout le rachis, surtout depuis la fin de la région dorsale, est très douloureux à la pression ; de même une pression très modérée réveille une douleur vive au niveau des épiphyses inférieures du fémur, du col de cet os, du tibia à son extrémité supérieure, de l'humérus en haut et en bas, des os de l'avant-bras du côté du coude et au niveau du collet du péroné, le tout aussi bien à droite qu'à gauche, tandis qu'au contraire toutes les jointures fonctionnent à merveille et que la palpation n'y provoque aucune sensibilité. Bien plus, la pression est plus douloureuse qu'en aucun point au niveau de l'épiphyse marginale, au-dessous de la crête iliaque, et elle est également marquée sur l'épiphyse marginale du bord axillaire de l'omoplate. Cette jeune fille, très grande et très développée, offrit à plusieurs reprises les mêmes accidents et ne gagna pas moins de 11 centimètres en une année.

Combien d'enfants et d'adolescents ont été soignés comme atteints de fièvre muqueuse ou de fièvre typhoïde, alors qu'ils n'avaient que l'ensemble symptomatique trompeur et méconnu de la fièvre de croissance! Je connais un jeune homme de très haute taille, mesurant $1^{m},84$, qui, d'après ses parents et au dire de son médecin ordinaire, n'avait pas eu dans certaines années, vers l'âge de quinze à dix-sept ans, moins de six à sept fièvres muqueuses par an! Je le vis une fois, alors qu'il avait déjà vingt et un ans, atteint d'un de ces malaises que les parents m'annonçaient comme une de ses fièvres muqueuses habituelles; il ne me fut pas difficile de leur montrer l'erreur et de leur mettre le doigt, pour ainsi dire, sur le diagnostic en leur faisant trouver et presser les points douloureux des régions juxta-épiphysaires.

Je ne voudrais cependant pas faire la part trop belle à la facilité du diagnostic : les douleurs de croissance peuvent coïncider avec une maladie fébrile dont elles ne sont pas l'expression symptomatique; une fois, au début d'une rougeole dans la période prodromique, deux fois dans les premiers jours d'une fièvre typhoïde, j'ai constaté nettement ces douleurs et ce n'est que l'évolution ultérieure des accidents qui a démontré la vraie nature de la maladie.

Dans la plupart des maladies de l'enfance et de l'adolescence, ces poussées osseuses congestives sont manifestes et se révèlent au moment de la convalescence par un notable accroissement de la taille, fait anciennement connu et dont j'ai rapporté plusieurs exemples dans un premier mémoire. Ma seule prétention est de démontrer que dans nombre de cas elles peuvent, à elles seules, constituer toute la maladie.

Quant au traitement, il est bien simple : le repos seul pourrait peut-être suffire, qu'on y ajoute un peu de sulfate de quinine à à l'intérieur ou quelques pincées de cette poudre entre les orteils chez les tout jeunes enfants, qu'on remplisse les quelques indications symptomatiques créées par la fièvre et ce sera bien. Une meilleure recommandation sera, pendant quelque temps, de faire éviter à ces jeunes convalescents la marche et les fatigues, causes fréquentes de l'accès et de ses retours, et de combattre, par les moyens appropriés, l'anémie et la faiblesse qui en sont ordinairement les conséquences.

Et maintenant, que l'on me pardonne cette incursion sur le terrain de la pathologie médicale de l'enfance et de l'adolescence; mais le sujet appartient à une zone frontière où le chirurgien peut momentanément s'égarer.

THÉRAPEUTIQUE

Le goudron et son mode d'action dans les affections des voies respiratoires.

Par M. le Dr Delmis.

Le traitement local des affections broncho-pulmonaires est une des conquêtes de la médecine contemporaine. Qu'un défaut d'hématose et par suite une altération nutritive générale accompagnent toujours de pareilles maladies, c'est ce qu'il est facile de constater chez les tuberculeux, chez les vieillards atteints de bronchites chroniques, etc. Dans ces conditions, il était naturel de se préoccuper de l'état général ; mais une médication le visant exclusivement serait aussi nécessairement incomplète.

Il faut, de toute nécessité, recourir à l'emploi de substances agissant sur les agrégats morbides qui s'opposent à la pénétration de l'air dans les alvéoles pulmonaires. Jusqu'ici on administrait exclusivement par les voies digestives les médicaments destinés à obtenir ce résultat.

Toutefois, il faut reconnaître que, dans ces derniers temps, d'ingénieuses tentatives ont été faites pour agir d'une façon plus directe et plus rationnelle.

L'efficacité du goudron, dans ces conditions, étant parfaitement prouvée, on a cherché à le faire respirer aux malades soit dans des chambres saturées de vapeurs de goudron, soit à l'aide de masques destinés à mélanger les vapeurs de goudron à l'air inspiré. Ces procédés ingénieux constituaient un progrès sans doute, mais avaient tous le grand défaut d'être fort dispendieux et peu commodes à employer.

M. Géraudel a trouvé un moyen plus simple et surtout plus pratique de faire pénétrer le goudron jusque dans les dernières ramifications de l'arbre bronchique.

Dans la préparation de ses pastilles, M. Géraudel a réduit le goudron en particules d'une extrême ténuité, en le mélangeant intimement avec d'autres substances capables de lui servir d'adjuvants, mais il a repoussé toute substance narcotique.

Grâce à cette division moléculaire, pendant la succion de ces pastilles, le goudron qu'elles renferment, se dissout dans la salive avec laquelle il constitue un gargarisme des plus efficaces, tandis que ce même goudron, volatilisé par la chaleur organique normale, se trouve forcément mélangé à l'air inspiré et entraîné jusqu'aux dernières cellules pulmonaires.

Sous cette forme nouvelle, le goudron révèle instantanément ses effets ordinaires : une hypersécrétion glandulaire, une salivation toujours utile. Les molécules de la substance médicamenteuse entraînées dans les bronches par le courant d'air inspiré y continuent leur action modificatrice; les masses muco-purulentes, visqueuses et adhérentes, qui irritent les muqueuses, obstruent les canaux bronchiques et finissent par déterminer ces violents accès de dyspnée et de toux, qui fatiguent tant les malades, sont peu à peu rendues mobiles en même temps que la musculature reprend sa tonalité; le moindre effort d'expectoration suffit alors pour tout entraîner, et l'expectoration devient très facile.

A cette action mécanique s'ajoute aussi une action chimique : c'est grâce à elle que le goudron liquéfie partiellement les exsudats, et détruit les produits septiques qui donnent à l'haleine sa fétidité. Ses propriétés désinfectantes sont, ici, utiles au premier chef.

Dans ces conditions, l'action du goudron est tellement instantanée, que des accès de toux convulsifs sont immédiatement enrayés par l'usage de quelques pastilles.

La découverte de M. Géraudel constitue donc un véritable progrès thérapeutique, et contribuera à populariser encore davantage un excellent médicament.

Le public médical a, du reste, déjà ratifié le jugement du jury de l'Exposition universelle de 1878, qui avait compris toute l'importance de cette innovation, et l'avait honorée d'une haute récompense.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 novembre 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

Elle comprend une lettre de M. Cadet de Gassicourt, qui se porte candidat dans la section de pathologie médicale.

M. Jules Guérin, à l'occasion du procès-verbal, dit que, dans la récente épidémie cholérique d'Égypte, il était important d'établir les conditions sanitaires de la ville de Damiette : ce qu'ont fait MM. Chaffey-Bey et Ferrari. M. Chaumery a vérifié l'exactitude de ces recherches et il se trouve ainsi en formelle opposition avec la doctrine de M. Fauvel. Cette contradiction ne prouve-t-elle pas, une fois de plus, que le système des témoignages comme moyen d'investigations de faits relatifs à l'étiologie du choléra ne peut conduire à aucun résultat sérieux et qu'il serait préférable de recourir à l'étude de l'évolution de la maladie épidémique et individuelle.

M. Fauvel fait observer que la réponse aux observations de M. Guérin se trouve dans le rapport officiel de M. Mahé, qui prouve l'inexactitude des faits sur lesquels s'appuie M. Guérin.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section des associés libres.

La liste de présentation de la commission porte :

En première ligne, M. de Quatrefages.

En deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Durand-Claye, Foville, Magitot, de Ranse et Worms.

Le nombre des votants étant de 93, majorité 47, le dépouillement du scrutin donne le résultat suivant :

MM. de Quatrefages obtient	44 voix.
Worms	33 —
Magitot	13 —
Durand-Claye	1 —
Bulletins blancs	2 —

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Nombre des votants 92, majorité 47.

MM. de Quatrefages obtient	59 voix.
Worms	30 —
Magitot	2 —
Bulletin nul	1 —

M. de Quatrefages, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu. Son élection sera soumise à l'approbation du président de la République.

La parole est à M. Pasteur, pour une communication.

COMMUNICATION

Vaccination du rouget des porcs. — M. Pasteur lit une note faite en collaboration avec M. Thuillier, sur la vaccination du rouget des porcs à l'aide du virus mortel atténué de cette maladie. M. Pasteur commence par faire l'éloge de son collaborateur et exposer sa biographie scientifique. Puis, entrant dans le sujet qui est l'objet de cette communication, il expose les faits qui ont amené M. Thuillier à la découverte de la cause de la maladie infectieuse du porc connue sous le nom de rouget. Les recherches auxquelles ce jeune savant s'est livré en 1882 dans le département de la Vienne, ont prouvé que le rouget était causé par un microbe spécial, susceptible d'être isolé et cultivé dans du bouillon de veau. Inoculé à des animaux sains, le microbe cultivé leur communiquait la maladie mortelle. M. Pasteur s'appliqua dès lors à trouver le moyen d'atténuer la virulence de ce microbe. Il y est parvenu en le cultivant pendant plusieurs générations, dans l'organisme du lapin. Au bout de quelques générations, le microbe du rouget, acclimaté chez le lapin, reporté par inoculation sur le porc, ne lui communiquait plus qu'une maladie légère qui le rendait réfractaire aux épizooties futures de rouget. C'est ainsi, dit-il, que des

porcs vaccinés l'an dernier par ce virus ainsi atténué, dans le département de Vaucluse, ont résisté tous, sans exception, à une épizootie très meurtrière survenue depuis lors.

Ces expériences et les divers autres documents exposés dans cette note permettent, dit M. Pasteur, de ne conserver aucun doute sur les conclusions suivantes :

1° Le rouget épizootique, même le plus violent, peut être prévenu par des inoculations du virus virulent atténué ;

2° Il est établi, en outre, que la durée de l'immunité dépasse une année ; qu'en conséquence cette durée suffit amplement aux exigences des pratiques de l'élevage du porc, puisque l'engraissement des sujets ne se prolonge guère au delà d'une année. Toutefois, malgré ces heureux résultats, M. Pasteur répète que la question de l'appropriation des vaccins aux diverses races exige encore de nouveaux contrôles pour que la vaccination des porcs puisse être généralisée.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Féréol sur les candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et matière médicale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 26 novembre, M. Cunisset a été promu, après concours, au grade de pharmacien-professeur de la marine.

— *Concours du prosectorat des hôpitaux de Paris.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. Alfred Ricard, actuellement interne à l'hôpital de la Charité. Le nombre des candidats était de onze.

Les questions données pour les diverses épreuves sont les suivantes :

Épreuves orales. — *A.* Questions d'anatomie : 1° Les méninges spinales ; 2° le pharynx ; 3° le cœur, moins sa structure.

B. Questions de physiologie : 1° De l'absorption intestinale ; 2° salive et sécrétion salivaire ; 3° circulation capillaire.

C. Questions de pathologie externe : 1° rétrécissement de la trachée ; 2° ulcères des jambes.

Composition écrite. — Anatomie pathologique des tumeurs blanches.

Épreuves de dissection. — Les muscles de la plante du pied.

Préparations de pièces. — Portion cervicale du pneumo-gastrique.

Épreuves opératoires. — 1° Ligature de la carotide externe ; 2° amputation des deux derniers métatarsiens avec leurs orteils.

— Le sujet de la composition écrite du concours pour les prix de l'internat des hôpitaux de Paris a été :

1° Pour les élèves de la première division (internes de troisième et de quatrième année) : *a.* Muqueuse pituitaire ; *b.* Les hémorragies dans les fièvres ;

2° Pour les élèves de la deuxième division (internes de première et de deuxième année) : *a.* Les muscles pelvi-trochantériens, anatomie et physiologie ; *b.* Signes et diagnostic de la coxalgie.

— La première épreuve du concours pour l'internat des hôpitaux de Paris est terminée : six candidats seulement ont été éliminés. Les questions données jusqu'à ce jour pour la seconde épreuve (épreuve orale) sont : 1° Muqueuse utérine en dehors de la grossesse ; diagnostic de la grossesse ; 2° glandes de l'intestin grêle ; complications de la fièvre typhoïde.

— Les dernières questions données pour la première épreuve du concours de l'externat des hôpitaux de Paris sont : 1° Rapports des reins ; 2° veines saphènes ; 3° calcanéum et astragale ; 4° muscle biceps du bras. — Les questions données jusqu'à ce jour pour la seconde épreuve sont : 1° chloroformisation ; 2° érysipèle de la face ; 3° fracture de la rotule ; 4° panaris ; 5° signes fournis par la percussion et par l'auscultation dans la phtisie pulmonaire ; 6° causes, signes et diagnostic de la péritonite aiguë.

— Par décision ministérielle, en date du 26 novembre 1883, M. Denoix, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale (emploi vacant par organisation).

— Sont appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1883-1884, d'une des bourses d'enseignement supérieur instituées par la fondation de Barkow : MM. Ernest Copin, Jean-Henri Cuvillier, étudiants de la Faculté de médecine de Paris, et Georges-Alexandre Joubert, élève de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Haussmann est maintenu, pendant l'année scolaire 1883-1884, dans les fonctions de préparateur de pathologie externe.

— *École de médecine de Dijon.* — M. le docteur Belin est maintenu, jusqu'à la fin du prochain concours, dans les fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes.

M. Belin, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes, est chargé, pour le premier semestre de l'année scolaire 1883-1884, de la chaire de clinique externe vacante à ladite école, par suite du décès de M. Brulet.

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — M. Guillaumet, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Roux, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Charcot, membre de l'Institut, commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux, le vendredi 30 novembre 1883, à neuf heures et demie du matin, à l'hospice de la Salpêtrière.

Les lundis : leçon au lit des malades. — Les mardis : examen des malades de la consultation externe. — Les vendredis : leçon à l'amphithéâtre.

— M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 30 novembre 1883, à neuf heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Les mardis, leçon au lit des malades ; les vendredis, leçon à l'amphithéâtre, à dix heures.

— M. le docteur Humbert, agrégé, suppléant M. le professeur Richet, commencera le cours de clinique chirurgicale le mardi 4 décembre 1883, à dix heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

La visite des malades aura lieu tous les jours, à neuf heures du matin.

— Les manipulations de physique médicale obligatoires pour les élèves de première année (nouveau régime) auront lieu par séries mensuelles, au laboratoire de physique de l'École pratique, rue Vauquelin, 1, sous la direction de M. Guébhard, agrégé, chef des travaux, le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine, de quatre heures à six heures du soir. Des conférences auront lieu le mardi à trois heures et demie.

La convocation des séries se fera par affiches apposées à la Faculté de médecine, à la porte de l'amphithéâtre du cours de physique et à l'École pratique, à la porte du laboratoire.

— M. le docteur Brocq fait, les mardis et samedis à quatre heures, à l'École pratique (rue de l'École-de-Médecine, amphithéâtre n° 1), un cours de dermatologie.

— *École pratique des Hautes-Études.* — M. Morel (Louis), licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur près le laboratoire de botanique (organographie et physiologie) de l'École pratique des Hautes-Études (section des sciences naturelles), en remplacement de M. Guignand, appelé à d'autres fonctions.

— *Muséum.* — M. le professeur Ph. Van Tieghem commencera le cours d'organographie et physiologie végétale, le samedi 1er décembre 1883, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur traitera de l'anatomie comparée et de la physiologie spéciale des plantes vasculaires.

Les leçons du jeudi seront des leçons pratiques et elles auront lieu au laboratoire de botanique, 63 ,rue de Buffon.

Pendant le premier semestre de l'année scolaire, du 1er décembre 1883 au 1er avril 1884, le laboratoire d'enseignement sera ouvert tous les jours, de onze heures à quatre heures, excepté le lundi et le mardi. Pendant le second semestre, du 1er avril 1884 à la fin de l'année scolaire, il sera ouvert seulement le jeudi et le vendredi aux mêmes heures. Les élèves qui désirent prendre part aux travaux du laboratoire des recherches de botanique sont priés de se faire inscrire à l'avance au laboratoire, 65, rue de Buffon.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 novembre 1883, un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert, le 1er août 1884, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. le docteur Laisney est nommé médecin du lycée de Coutances, en remplacement de M. le docteur Vigot, nommé médecin honoraire.

M. le docteur Dudouyt est nommé médecin-adjoint au même lycée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Auguste Tessereau, ancien médecin consultant à Cauterets, ancien adjoint au maire du 1er arrondissement de Paris.

Cours élémentaire et pratique de biologie, par MM. E.-H. Huxley, secrétaire de la Société royale de Londres, et H.-N. Martin, agrégé de Christs College Cambridge, traduit par S. Prieur. 1 vol. in-18 de 400 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15397

N° 138. — SAMEDI 1er DÉCEMBRE 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 1er DÉCEMBRE 1883. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Le cours des maladies mentales et des maladies du cerveau à Sainte-Anne : Aphasie ; — Dualité cérébrale. — Névrose cardio-vasculaire, crises cardialgiques et dyspnéiques. — Contusion du testicule. — THÉRAPEUTIQUE. Des adjuvants rationnels de la médication ferrugineuse. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le cours des maladies mentales et des maladies du cerveau à Sainte-Anne. — Aphasie. — Dualité cérébrale.

Nous avons assisté aux deux premières leçons de la clinique de M. le professeur Ball à Sainte-Anne. Dans les années précédentes, M. Ball, conformément à la première partie du programme de son cours, a parcouru la presque totalité du cadre des maladies mentales. Indépendamment des extraits ou des résumés de ses leçons, qui ont été donnés tant dans la *Gazette des hôpitaux* que dans d'autres recueils et journaux médicaux, il suffirait, pour s'en assurer, de jeter un coup d'œil sur les titres de chapitres des *Leçons sur les maladies mentales* qu'il vient de publier. On y trouvera : l'histoire de la médecine mentale à travers les siècles, qui a fait le sujet de la leçon d'inauguration de la clinique ; des considérations sur la folie en général ; puis successivement, en autant de leçons, des études sur les éléments morbides de la folie, illusions, hallucinations, conceptions délirantes, impulsions, etc. ; sur l'état physique des aliénés, sur les lésions anatomiques de la folie ; sur les différentes formes du délire, mélancolie, persécution, stupeur, manie, démence, folie circulaire, etc. ; sur les causes, l'hérédité, le diagnostic, le pronostic, le traitement ; puis sur les monomanies ou délires partiels ; sur les délires spécifiques, les troubles mentaux liés à nombre d'états morbides, les paralysies générales, etc., etc. M. Ball, en commençant son cours de cette année, a annoncé qu'il allait le consacrer, au moins en partie, à l'étude clinique de quelques-unes des maladies du cerveau, qui entrent dans la deuxième moitié de son programme. Il a commencé par l'aphasie.

Un mot d'abord sur la doctrine de la dualité cérébrale, à l'édification de laquelle l'histoire de l'aphasie a si puissamment contribué.

DUALITÉ CÉRÉBRALE.

Le seul mot « aphasie » éveille dans l'esprit l'une des découvertes les plus importantes qui aient été faites de notre temps, et qui intéresse au même titre la pathologie cérébrale, la pathologie mentale et la psychologie. En effet, de la découverte des deux Dax déjà préparée par les études de Bouillaud, complétée et mieux précisée par Broca, l'affectation de la troisième circonvolution du lobe frontal gauche à la fonction du langage, date la première démonstration réelle des localisations cérébrales et des différences fonctionnelles des deux hémisphères cérébraux. Dès ce moment, l'ancienne doctrine de l'unité, du consensus harmonique dedeuxp arties symétriques du cerveau dans la grande fonction de l'idéation a dû céder devant ce fait nouveau , qui montrait l'indépendance et la fonctionnalité différente d'organes en apparence similaires et expliquait par là ces anomalies et ces singularités pathologiques, jusque-là inexplicables, d'une sorte de dualité mentale, dont les observations récentes d'hypnotisme, notamment, nous ont fait voir de si curieux exemples.

Tous ceux qui connaissent la manière de professer de M. Ball devineront aisément tout le parti qu'il a su tirer de ce texte, dont le développement a fait le sujet de sa première leçon. Il a montré, par plusieurs exemples, comment l'observation avait déjà devancé les conséquences qui allaient découler de cette découverte ; il a cité, notamment, ce fait rapporté par Wigan à l'appui de sa théorie sur la dualité de l'esprit, développée dans un ouvrage paru en 1840 : il s'agit d'un ecclésiastique qui était allé le consulter, s'accusant à lui de fautes graves imaginaires, de jeux qui avaient ruiné un de ses amis en même temps qu'ils l'avaient réduit lui-même à un état misérable et le jetaient dans le plus cruel embarras, et démentant aussitôt après cette affirmation par une affirmation contraire dans laquelle il se reconnaissait, ce qu'il était en réalité, un honorable pasteur dévoué à ses devoirs et n'ayant jamais porté le moindre préjudice à personne, ni commis les actes répréhensibles dont il venait de s'accuser à l'instant. Il y avait donc là deux idées diamétralement opposées, conçues presque simultanément et ayant évidemment des points d'origine différents.

A la spécialisation fonctionnelle de l'hémisphère gauche, qui lui donne une suprématie manifeste sur son congénère, qui en fait la partie la plus délicate et la plus noble à la fois de l'encéphale, correspond cette supériorité si générale chez l'homme des mouvements du côté droit. C'est ce que confirme la grande masse des faits observés dans ces derniers temps. Que si quelques faits contradictoires se montrent de loin en loin, ces faits ne sont contradictoires qu'en apparence ; ils ne prouvent en réalité autre chose que la substitution fonctionnelle momentanée d'un lobe à l'autre

dans sa spécialisation ou son aptitude à la suppléance. Mais le fait lui-même de la dualité cérébrale ou du dédoublement possible de la personnalité n'en reste pas moins établi.

Tel est le sens général des développements pleins d'intérêt dans lesquels M. Ball est entré sur ce sujet, dans cette première leçon. Il s'est déclaré, en un mot, partisan de la théorie de l'indépendance fonctionnelle des centres nerveux, pouvant aller même jusqu'à l'indépendance des deux hémisphères cérébraux, mais sans perdre de vue cet autre fait si important à considérer dans l'étude de cet ordre de phénomène, de la suppléance réciproque, au besoin, de ces hémisphères l'un par l'autre, et de la nécessité de leur concours synergique et harmonique pour le fonctionnement régulier.

Ces questions si délicates sont depuis quelque temps l'objet d'études spéciales et approfondies dans plusieurs ouvrages récents et dans plusieurs publications périodiques. Nous citerons, entre autres, les travaux si connus dans le monde de MM. Taine sur l'intelligence, Ribot sur les maladies de la mémoire et de la volonté, et ceux plus particulièrement appréciés par nos confrères, de M. le professeur Azam (de Bordeaux) et notamment son dernier article sur les *altérations de la personnalité*, inséré dans le numéro du 17 novembre 1883 de la *Revue scientifique*.

APHASIE.

C'est dans sa deuxième leçon, celle de dimanche dernier, que M. Ball est entré en plein dans son sujet, dans l'histoire de l'aphasie. Le texte ou le point de départ lui en était naturellement fourni par un sujet du service, qui a été présenté à l'auditoire, à la fin de la séance, et dont voici en quelques mots l'histoire qui n'est pas sans intérêt, surtout au point de vue de l'origine de la maladie.

Il s'agit d'un homme âgé de trente-neuf à quarante ans environ, d'un aspect vigoureux, robuste, malgré les orages pathologiques qu'il a traversés et dont voici les principales phases. Le premier accident a consisté en un coup de poing reçu sur la tête à l'âge de quinze ans ; il n'y a, à l'égard de la part qui peut revenir à ce coup de poing dans le développement des phénomènes morbides ultérieurs, qu'une simple présomption, qu'affaiblit même beaucoup le long intervalle de temps écoulé entre la cause présumée et son effet. Un deuxième accident, beaucoup plus grave et plus topique, est celui qui est survenu il y a trois ans, une attaque de rhumatisme articulaire aiguë ; la maladie durait depuis deux mois et semblait marcher vers la guérison, lorsque tout à coup, sans cause connue, le malade tomba frappé d'une attaque d'apoplexie. Il se réveilla aphasique et frappé d'hémiplégie droite. Peu à peu le mouvement et la parole revinrent, mais imparfaitement. L'intelligence restait également au-dessous de ce qu'elle était auparavant.

Depuis, ce malade est resté sujet à de petites attaques apoplectiformes. Quand il en est averti par certains signes prodromiques, il se couche afin de ne point tomber, il perd connaissance pendant quelques instants, puis il revient à lui.

Nous ne suivrons pas ici M. Ball dans l'histoire générale de l'aphasie, sujet qui a été déjà traité bien des fois dans nos colonnes, depuis les leçons si retentissantes de Trousseau sur ce sujet jusqu'à l'étude si complète qu'en a publiée récemment notre collaborateur M. Legrand du Saulle. Nous nous bornerons à rappeler en peu de mots la définition qu'il en a donnée et les divisions qu'il a l'intention de suivre dans les développements qu'il se propose de donner à ce sujet.

Pour lui, l'aphasie est l'altération du pouvoir d'exprimer au dehors la pensée par tous les moyens de manifestation dont elle dispose à l'état normal. Tout homme qui parle se livre à trois actes : la pensée, la diction ou expression et l'articulation des sons destinés à la transmettre. Ces trois ordres de phénomènes peuvent être lésés séparément ou simultanément. L'expression de la pensée ne se fait pas seulement par la parole, elle se fait aussi par l'écriture et par le geste. D'où cette première division naturelle des troubles divers survenus dans chacun de ces divers modes d'expression : l'aphasie, l'agraphie et l'akinésie.

L'aphasie elle-même peut être divisée en plusieurs espèces : l'aphasie amnésique, la plus habituelle de toutes, l'aphasie ataxique, véritable incoordination, et enfin la cécité et la surdité verbales, ou véritable mutité ; la paraphasie, ou substitution d'un mot à un autre ; enfin l'aphasie grammaticale, ou l'incorrection dans la coordination du langage. C'est au développement de chacune de ces espèces, comprenant tous les cas particuliers qui ont pu se présenter jusqu'à présent à l'observation, et prises chacune comme texte d'autant de leçons, que M. Ball se propose de consacrer une partie de son cours de cette année scolaire.

Névrose cardio-vasculaire, crises cardialgiques et dyspnéiques.

Le cadre des névroses est heureusement indéfiniment extensible, faute de quoi il faudrait plus d'une fois procéder par voie d'extraction pour y faire pénétrer les variétés infinies que nous offre journellement l'observation. Voici un exemple d'une névrose innomée et inclassée jusqu'à présent, que rapportait il y a quelques jours M. le professeur Potain dans une de ses leçons cliniques.

Un homme de vingt-sept ans est entré à l'hôpital Necker le 19 avril dernier, se plaignant d'éprouver périodiquement, mais à des époques indéterminées, des crises consistant en une angoisse précordiale extrême, avec battements très précipités du cœur, s'accompagnant d'anhélation, allant parfois jusqu'à une suspension momentanée complète de la respiration et se terminant par une prostration profonde, sans perte absolue de connaissance, mais avec une sorte d'obnubilation passagère.

Questionné sur ses antécédents et sur le début de sa maladie, cet homme dit avoir eu une bronchite au moment de la guerre et avoir continué à tousser jusqu'en 1876. A cette époque il a ressenti pour la première fois des battements de cœur très violents, qui l'ont obligé à suspendre son travail pendant trois mois ; il exerçait alors la profession de plombier. En 1880, il est resté encore cinq mois sans travailler ; à cette époque il s'est aperçu que ses jambes enflaient ; il eut aussi en ce moment du purpura. Depuis, il ne lui fut plus possible de se livrer à aucune occupation suivie. Enfin depuis trois mois il saigne du nez et crache du sang presque tous les jours, mais en petite quantité. Il a d'ailleurs conservé l'appétit ; il n'a que très peu maigri et il a des alternatives de diarrhée et de constipation.

A l'examen on constate, dans la poitrine, quelques râles disséminés après la toux, principalement en arrière et au sommet. Le cœur bat régulièrement, on n'y trouve point de souffle ; mais on constate un état athéromateux des artères.

Voici maintenant ce qui s'est passé pendant le séjour du malade à l'hôpital.

Depuis quinze jours il éprouvait des douleurs dans les reins et dans les jambes ; il s'était produit en même temps une nouvelle éruption de purpura.

Dans la nuit du 24 au 25, il avait eu une épistaxis très abondante. Le matin il fut pris d'une crise caractérisée par des douleurs précordiales et une suspension de la respiration qui dura environ six secondes et qui fut suivie d'inspirations profondes. Après quelques instants de suspension, la crise recommença et cette fois avec dilatation de la pupille pendant l'apnée et contraction précédant immédiatement la cessation de l'apnée. Pendant toute la durée de l'accès les contractions cardiaques sont faibles et précipitées.

Aussitôt l'accès fini, les battements du cœur redeviennent forts et réguliers. De 186 qu'ils étaient pendant l'accès, ils tombent à 100.

Le 8 juillet, nouvelle crise le matin, caractérisée par des douleurs précordiales violentes, s'exaspérant au moindre contact; battements cardiaques très précipités et éclatants; pouls petit, filiforme, impossible à compter; respiration de Cheyne-stockes.

Face violacée et dilatation pupillaire pendant l'accès. Le malade pousse des cris de douleur, il est en proie à une grande agitation, pandiculations, etc. L'accès dure vingt minutes. Après sa cessation, les pupilles se contractent et leur contracture reste permanente.

Le 28 juillet, nouvelle crise forte le matin.

Pendant ces crises le malade ne perd pas complètement connaissance, mais il est dans un état d'affaissement profond ou de semi-perte de connaissance qui le rend toujours incapable de répondre aux questions qu'on lui adresse.

Durant les mois d'août, septembre et octobre il a eu des crises semblables, revenant à peu près tous les trois ou quatre jours, principalement le matin après le premier repas.

Le malade a été soumis à un traitement consistant dans l'administration du bromure de potassium à la dose de 4 grammes par jour, qu'il a pris pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital. Les accès étaient combattus par le sirop d'éther. Sous l'influence de cette médication secondée par un bon régime diététique, la maladie a été très amendée ; les accès sont devenus moins fréquents et ils ont perdu de leur intensité. Le malade se sentant mieux est sorti, sur sa demande, le 21 ou 22 novembre.

Que signifiaient ces phénomènes? Que signifie cette association de la respiration Cheyne-stockes avec des troubles cardiaques, des troubles rythmiques respiratoires et des troubles rythmiques du cœur, avec sensation douloureuse, angoissante, précordiale, alors qu'il n'y avait aucun signe stéthoscopique d'une affection pulmonaire déterminée, aucune modification appréciable des bruits du cœur, aucune apparence d'altération de texture de cet organe, ni de dégénérescence graisseuse, ni d'hypertrophie, ni aucune lésion d'orifices? Quelle idée systématique pouvait-on se faire de cette affection?

Telles sont les questions que s'est posées M. Potain en présence de ce fait. En l'absence de toute lésion capable de rendre compte des phénomènes observés, et considérant surtout le caractère périodique de l'affection, il a bien fallu se rabattre sur le diagnostic de troubles fonctionnels ayant leur source probable dans une modification spéciale, inconnue du système nerveux, en d'autres termes d'une névrose.

Toutefois cette névrose ne s'est pas bornée à l'association des troubles rythmiques respiratoires et cardiaques ci-dessus décrits. Il s'y est ajouté aussi des troubles de la circulation périphérique, révélés par les accidents qui se sont produits intercurremment à plusieurs époques, tels que de l'œdème sans affection des reins, le purpura, les épistaxis et les hémotypsies, etc., troubles vaso-moteurs qui se montrèrent à diverses reprises.

C'est évidemment une névrose, en effet, et qui rentre parfaitement dans la définition générale que nous avons donnée ailleurs (1) des névroses : « toutes maladies constituées par un trouble intéressant spécialement les fonctions nerveuses et ne dépendant nécessairement d'aucune lésion anatomique appréciable. » Mais le mot névrose est loin, comme on le sait très bien, d'impliquer l'idée d'affection légère. A quelle classe ou quel ordre des névroses peut-on l'assimiler et quel est le pronostic qu'on peut porter? Nous avions pensé un instant, en en écoutant la description faite par M. Potain, à la rapprocher de la névrose cérébro-cardiaque décrite il y a quelques années par Krishaber. Mais la névrose cérébro-cardiaque implique des perturbations intellectuelles qui son absentes ici. M. Potain l'a rapprochée, avec beaucoup plus de raison, pensons-nous, de l'épilepsie, avec laquelle elle a, en effet, quelques points de ressemblance par la soudaineté de l'attaque, par son intensité, par l'obnubilation passagère, la semi-perte de connaissance, enfin par son origine ou sa provenance probable du bulbe et du pneumo-gastrique.

Le fait seul de cette assimilation a fait porter à M. Potain un pronostic grave, malgré l'amélioration obtenue dans l'état du malade.

Contusion du testicule.

On connaît déjà par diverses publications et par des communications faites à la Société de chirurgie, reproduites par la *Gazette des hôpitaux*, les recherches intéressantes de M. Terrillon sur le traumatisme en général et en particulier sur la contusion du testicule. Un malade atteint d'épididymite, sortant guéri après un traitement de quelques semaines dans le service de clinique chirurgicale de la Charité, a fourni au nouveau suppléant de M. le professeur Gosselin l'occasion de passer en revue devant ses élèves les diverses causes de production de ces épididymites, trop généralement rapportées sans motif réel ou suffisant à des violences extérieures, contusions, froissements, alors qu'elles reconnaissent souvent pour cause effective des blennorragies actuelles ou anciennes, ou une origine syphilitique. La discussion de ces diverses conditions étiologiques et des différences qui en résultent dans la marche et dans le traitement de cette lésion, a fait le sujet d'une très instructive leçon, sur laquelle nous pourrons avoir à revenir. Nous n'en voulons retenir pour le moment que les contusions applicables à la pratique, qui se déduisent d'une série de recherches expérimentales récentes sur la contusion du testicule, faites par MM. Terrillon et Suchard.

(1) Voir l'article Névrose du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Il résulte de ces expériences qu'on peut établir quatre degrés ou variétés bien distinctes de contusion :

1° La contusion légère, qui correspond à ce que l'on désigne communément chez l'homme sous le nom de froissement, qui ne s'accompagne que d'une réaction très faible et dans laquelle l'examen à l'œil nu comme l'examen microscopique ne dénotent aucune lésion appréciable ;

2° La contusion forte donnant lieu à des phénomènes de réaction très marqués, aussi bien du côté du testicule que du côté de l'épididyme, lequel est plus manifestement atteint par l'inflammation et dans toute son étendue. La tunique vaginale présente également quelques traces d'inflammation. L'examen microscopique fait voir, du côté de l'épididyme, une grande dilatation des vaisseaux, dont le diamètre est doublé ou même triplé. Dans le centre sont accumulés les spermatozoïdes, séparés de l'épithélium par une substance réfringente, qui semble sécrétée par les cellules épithéliales. Celles-ci ont généralement perdu leurs cils vibratiles.

Le testicule semble n'avoir subi aucune altération spéciale, sauf un peu d'œdème ;

3° La contusion plus forte, ou troisième degré, provoque des phénomènes beaucoup plus accentués. La tunique vaginale est plus enflammée que dans les degrés précédents ; elle est remplie de néo-membranes très vasculaires. L'épididyme présente quelques ecchymoses dans le tissu interstitiel et l'œdème y est considérable.

L'examen microscopique montre que le tissu conjonctif de l'épididyme est déjà un peu altéré.

Dans le testicule, l'inflammation a provoqué des altérations assez accentuées. Les limites des tubes qui avoisinent l'albuginée sont peu nettes et le tissu qui les entoure se confond avec cette membrane.

Dans le troisième degré, en un mot, on voit survenir, outre les phénomènes d'irritation presque exclusivement localisés à l'épithélium des tubes, une inflammation du tissu interstitiel ; d'où, comme conséquence probable, une atrophie des tubes et consécutivement de tout le testicule.

Le quatrième degré comprend les cas dans lesquels il y a éclatement de l'albuginée, avec hémorragie se répandant dans la vaginale ; ecchymoses disséminées dans le testicule, plus ou moins profondément altéré ; désordres de la totalité de l'organe tendant tous à en amener l'atrophie par l'altération des parois des tubes ou par la prolifération du tissu conjonctif.

En résumé, suivant MM. Terrillon et Suchard, dans la contusion du testicule les altérations de l'épididyme sont plus marquées au premier degré que celles du testicule lui-même, et les altérations portent d'abord sur l'épithélium. Dans les contusions plus intenses, aux altérations de l'épithélium viennent s'ajouter des lésions plus profondes des tubes de l'épididyme, coïncidant avec des inflammations du testicule lui-même au point lésé.

L'inflammation du testicule succédant à la contusion est remarquable par les troubles de l'épithélium, l'épaississement de la paroi des tubes séminifères et surtout la prolifération du tissu cellulaire interstitiel, assez abondante pour comprimer les tubes et amener ainsi l'atrophie de l'organe.

THÉRAPEUTIQUE

Des adjuvants rationnels de la médication ferrugineuse

Par M. le docteur M. Baschet.

Lorsque Beau faisait de la dyspepsie la clef de voûte de la pathologie tout entière, son seul tort, croyons-nous, était d'avoir exagéré le nombre des dyspepsies initiales, tandis qu'en réalité, ce trouble fonctionnel est le plus souvent le résultat secondaire d'autres états morbides. Un fait certain, en effet, c'est que cette dyspepsie, qu'elle soit primitive ou à l'état de retentissement sympathique des souffrances d'un organe éloigné, nous la rencontrons à chaque pas.

En tête des manifestations pathologiques qu'accompagne fatalement la dyspepsie se place naturellement l'anémie, anémie essentielle ou symptomatique. Il est logique, en effet, que l'appauvrissement du sang influe fâcheusement sur la fonction digestive en ne fournissant plus qu'un suc gastrique d'autant moins riche que l'anémie est plus prononcée. Comme, d'autre part, cette fonction digestive est la source de la sanguification, l'anémie nous met dans ce cercle vicieux d'un estomac à qui il faut du sang pour digérer et qui doit d'abord bien digérer pour permettre à ce sang de se former.

Nous ne pouvons nous empêcher de croire que, dans la thérapeutique de l'anémie, cet aphorisme primordial, si courant et si banal qu'il soit, est trop souvent méconnu ou négligé, de sorte que s'il est constant qu'on peut dire de l'anémie essentielle et de la chlorose, cette dernière qualifiée par Pujol de « déferrugination » et par Piorry d' « achalybémie », si l'on peut dire de ces états pathologiques qu'ils constituent avec le fer deux termes corrélatifs, indissolubles, on n'en a pas moins à constater dans la pratique beaucoup de mécomptes et, disons-le, malgré ces mécomptes, beaucoup de persévérance dans la routine.

Pour nous, si nous envisageons par quelle longue série d'élaborations doit passer tout élément de nature organique ou minérale avant de devenir *organe vivant*, et combien il est essentiel de favoriser les termes de cette série, surtout chez des organismes déprimés comme ceux des malades par aglobulie, nous ne pouvons nous empêcher de croire que, si dans le traitement de l'anémie globulaire, l'on ne prépare pas l'estomac, si l'on n'associe pas le fer à des stimulants appropriés, locaux et diffusibles, le résultat le plus clair d'une médication ferrugineuse ainsi conduite est de molester un estomac déjà dyspeptique et de fermer la porte à l'appétit chancelant.

Une chose bien faite pour nous confirmer dans cette manière de voir, nous la trouvons dans les résultats, remarquables par leur promptitude et leur constance, que nous retirons tous les jours d'une préparation (*l'Élixir Hampton*) qui nous paraît réunir les desiderata du traitement ferrugineux rationnel par excellence.

L'*Élixir Hampton* est un élixir cordial au *peptonate de fer*, à la pepsine et à la diastase. Ce titre indique déjà bien que les préoccupations qui ont présidé à sa formule sont de l'ordre de celles que je viens de rappeler.

Le meilleur fer, en dehors des cas spéciaux qui réclament l'emploi de sels haloïdes, iodures, arséniates, etc., agissant alors par leurs deux constituants, le meilleur fer, disons-nous, sera toujours celui qui constituera pour l'estomac la préparation la moins onéreuse. A ce point de vue, le peptonate nous semble une combinaison aussi heureuse que possible. Composé physiologique analogue à celui qui se produit toujours dans l'estomac, mais avec fatigue pour cet organe, entre le fer ingéré et le résultat de la digestion des albuminoïdes, c'est en quelque sorte du fer ayant déjà subi un premier degré d'élaboration et presque directement absorbable par les parois du ventricule.

La pepsine et la diastase, associés au peptonate de fer, agissent de deux manières : par leur action directe sur la chymification, mais aussi parce que, comme le pensait Gubler : « Ces ferments naturels agissent surtout par l'activité plus grande qu'ils impri-

ment à la muqueuse stomacale, dont ils constituent le meilleur des stimulants. » Bien supérieurs aux amers dont ils ne comportent aucune des contre-indications ces deux ferments sont pour les dyspeptiques par aglobulie le meilleur des apéritifs en même temps qu'un eupeptique puissant. Il nous est arrivé de voir des chlorotiques affligées d'une anorexie absolument alarmante, ayant vainement fait usage des préparations de noix vomique, fève Saint-Ignace, Colombo, etc., témoigner, à leur grand étonnement et dès la première cuillerée d'Élixir Hampton, d'un peu d'appétit et, de ce moment même, revenir à la santé d'une manière continue.

Les cordiaux diffusibles : coca, cannelle et oranges amères qui entrent dans la composition de cet élixir, sont là pour stimuler l'activité générale de l'organisme, augmenter ses forces vitales, lui permettre de réagir victorieusement contre les causes de dépression et d'imperfection physiologique, contribuant de la sorte à mettre l'organisme dans les meilleures conditions d'assimilation du fer.

Ils contribuent aussi, ce qui n'est pas à dédaigner, à faire de cet élixir, de la force d'un vin généreux, une liqueur fort agréable, très goûtée des malades qui, loin de la négliger ou de l'oublier, la recherchent avec plaisir.

Nous en retirons tous les jours des résultats si probants, nous l'avons vue si constamment réussir où d'autres ferrugineux avaient échoué, que nous ne croyons pas superflu de signaler une préparation si bien conçue à tous les points de vue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 novembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Taille hypogastrique. — **M. TRÉLAT** présente une nouvelle observation de taille hypogastrique suivie de guérison. C'est un nouveau fait à l'appui de l'opinion assez généralement admise aujourd'hui sur les avantages de cette opération. M. Trélat met au premier rang des causes de ces avantages les lavages, les pansements antiseptiques et la bonne évacuation des liquides septiques. Le ballon de Petersen est, selon lui, d'un bon secours, mais non pas indispensable.

Hystérectomie. — **M. TERRIER** a pratiqué 7 hystérectomies sur lesquelles il a eu 4 morts et 3 guérisons. Ces opérations se divisent en deux séries : la première comprenant les faits dans lesquels il s'agit de tumeurs ovariennes ou autres dont l'ablation a nécessité la résection partielle de l'utérus, la seconde comprenant les tumeurs propres à l'utérus. Les trois premières hystérectomies se rapportent aux faits de la première série; les quatre autres, aux faits de la seconde.

Dans la première observation, il s'agit d'une tumeur solide de l'utérus compliquant une tumeur kystique ovarienne. Il ne fut pas possible de séparer l'utérus de la tumeur ovarienne et avec celle-ci il fallut enlever une partie de l'utérus. La malade succomba le troisième jour à une péritonite aiguë.

La seconde observation a trait à une femme de soixante-trois ans qui était atteinte d'une énorme tumeur kystique de l'utérus, ayant contracté des adhérences à la partie inférieure avec le plancher du vagin. M. Terrier eut beaucoup de peine à arriver sur l'utérus qu'il dut réséquer en partie, non sans avoir à combattre une hémorragie. Cependant l'hémostase fut assurée d'une façon parfaite, mais la malade succomba vingt-trois heures après l'opération au choc traumatique.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une énorme tumeur fibrocystique constituée par l'ovaire gauche. La tumeur enlevée, il restait un large pédicule comprenant l'utérus hypertrophié. Le pédicule put être laissé au dehors. La malade a été opérée il y a quinze jours. Elle peut dès aujourd'hui être considérée comme guérie.

Dans ces 3 cas, dont 2 morts et 1 succès, il s'agissait d'opérations dans lesquelles le chirurgien eut la main forcée pour ainsi dire, pour enlever l'utérus en partie ou en totalité. Il s'agissait de tumeurs complexes, anciennes, adhérentes, graves, difficiles à opérer. La gravité du pronostic opératoire se trouvait encore accrue par suite de la nécessité d'enlever une portion plus ou moins considérable de l'utérus. C'est donc là un pronostic beaucoup plus grave que celui de l'hystérectomie simple.

La seconde catégorie de faits comprend les hystérectomies pratiquées pour des tumeurs utérines. Elles sont au nombre de 4, sur lesquelles on compte 2 succès et 2 insuccès.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une religieuse qui portait un corps fibreux du volume d'une tête d'adulte. La tumeur ayant été amenée au dehors par l'incision abdominale, deux broches furent passées en croix, au-dessous desquelles furent placées deux fils de fer avec les ligateurs Cintrat. Le pédicule, très large, fut laissé au dehors et touché avec du perchlorure de fer; pansements antiseptiques; pas d'accidents hémorragiques ni inflammatoires; mort le cinquième jour après l'apparition d'accidents nerveux très marqués.

La seconde observation a trait à une tumeur sarcomateuse et kystique de l'utérus, opérée par le même procédé : ponction du kyste, traction au dehors de l'utérus hypertrophié, placement des broches, des ligateurs Cintrat, résection de l'utérus, ablation de l'ovaire gauche kystique, pédicule très long; l'opération a duré une heure et demie. Guérison. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome et cependant voilà trois ans que la malade a été opérée et jusqu'ici pas la moindre trace de récidive.

Dans la troisième observation il s'agit d'un corps fibreux développé dans l'épaisseur de la paroi interne ; dans ce cas, M. Terrier fit la ligature en chaîne préconisée par Thorton dans les cas où le pédicule est très large et où il doit être laissé dans le ventre cette ligature se relâcha au bout d'un certain temps et cette malade a succombé à une hémorragie survenue vingt-quatre heures après l'opération.

Enfin le quatrième fait se rapporte à une malade de Moulins atteinte d'une tumeur fibreuse compliquée d'un énorme épanchement dans la cavité abdominale. Le liquide ayant été évacué, la tumeur amenée au dehors, M. Terrier plaça deux fils de fer selon la méthode habituelle; mais, au lieu de serrer, il coupa, sans le vouloir, la tumeur. Il n'y eut pas trop d'hémorragie ; il put assez facilement décortiquer avec les doigts ce qu'il restait du fibrome, de telle sorte qu'il y avait, cette décortication achevée, une sorte de cupule formée par la portion restante de l'utérus, la plus voisine du col. Cette cupule se déchira sur la partie postérieure ; M. Terrier appliqua sept points de suture, réunit ainsi les deux bords latéraux de cette cupule et laissa ce pédicule ainsi formé au dehors. La malade a très bien guéri et est restée parfaitement réglée. Ce procédé, accidentellement employé dans l'espèce, pourrait l'être volontairement dans certains cas et rendre de grands services. Il a valu, dans ce cas, à M. Terrier un beau succès.

En résumé, les procédés opératoires employés dans ces sept cas, peuvent se rapporter à trois types :

1° Pédiculisation de la masse morbide à l'aide des broches et des ligateurs Cintrat, fixation au dehors ; procédé classique.

2° Réduction du pédicule dans la cavité abdominale après que l'hémostase a été assurée; insuffisance de la ligature en chaîne de Thorton pour cette hémostase ; danger d'hémorragies secondaires ; nécessité de recourir à un autre mode de ligature élastique ou autre, ou bien ligature en chaîne renforcée par une ligature en masse comme dans le cas de M. Terrillon.

3° Procédé tout différent des deux précédents, imposé par les circonstances dans la septième observation de M. Terrier, pouvant être régularisé et employé volontairement, consistant à énucléer la tumeur et à ne laisser qu'une sorte de cupule dont on suture les bords de façon à former un pédicule qui est laissé au dehors.

Il résulte de ces faits, joints à beaucoup d'autres, que l'hystérectomie, loin d'être une opération détestable, comme l'a dit M. Gillette, est une opération rationnelle, formellement indiquée

dans certains cas, mais toujours dangereuse et qui a besoin d'être encore perfectionnée.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que l'attention des chirurgiens doit surtout se porter sur le traitement du pédicule. C'est ce traitement de pédicule qu'il faut surtout s'efforcer de perfectionner, et c'est uniquement sur ce point qu'il a voulu appeler l'attention de la Société.

M. Lucas-Championnière rapporte, en peu de mots, une nouvelle hystérectomie qu'il a pratiquée : tumeur fibreuse pesant 17 kilogrammes, opération ayant duré une heure et demie; marche régulière de l'opération, aucun accident, aucune complication; suites immédiates très bonnes, température 37°,2 ; trente-six heures après, explosion d'accidents nerveux formidables, mort avec 40° de température.

A l'exemple de M. Terrier, M. Championnière considère l'hystérectomie comme une opération parfaitement légitimée dans certains cas, pouvant rendre de grands services et appelée à donner un très grand nombre de succès quand elle aura été perfectionnée et ne sera plus pratiquée seulement sur des femmes dans des conditions déplorables.

Kyste hydatique de l'orbite. — M. CHAUVEL, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Nepveu et Delens, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Dieu, médecin-major, relatif à l'histoire des kystes hydatiques de l'orbite.

M. le rapporteur fait connaître une observation qui lui est personnelle ; il s'agit d'un militaire qui a été envoyé dans son service au Val-de-Grâce, pour un exophtalmos de l'œil droit. Une ponction exploratrice a donné issue à quelques grammes de liquide séro-purulent, liquide qui n'a pas tardé à se reproduire ; nouvelle ponction, même liquide, nouvelle reproduction. Le diagnostic précisait les plus grandes difficultés. Ce malade a fini par être opéré, dans une clinique de la ville, d'un kyste hydatique rétro-oculaire.

L'observation rapportée par M. Dieu, dans son mémoire, se rapproche beaucoup de la précédente. Le malade fut opéré.

M. Dieu termine son mémoire par les conclusions suivantes qu'adopte M. Chauvel, sauf quelques réserves :

1° Les kystes hydatiques de l'orbite sont des tumeurs identiques à celles qu'on observe dans les autres régions. L'absence de crochets dans le liquide, quand celui-ci est peu abondant, n'est pas contraire à l'existence d'un kyste identique.

2° Ces tumeurs sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, chez les jeunes gens et les adultes que chez les vieillards.

3° Elles donnent lieu parfois à des douleurs violentes à forme névralgique et à des inflammations de voisinage. Il est impossible de percevoir le frémissement hydatique.

4° La marche de ces tumeurs est habituellement fort lente ; dans quelques cas, elles ont amené la fonte de l'œil en quelques mois.

5° La ponction exploratrice et l'examen chimique du liquide sont indispensables pour assurer le diagnostic.

6° Le pronostic est sérieux ; sur 26 cas, il y a eu 8 fois fonte de l'œil.

7° La guérison est de règle quand les malades sont opérés à temps.

Fracture de la rotule. — M. RICHELOT fait un rapport sur une note de M. Henriet relative aux fractures de la rotule et au rôle de l'atrophie musculaire. Voici le fait observé par M. Henriet : Un homme qui avait été atteint, dans son enfance, d'une paralysie infantile du membre inférieur droit, fut pris, longtemps après, d'une certaine faiblesse dans le membre inférieur gauche. Ces troubles furent rattachés par M. Charcot à l'affection ancienne. Ayant fait une chute sur le genou, cet homme eut une hémohydarthrose qui vint compliquer l'atrophie du triceps dont il était atteint. Peu à peu, cependant, le triceps reprit ses fonctions. Sous l'influence d'une violente contraction musculaire, fracture transversale de la rotule, écartement de quatre travers de doigt entre les deux fragments. Malgré cette fracture, le triceps continuant à reprendre ses fonctions, le malade continua à mieux marcher, de telle sorte qu'il marchait mieux après qu'avant sa fracture de rotule. Donc, d'une part, atrophie du triceps, rotule intacte, impotence fonctionnelle ; d'autre part, triceps réparé, fracture de la rotule, retour de la marche. M. Henriet conclut de ce fait que c'est surtout à l'atrophie du triceps qu'il faut attribuer l'impotence fonctionnelle dans les fractures de la rotule. M. Richelot s'associe pleinement à cette manière de voir.

Suture nerveuse suivie de séparation fonctionnelle des muscles. — M. RICHELOT fait un second rapport sur une observation de M. Chrétien, tendant à prouver le retour des fonctions musculaires à la suite de la suture nerveuse.

Dans une communication antérieure sur ce sujet, M. Richelot, s'appuyant sur un grand nombre de faits, était arrivé à cette conclusion qu'après la suture du médian, par exemple, on observait toujours le retour de la sensibilité, mais jamais celui des mouvements ; ce qu'il expliquait par ce fait qu'il n'y a pas d'innervation collatérale pour les muscles comme pour la sensibilité. Il considérait donc la suture nerveuse comme une opération rationnelle, mais inefficace, chez l'homme, au point de vue de la réparation musculaire.

Or la nouvelle observation de M. Chrétien est en contradiction avec cette manière de voir ; elle prouve, en effet, qu'après une suture du médian, le retour des fonctions musculaires est possible.

PRÉSENTATION

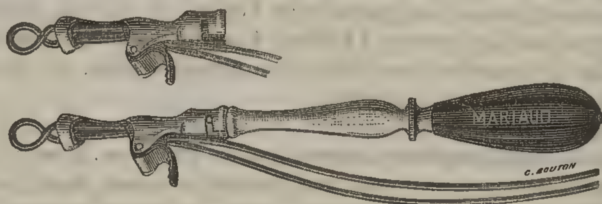
Ligature élastique. — M. POZZI présente un nouvel instrument destiné à faciliter cette ligature dans l'hystérectomie. Il a eu l'occasion de l'expérimenter récemment et a pu en constater les avantages.

Ce ligateur élastique, fabriqué par M. Mariaud, est formé de deux pièces se démontant à volonté par un système de baïonnette, ce qui permet d'enlever le manche et de laisser au besoin en place, temporairement ou définitivement, la partie qui opère la constriction.

Cette dernière se compose d'un anneau elliptique, divisé à sa partie médiane par une barrette verticale qui facilite le croisement du fil.

Ce fil passe ensuite dans un excentrique dont le simple abaissement, à l'aide d'une pédale mobile, permet de fixer solidement au point de traction désiré.

Avant d'abaisser la pédale, il faut d'abord tendre fortement les fils et diminuer ainsi leur épaisseur ordinaire.



Les fils étant serrés, faire une torsion avec l'instrument en le renversant, pour former une anse croisée. On lie ce point d'entrecroisement avec un fil de soie très fort, dont le premier nœud est passé deux fois surmonté d'un nœud ordinaire ; on opère alors une légère traction sur les fils élastiques et on lie de nouveau avec de la soie, sans les croiser, à quelques millimètres de distance de la première ligature qui se trouve ainsi assurée.

M. Pozzi se sert, pour la ligature, de fils élastiques pleins et ronds, en caoutchouc noir, du volume d'une bougie nº 14 de la filière métrique correspondant à 4 millimètres 2/3 de diamètre.

Relativement au traitement du pédicule dans l'hystérectomie, M. Pozzi se déclare absolument partisan de la méthode extra-péritonéale. Il pense que, pour cette méthode, la ligature élastique peut rendre de grands services. Dans les cas où il est de toute impossibilité d'attirer au dehors le pédicule et où conséquemment

s'impose la méthode intra-péritonéale, M. Pozzi préférerait encore la ligature élastique comme étant celle qui assure le mieux l'hémostase; mais il y apporterait la modification suivante : il ferait passer les deux chefs du tube élastique, préalablement percés de trous dans la cavité vaginale; il combinerait ainsi le drainage péritonéo-vaginal avec la ligature élastique dans la méthode intra-péritonéale. On sait, en effet, d'après un certain nombre de faits, que la ligature élastique, abandonnée dans la cavité abdominale, détermine presque toujours des accidents de suppuration. Or ce drainage assurerait l'évacuation des produits de la suppuration en même temps que l'élimination de l'anse elle-même.

M. TERRIER considère la ligature extra-péritonéale comme bien supérieure à la ligature intra-péritonéale. Quant au mode de drainage vaginal proposé par M. Pozzi, M. Terrier ne croit pas qu'il soit suffisant pour assurer d'une façon parfaite l'écoulement des liquides septiques.

M. POZZI ne voit pas ce qui pourrait s'y opposer.

Tumeur de la joue. — **M. BERGER** présente un malade atteint d'une tumeur complexe de la joue. Ce malade a eu d'abord un calcul salivaire que M. Berger a extrait sans difficultés; aujourd'hui ce malade présente une autre tumeur de la joue qui offre tous les caractères d'une tumeur vasculaire. Y a-t-il une relation entre la lithiase salivaire et cette tumeur vasculaire? C'est ce qui reste à déterminer. En outre, M. Berger consulte ses collègues sur le traitement qu'il convient d'appliquer à cette tumeur.

M. RECLUS propose l'électrolyse.

M. POLAILLON, dans un cas analogue, a circonscrit la tumeur avec des pinces hémostatiques de forme spéciale et a pratiqué ensuite des injections coagulantes.

M. DESPRÉS fait des réserves sur le diagnostic porté par M. Berger. Il n'est pas certain qu'il s'agisse d'une tumeur vasculaire. Il serait disposé à admettre qu'il s'agit là d'une rétention de la salive, comme dans plusieurs des cas relatés dans la thèse de Closmadeuc.

M. BERGER rappelle tous les signes que présente cette tumeur et qui sont bien ceux d'une tumeur vasculaire et non ceux d'un kyste salivaire.

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne. — **M. GOUGUEINHEIM** communique un cas malheureux de laryngotomie intercrico-thyroïdienne. (Comm. : M. Nicaise.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a désigné, dans sa séance d'hier jeudi 29 novembre 1883, M. le docteur Rendu, agrégé, comme suppléant pour la chaire de clinique des maladies des enfants, laissée vacante par le décès de M. le professeur Parrot.

L'assemblée a renouvelé au doyen de la Faculté, M. le professeur Béclard, le mandat de la représenter au Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

— Par décret, en date du 27 novembre 1883, M. Pierret, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies mentales, vacante à ladite Faculté par suite du décès de M. Arthaud.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 novembre 1883, un concours sera ouvert à Paris, le 29 mai 1884, pour quatre places d'agrégés de pharmacie, à répartir de la manière suivante, entre les Écoles supérieures de pharmacie ci-après désignées :

Paris. — Une place (histoire naturelle).

Montpellier. — Deux places (histoire naturelle ; pharmacie).

Nancy. — Une place (histoire naturelle).

Les candidats s'inscrivent chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque École supérieure. Ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places et pour plusieurs établissements.

— *Muséum.* — Du lundi 3 décembre 1883 au 1er avril 1884, le laboratoire de botanique de l'École pratique des hautes études, au Muséum (classifications et familles naturelles), dirigé par M. le professeur Bureau, sera ouvert le lundi et le mardi, de onze heures du matin à quatre heures du soir. Du 1er avril 1884 à la fin de l'année scolaire, il sera ouvert tous les jours, sauf le jeudi et le vendredi, aux mêmes heures.

Les étudiants qui se proposent d'y travailler peuvent se faire inscrire de midi à quatre heures aux galeries de botanique du Muséum d'histoire naturelle. Les herbiers leur seront ouverts tous les jours. Les conférences commenceront au printemps en même temps que le cours.

— Les cours du Collège de France, pour le premier semestre de l'année scolaire 1883-1884, commenceront le lundi 3 décembre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15401

N° 139. — MARDI 4 DÉCEMBRE 1883. 56e ANNÉE. MARDI 4 DÉCEMBRE 1883. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Rétrécissement syphilitique du rectum. — HÔPITAL BEAUJON. Action favorable des inhalations d'oxygène dans un cas d'angine diphtéritique. — Revue critique des différentes théories sur les mouvements et bruits du cœur. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PAUL BERGER.

Rétrécissement syphilitique du rectum.

La malade qui va faire le sujet de cette leçon est atteinte d'un rétrécissement dit syphilitique du rectum. Ce rétrécissement est de ceux, en effet, que l'on a décrits sous ce nom alors même que la personne atteinte n'avait jamais présenté aucun accident de nature spécifique.

Il s'agit d'une femme âgée de trente-sept ans, un peu maigre, sèche, nerveuse. Il y a quatorze ans que les premiers accidents du côté de l'anus sont apparus; ce n'était encore à cette époque que des tumeurs hémorroïdaires donnant lieu à une perte légère de sang et à quelques douleurs. Mais bientôt la santé commença à s'altérer, des troubles digestifs se manifestèrent, les selles devinrent difficiles; peu à peu il se fit un écoulement du côté de l'anus, écoulement qui depuis lors n'a jamais cessé, présentant seulement de temps à autre des alternatives d'augmentation ou de diminution, et se reproduisant plusieurs fois par jour.

Pendant longtemps les médecins qui ont traité cette femme n'ont vu chez elle qu'une fistule borgne interne. Cependant, lorsqu'elle est arrivée dans notre service, les premières réponses qu'elle fit à nos questions nous démontrèrent que s'il existait une fistule, il y avait aussi tout autre chose. Du reste une fistule datant de dix ou douze ans n'aurait pas été sans s'accompagner d'abcès, sans présenter de temps en temps des poussées fistuleuses. Enfin la difficulté des selles, les douleurs qui les accompagnaient et le volume très diminué des matières fécales, indiquaient de toute évidence que nous étions en présence d'une lésion tout autre. De plus, les symptômes fonctionnels étaient caractéristiques. Il n'y avait pas de constipation, la malade se purgeait pour ainsi dire journellement pour rendre les selles plus faciles et le moins douloureuses possible. Les matières étaient ainsi demi-solides, en forme de rubans, de longs filaments, de la grosseur d'une plume d'oie et un peu aplaties. La défécation ne s'accompagnait pas de perte sanguine; elle était douloureuse, douleur cuisante comme si les matières passaient sur une surface à vif. Enfin, troisième caractère fonctionnel, cette femme avait un écoulement anal purulent qui était une véritable infirmité par son abondance et ses intermittences répétées plusieurs fois par jour et donnait lieu à de faux besoins fréquents. Cet écoulement était caractérisé par une matière ichoreuse, sanieuse, de teinte rosée, très fétide et comparable, en un mot, à du frai de grenouille.

Après ces premières constatations, nous avons procédé à l'examen de l'anus. Celui-ci n'était pas infundibuliforme comme chez les gens amaigris. Il faisait une saillie au dehors appréciable à la vue, saillie entourée d'une sorte de dépression la séparant des ischions. Le sphincter se laissait assez facilement dilater par le toucher rectal; le premier centimètre était franchi sans difficulté, mais au-dessus le canal se rétrécissait en entonnoir, devenait rigide, inextensible et mamelonné, puis à une hauteur correspondant au niveau de la partie médiane de la seconde phalange de l'index, le doigt était arrêté par des bourgeons au milieu desquels il devinait, plus qu'il ne le sentait, un orifice dirigé en haut et en arrière vers la concavité du sacrum. Le diagnostic n'était pas douteux : il existait un rétrécissement caractérisé par la diminution de calibre et l'inextensibilité du rectum. D'autre part, le toucher vaginal donnait la sensation, en arrière, d'un cylindre plein du volume de l'index et correspondant à la portion rétrécie du rectum. Enfin le ventre était plus ballonné, légèrement distendu, sonore partout. Il n'y avait pas de ganglions dans les aines.

Mais de quelle nature était donc ce rétrécissement? S'agissait-il d'un état spasmodique du rectum, comme cela se rencontre parfois dans certaines affections des organes génito-urinaires? Non, car alors on ne trouverait pas un cylindre rigide inextensible, mais seulement un anneau contractile au niveau du sphincter contracturé. De plus, l'anesthésie chloroformique jugerait la question.

Étions-nous, au contraire, en présence de quelque épithélioma, de quelque cancer du rectum ayant déterminé, comme on l'a parfois observé, un rétrécissement circulaire s'accompagnant de pertes et de douleurs vives? Dans ce cas, la marche de la maladie, les caractères des matières, en un mot tous les signes physiques, n'auraient pas été ceux que l'on constatait ici. De plus, le cancer est surtout fréquent à partir de l'âge de cinquante ans, tandis que le rétrécissement du rectum s'observe plutôt dans la partie moyenne de la vie. En outre, ce dernier débute d'une façon insensible, tandis que le cancer a un début très accusé, une marche rapide et une durée beaucoup moins longue. Dans le cancer, les pertes sont sanguines; dans le rétrécissement, elles sont ichoreuses. Enfin le plus souvent l'examen des parties lève

tout doute. Dans le rétrécissement, en effet, il y a bien un léger épaississement de la paroi rectale, mais cet épaississement est partout égal, le rectum étant devenu fibreux et souple, sans inégalités de consistance. Dans le cancer, au contraire, il existe toujours une tumeur proéminente dans l'intestin et siégeant sur une partie seulement de la circonférence du rectum. Ce n'est que dans quelques cas fort rares que la tumeur forme un anneau à peu près complet. De plus encore, par le toucher vaginal et le palper périnéal, on sent très bien la présence d'une tumeur, toujours inégale, bosselée, dure dans certains points, molle dans d'autres. Dans le cancer circulaire, le doigt amène toujours un peu d'écoulement sanguin, ce qui n'a pas lieu dans le cas de rétrécissement. Ajoutons à tous ces signes celui d'une cachexie plus ou moins marquée dans le cancer.

Le diagnostic différentiel est donc, en réalité, relativement assez facile.

Mais qu'entend-on par rétrécissement syphilitique du rectum? Les auteurs anciens tels que Boyer, Desault, Laugier, etc., ont décrit un rétrécissement consécutif à la syphilis. Mais, comme à cette époque la syphilis était encore assez mal connue, nous ne pouvons attacher aujourd'hui qu'une valeur médiocre à l'interprétation que ces auteurs ont donnée des faits qu'ils ont eu l'occasion d'observer. Il est bon d'ajouter que dans le même temps d'autres auteurs ont nié la participation de la syphilis. En 1854, M. Gosselin, dans le mémoire qu'il a publié dans les *Archives générales de médecine*, a émis des idées absolument neuves, en même temps qu'il donnait une excellente description clinique, laquelle est restée désormais acquise à la science. Depuis lors, d'autres auteurs ont traité aussi plus ou moins à fond la question, et M. Fournier a proposé une théorie un peu hypothétique peut-être sur la pathogénie des rétrécissements du rectum. Quant à l'étranger, nous ne trouvons pas de travaux réellement bien importants sur la question.

Quoi qu'il en soit, voici ce que l'anatomie pathologique nous apprend. Disons tout d'abord que les autopsies sont très rares. M. Gosselin n'en cite que trois et c'est lui qui en donne le plus. Elles nous montrent les lésions qui existent au-dessus, au-dessous et au niveau du rétrécissement, lésions qui portent sur la muqueuse et sur le tissu cellulaire sous-muqueux, lequel devient très épais, dur, lardacé, pouvant atteindre, au niveau même du rétrécissement, jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur. Le siège de la lésion est situé de 3 à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la marge de l'anus. Le rectum est plus ou moins rétréci, il n'est jamais complètement oblitéré; il conserve toujours un calibre appréciable qui laisse passer une plume d'oie ou une bougie urétrale 15 ou 16.

Au-dessous du rétrécissement on trouve quelquefois des fistules résultant d'abcès et s'ouvrant d'autre part à la surface de la peau.

Au-dessus on constate une dilatation ampullaire du rectum plus ou moins grande, des ulcérations de la muqueuse rectale qui détruisent l'épithélium, mais qui ne dépassent pas l'épaisseur de la muqueuse. Ces ulcérations ont des bords festonnés, irréguliers; leur fond est grisâtre. Elles sont, en réalité, peu profondes; elles commencent au niveau du rétrécissement et remontent jusqu'à une hauteur de 6 à 12 centimètres. Elles sont très importantes à bien connaître au point de vue des symptômes fonctionnels, car ce sont elles qui déterminent la suppuration et les vives douleurs qu'éprouve le malade, et elles sont rebelles à tout traitement; elles persistent même, alors que la dilatation du rétrécissement a été pratiquée avec succès; enfin elles entraînent avec elles l'anémie, la perte des forces, et peuvent ainsi, par suite, amener la mort.

En résumé, l'anatomie pathologique nous apprend que ce n'est pas du cancer, qu'il ne s'agit pas non plus d'un rétrécissement cicatriciel, mais bien d'une prolifération conjonctive résultant d'une inflammation chronique. En tous cas, la nature réelle de ces rétrécissements dits syphilitiques ne nous est pas encore connue; cette dénomination de syphilitique a été donnée parce qu'on l'observe surtout chez des sujets atteints de syphilis, mais chez notre malade il paraît tout probable qu'elle n'a jamais eu la vérole. Tout ce qu'on peut donc dire, c'est que les caractères sont les mêmes, que la syphilis soit ou non en jeu.

Chez notre malade quelle sera la marche de l'affection? Le rétrécissement est très étroit, mais il ne s'accompagne pas de grandes modifications dans la santé générale. Le danger à venir n'est pas dans l'obstruction de l'intestin, mais dans l'ulcération du rectum, dans l'épuisement progressif des forces résultant de l'écoulement ichoreux de la douleur et de la rétention prolongée des matières. Les malades perdent l'appétit, mangent de moins en moins; puis apparaissent des troubles digestifs, des troubles du côté de la sensibilité; enfin la santé générale s'altère de plus en plus et les individus tombent dans le marasme, et qu'il survienne alors quelque maladie intercurrente, elle emporte fatalement le malade. — De là l'indication non seulement de traiter le rétrécissement, mais encore l'ulcération.

Un fait curieux s'est présenté ici; une de nos malades, atteinte de la même affection, était depuis dix ans en traitement sans qu'aucune amélioration ait été obtenue; loin de là, même son état général était devenu tel qu'elle paraissait devoir succomber lorsque, à un moment donné, sans que nous ayons pu en deviner la cause, nous l'avons vue revenir à la santé. Le rétrécissement du rectum, qui avait jusque-là résisté à tous les modes d'intervention chirurgicale auxquels on avait eu recours, avait cédé de lui-même un beau jour, et l'intestin était devenu perméable. Ce fait bizarre est un enseignement: il nous permet d'espérer une fin aussi heureuse chez notre malade, en tous cas de la traiter avec persévérance et de lutter au moins en vue de soutenir la santé générale. Quant au traitement local, il doit avoir pour but de supprimer l'obstacle au cours des matières, c'est-à-dire de dilater le rétrécissement. La dilatation doit être pratiquée avec les plus grandes précautions, avec les plus grands ménagements au moyen de bougies, de façon à éviter des accidents toujours possibles en pareils cas. Que si maintenant, au cours de la dilatation, nous éprouvons de trop grandes difficultés à vaincre le rétrécissement, alors nous aviserons s'il n'y aurait pas lieu de recourir à une opération chirurgicale, à la rectotomie interne de M. Gosselin, ou à la rectotomie linéaire de M. Verneuil, ou à la rectotomie externe de M. Panas, ou bien encore à la côlotomie lombaire.

HOPITAL BEAUJON. — M. GUYOT.

Action favorable des inhalations d'oxygène dans un cas d'angine diphtéritique.

Par M. le docteur Louis BOUCHER.

A une époque où la question des microbes est à l'ordre du jour, il n'est pas oiseux de rechercher quel agent on

pourrait opposer à leur puissante prolifération et par quels moyens on arriverait à enrayer leur évolution.

Pasteur a établi que lorsque l'on met une culture de bactéridies dans un tube de verre fermé ensuite à la lampe, les micro-organismes absorbent très vite tout l'oxygène de lait et du liquide de la culture; puis cela fait, ils restent stationnaires sans que leur virulence soit modifiée. Multipliez au contraire le contact avec l'oxygène en plaçant les bactéridies dans des cultures successives de bouillon frais par exemple, exposées à l'air libre, et vous atténuez de plus en plus les propriétés infectieuses des microbes.

L'oxygène paraît donc le contre-poison, l'antagoniste des bactéridies; sans empêcher leur développement, il diminue d'une façon considérable leur virulence.

L'observation suivante, confirmée, nous l'espérons, par de nouveaux faits, viendrait à l'appui de cette opinion :

Le 18 mars 1881 entre dans le service du docteur Guyot, à l'hôpital Beaujon, une Suissesse, Mlle A. D..., présentant tous les symptômes de l'angine diphtéritique.

Le médecin qui l'envoyait avait eu soin de noter dans sa lettre que, craignant la contagion diphtéritique, il avait préféré, pour cette malade habitant un hôtel de famille du voisinage, le traitement à l'hôpital.

Mlle A. D..., âgée de vingt et un ans, a les traits défaits, le visage d'une pâleur cireuse avec congestion des pommettes, les yeux exprimant une profonde angoisse, bref le facies des gens qui asphyxient. La voix a entièrement disparu et la respiration difficile s'accompagne d'un cornage très prononcé. Il y a un peu de toux rauque et la pression du cou est douloureuse, sans que la tuméfaction ganglionnaire soit bien considérable. L'expectoration glaireuse mise dans un vase avec de l'eau surnage et s'attache au doigt en de longs filaments qui rappellent l'aspect de l'albumine. Dysphagie absolue : la malade ouvrant la bouche avec peine, on ne peut rien distinguer sur les amygdales ou le pharynx. La température est de 38°; à l'auscultation, légers râles de bronchite à droite et à gauche. Urines renfermant de l'albumine en faible quantité. Je prescris un purgatif, bientôt suivi du rejet de glaires filantes et visqueuses; le mieux qui survint pendant quelques heures n'est que passager. Étant de garde, on me rappelait au milieu de la nuit, la malaade avait une crise d'asphyxie. Fallait-il oui ou non pratiquer la trachéotomie? Le chef de service n'avait pas encore examiné la nouvelle arrivée, le diagnostic paraissait incertain. Nous avions dans le service un certain nombre de ballons d'oxygène dont nous faisions usage pour le traitement de quelques emphysémateux. Comme simple palliatif, je conseillai à la malade les inspirations d'oxygène. Au bout de quelque temps, l'expression de la physionomie de Mlle A. D... jusqu'alors anxieuse, se modifia singulièrement; elle respirait lentement, avec délices, en me faisant comprendre par ses signes qu'elle éprouvait un soulagement considérable. Une heure après environ je la quittais et de toute la nuit les crises ne reparurent point.

A la visite du lendemain, un jeudi, M. Guyot, n'ayant point aperçu nettement le fond de la gorge, réserva son diagnostic et le traitement par l'oxygène fut suspendu. A quatre heures du soir, nouvelle crise : l'interne de garde, M. Carafi, déclara la trachéotomie urgente. Elle devait être pratiquée à cinq heures, quand la plupart des internes, venus à l'hôpital pour leur contre-visite, seraient présents. Dans l'intervalle, je repris les inhalations d'oxygène. A cinq heures, la malade beaucoup mieux s'opposait énergiquement à l'opération. La nuit fut bonne.

Le vendredi matin, M. Millard constatait sur le pilier droit et la portion buccale du pharynx deux petites traînées blanchâtres, qu'il reconnut être de fausses membranes diphtéritiques. Mais déjà la malade ouvrait mieux la bouche, elle avait confiance en sa guérison et son état moral était excellent. La dysphagie de beaucoup atténuée, lui permit, dans la journée, de prendre un potage, pour la première fois depuis le début de l'affection. Toute la soirée elle respira de l'oxygène, les crachats glaireux diminuèrent de fréquence. A huit heures, elle n'avait plus que 37°,8 de température, la voix revenait, ainsi que les couleurs aux joues. Elle demanda un second potage et but une certaine quantité de lait.

L'autorité de M. Millard, si compétent dans les questions relatives à la diphtérie, ne permet pas d'élever des doutes au sujet du diagnostic. La malade a bien eu une angine diphtéritique; on ne peut que discuter l'efficacité des inhalations au point de vue de la destruction des microbes, de la « jugulation » de la maladie.

Tout d'abord on ne niera point ce fait que les diphtéritiques respirant peu et difficilement, plus riches seront les propriétés vitales de l'air inspiré, plus fructueux seront les efforts pour la lutte vitale; aussi l'opportunité de l'emploi de l'oxygène est-elle incontestable. Quant à la mort des microbes, c'est une probabilité qui a pour elle les travaux de Pasteur, les recherches de Paul Bert, détruisant par l'eau oxygénée les bactéridies du charbon (1), et à ce point de vue elle mérite d'être signalée à l'attention de nos confrères, en attendant le résultat de leurs propres expérimentations.

REVUE CRITIQUE DES DIFFÉRENTES THÉORIES

SUR LES MOUVEMENTS ET BRUITS DU CŒUR

Par le docteur JUDÉE.

Le résumé exact de la théorie des mouvements et bruits du cœur de Rouannet est celui-ci :

La révolution cardiaque se compose de deux temps : le premier temps est représenté par la systole ventriculaire, le second par sa diastole dont la réplétion est achevée par la contraction de l'oreillette. Quant au premier bruit, il a lieu pendant le premier temps, ainsi que le choc du cœur; le second bruit se produit pendant le second temps.

La même théorie de MM. Chauveau et Marey est résumée dans la cinquième édition de l'ouvrage classique de MM. Kuss et Duval de la façon suivante :

La révolution cardiaque se compose de trois temps : le premier temps est constitué par la systole auriculaire, le second par la systole ventriculaire, le troisième par *le repos du cœur*. Le premier temps, ainsi que le choc précordial, ont lieu pendant le second temps, le second bruit pendant le troisième temps.

C'est, en définitive, la théorie de Rouannet à laquelle ces physiologistes ont prélevé les deux-cinquièmes environ de la durée du deuxième temps pour en constituer ce qu'ils ont appelé la systole auriculaire.

Beau, ne trouvant pas que ces conclusions répondissent parfaitement aux faits qu'il avait été à même d'observer, principalement sur la grenouille, en proposa une nouvelle dont voici le résumé : le premier temps de la révolution cardiaque est constitué par la systole des oreillettes, la systole et la diastole des ventricules; le second temps, uniquement par la réplétion des oreillettes; le choc du cœur et le premier bruit s'observent pendant le premier temps, le second pendant le deuxième temps.

Moi-même, n'ayant pas trouvé, de mon côté, complètement satisfaisantes ces différentes théories sur le jeu mécanique du cœur, en 1864 j'en émis une dernière (voir la *Gazette des hôpitaux* 1864), ne différant de celle de Rouannet qu'en ceci : le premier temps de ma théorie représente en entier le deuxième temps de la révolution cardiaque de cet auteur, tandis que son premier temps ou systole ventriculaire, constitue le deuxième de ma théorie. Du reste, en voici le résumé :

La révolution cardiaque comprend deux temps : le premier temps est formé par la diastole ventriculaire et la systole auricu-

---

(1) *Gazette des hôpitaux*, 20 février 1883.

laire, d'abord fort peu énergique, puis se terminant par une contraction assez forte à laquelle, jusqu'ici, on a réservé plus spécialement le nom de systole auriculaire; le second temps est constitué par la systole ventriculaire, et, par suite, par la diastole auriculaire. Le choc précordial a lieu au commencement de la systole ventriculaire.

Quant aux bruits du cœur, si l'on compare la révolution cardiaque à une mesure à trois temps, le premier temps ou *grand silence* est représenté en entier par le relâchement ou *diastole ventriculaire;* les deuxième et troisième sont constitués par les bruits du cœur, séparés l'un de l'autre par le *petit silence* qui se produit pendant la systole ventriculaire.

Ces considérations sur les bruits du cœur pourraient faire croire que, comme MM. Chauveau et Marey, j'admets jusqu'à un certain point que la révolution cardiaque se compose de trois temps. Il n'en est rien; et si j'ai comparé la révolution cardiaque à une mesure à trois temps, c'est tout simplement parce que j'ai trouvé cette comparaison très commode pour se faire une idée exacte de la succession des bruits du cœur.

A mon avis, en effet, la portion auriculaire aussi bien que la portion ventriculaire ne peuvent réellement se présenter que sous deux états différents : l'état de relâchement ou bien celui de contraction. L'état de relâchement de la portion ventriculaire commence nécessairement après la systole ventriculaire pour ne finir que lorsque cette systole va recommencer; la contraction ventriculaire ou systole commence seulement dès que le relâchement ventriculaire est arrivé à son apogée, pour ne se terminer que lorsque les ventricules sont complètement débarrassés de leur contenu.

Mais si le relâchement ventriculaire ou diastole commence précisément au moment où finit la systole, et où commence la diastole ventriculaire, *on ne peut pas véritablement dire qu'il y ait alors repos du cœur*, ou bien il faut appeler repos du cœur tout l'espace de temps pendant lequel la portion ventriculaire se dilate pour recevoir le contenu des oreillettes.

Maintenant, si réellement il en est ainsi, que reste-t-il à faire, sinon à rattacher le prétendu repos du cœur à la diastole ventriculaire, par suite à la systole auriculaire, que de reconnaître que la révolution cardiaque, au lieu d'être constituée par trois temps, comme le prétendent encore MM. Chauveau et Marey, n'en comporte que deux, formés le premier par la diastole, le second par la systole ventriculaire, ce qui mène fatalement à la conclusion suivante, qui a été de tout temps la mienne :

La révolution cardiaque ne se compose que de deux temps représentés le premier par le relâchement ou diastole ventriculaire, et la systole auriculaire qui n'est réellement appréciable que lorsqu'elle est sur le point de se terminer. Le second temps est constitué par le relâchement auriculaire et la systole ventriculaire.

Pour ce qui est des bruits du cœur, le premier de ces bruits n'a pas lieu, comme le veut Beau, pendant la diastole ventriculaire, mais bien au commencement de la systole, de manière à servir de ligne de démarcation entre ces deux temps : c'est alors que se produit le choc du cœur venant, sinon en même temps que lui, tout au moins immédiatement après lui. Le second bruit a lieu à la fin de la systole ventriculaire, lorsque la diastole ventriculaire va commencer, de sorte que lui aussi peut être considéré comme servant de ligne de démarcation entre la systole et la diastole ventriculaire. Entre ces deux bruits se place le petit silence, tandis que le grand silence se produit pendant le relâchement ou diastole ventriculaire et dure tant que le premier bruit ne s'est pas fait entendre, c'est-à-dire tant que la systole ventriculaire n'a pas commencé.

La théorie que je viens d'émettre sur les bruits du cœur me paraît avoir une réelle valeur, car elle vient confirmer un fait admis par tout le monde, à savoir : que le grand silence précède le premier bruit du cœur, tandis que le petit silence précède le second, ou, si on le préfère, qu'il y a *un silence marqué après le deuxième bruit* (Littré et Robin). Quant à la cause de ces bruits, je n'ose pas me prononcer, tenant à ne pas augmenter le nombre des suppositions qui ont été déjà faites à leur sujet; tout ce que je puis dire ici, c'est que, si ce que j'avance sur eux est vrai, j'aurai, à mon avis, fait faire un pas à la question en précisant exactement le moment où ils se produisent.

Il résulte de tout ce qui précède que le tableau consistant à diviser en dix parties égales, comme l'ont déjà fait MM. Chauveau et Marey, la révolution cardiaque, au lieu d'être celui-ci :

	1er TEMPS.	2e TEMPS.	3e TEMPS.
	1 | 2	3 | 4 | 5 | 6 | 7	8 | 9 | 10
Oreillette.	Systole.	Diastole.	Repos.
Ventricule.	Repos.	Systole.	Repos.
Bruit.	Silence.	1er bruit.	2e bruit.
Choc.		Choc.	

devient le suivant :

	1er TEMPS.	2e TEMPS.
	1 | 2 | 3 | 4 | 5	6 | 7 | 8 | 9 | 10
Oreillette.	Systole.	Diastole.
Ventricule.	Diastole.	Systole.
Silence.	Gr. silence.	Pet. silence.
Bruit.	1er bruit.	2e bruit.
Choc.	Choc.	

Tableau qui, à première vue, sans qu'on ait besoin d'entrer dans le cœur de la question, prédispose beaucoup plus en sa faveur que le premier par la façon simple et logique dont il explique tous les faits qu'on est à même d'observer pendant le cours d'une révolution cardiaque.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er décembre 1883. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Un parasite des serpents. — M. MÉGNIN présente un acarien parasite des serpents, qu'il tue en deux ou trois mois en suçant leur sang et en les tourmentant par ses piqûres.

Ce parasite avait déjà été vu par quelques naturalistes, qui l'avaient pris pour un dermanysse voisin du dermanysse des oiseaux; mais l'étude anatomique qu'en a faite M. Mégnin lui a démontré que son organisation était différente, que, s'il se gorge de sang comme ces derniers dont il prend alors l'apparence extérieure, il est plus voisin des vrais gamases par la structure de son rostre, mais il n'est pas cuirassé comme eux; bref, il constitue le type d'un nouveau genre de la famille des gamasidés, genre que l'auteur propose de nommer *ophionyssus*, et l'espèce qu'il constitue *ophionyssus natricis*.

Bien qu'on l'ait rencontré quelquefois sur des ophidiens en liberté (Metaxa, H. Lucas), c'est surtout sur les serpents de ménagerie ou élevés en boîte pour l'étude, que pullulent les *ophionyssus natricis :* ils se logent sous les écailles du tiers antérieur du corps, et là, parfaitement à l'abri, ils plantent leur rostre dans la peau et se gorgent de sang jusqu'à doubler de volume et à devenir tout noirs; les plus jeunes s'insinuent sous l'épiderme et arrivent même jusqu'entre les deux lames de la cornée oculaire dont ils provoquent l'ulcération; beaucoup de serpents sont ainsi rendus aveugles avant de mourir.

Un phénomène néuro-musculaire dans l'hypnotisme. — M. RICHER fait une communication sur un phénomène néuro-musculaire dans l'hypnotisme, phénomène propre à l'état cataleptique.

Action combinée du chloroforme et de la morphine. — M. LABORDE communique une note de M. Aubert (de Lyon) sur l'action combinée du chloroforme, de la morphine et de l'atropine. Les faits observés par M. Aubert sur l'homme confirment et complètent les expériences de M. Paul Bert sur le même sujet. Depuis cinq mois, M. Aubert a recours à cette méthode dans sa pratique

chirurgicale, méthode qui consiste à faire, comme l'ont indiqué MM. Dastres et Morat, avant l'administration du chloroforme, une injection mixte de morphine et d'atropine. Les avantages de cette méthode sont les suivants : sécurité parfaite et rapidité de l'anesthésie, calme persistant, absence complète de toute période d'excitation, facilité du réveil.

M. DASTRES fait observer que cette méthode donne exactement les mêmes avantages chez l'homme que chez le chien.

Traumatisme cérébral. — **M. LABORDE** communique une observation de M. Coutin (de Bordeaux), dans laquelle il s'agit d'une lésion traumatique du bulbe déterminée par un coup de couteau. Comme on peut le voir sur la pièce présentée par M. Laborde, la lésion porte complètement sur la pyramide postérieure droite et un peu aussi sur la pyramide postérieure gauche et les corps restiformes. Les accidents constatés chez ce blessé ont été d'abord l'impossibilité de le faire tenir assis, une insensibilité absolue de tout le côté opposé à la lésion principale, c'est-à-dire du côté gauche, un affaiblissement de la motricité du même côté (côté droit), enfin l'abolition du réflexe rotulien du côté droit. Il s'est écoulé une grande quantité de liquide céphalo-rachidien qui, examiné avec la liqueur de Bareswil, a donné la réaction du sucre ; ce liquide ne contenait pas d'albumine. Il n'y a pas eu de modifications de la respiration jusqu'au moment de la mort. Du côté de la face, la sensibilité est restée intacte, sauf à la région mentonnière. La température a été de 39°.

L'autopsie a montré l'existence d'une vaste plaie intéressant toute la pyramide droite postérieure, très peu la pyramide gauche et un peu les corps restiformes.

Action de l'éther sur la respiration de la levûre de bière. — **M. GOMEZ** lit une note sur ce sujet qui se termine par les conclusions suivantes : aux doses de 1 à 2 p. 100, l'éther a paru sans action sur l'activité respiratoire de la levûre de bière ; aux doses de 3, 4 et 6 p. 100, l'éther diminue, suspend même cette activité respiratoire ; mais à ces doses l'éther ne tue pas le végétal.

Anesthésie par le chloroforme. — **M. PAUL BERT** communique une note de M. le docteur Peyraud (de Libourne), relative à des recherches qu'a faites ce chirurgien sur l'anesthésie chez l'homme par un mélange d'air et de chloroforme, recherches dont les résultats confirment de tous points les expériences de M. Bert sur le chien. Par ce procédé qui consiste à verser une goutte de chloroforme à chaque inspiration, M. Peyraud arrive à anesthésier ses malades avec de très petites quantités de chloroforme. Par exemple, une jeune femme a été endormie en sept minutes avec 6 grammes de chloroforme, sans avoir présenté la plus petite période d'agitation. Un enfant de quatre ans a été anesthésié avec 3 grammes. Une femme atteinte d'un cancer du sein, ayant été abandonnée deux fois par les chirurgiens à cause de sa résistance inouïe au chloroforme, a été parfaitement endormie par ce procédé avec 25 grammes, l'opération ayant duré plus d'une heure.

Le procédé employé par M. Peyraud revient à employer un mélange d'air et de chloroforme dans la proportion de 12 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air. Or les doses indiquées dans les expériences de M. Bert sont de 10 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air.

Influence du café sur la composition des gaz du sang. — **M. COUTY** adresse une note sur ce sujet. Il résulte de ses recherches qu'après l'emploi du café la quantité des gaz du sang et surtout celle de l'acide carbonique se trouvent diminuées. L'urée et le sucre augmentent dans l'urine.

Physiologie du cœur. — **M. JUDÉE** fait une communication sur les mouvements et les bruits du cœur. (Voir plus haut.)

La Société se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre 1883. — Présidence de M. MILLARD.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la mort de M. Seux (de Marseille), l'un de ses membres correspondants.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture des lettres suivantes : 1° M. Moutard-Martin qui remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant de nouveau son représentant auprès du conseil de surveillance des hôpitaux ; 2° de M. Moissenet, qui demande à la Société de vouloir bien lui décerner l'honorariat ; 3° de M. le vice-recteur de l'Académie de Paris, qui transmet à la Société une protestation de M. Ancelon contre la décision prise conformément à l'avis de la Société de rendre les vaccinations et revaccinations obligatoires dans les lycées.

M. BUCQUOY dépose sur le bureau une brochure de M. le professeur Armaingaud (de Bordeaux) sur l'action comparative de deux virus vaccins, le vaccin d'enfant et le vaccin de génisse. La conclusion de ce travail est que les deux vaccins donnent des résultats à très peu de chose près semblables.

M. Bucquoy rappelle, à cette occasion, que les recherches comparatives qu'il a faites avec M. Brouardel, en 1870, sur ces deux virus, les avaient conduits aux mêmes résultats.

PRÉSENTATION

Kyste hydatique de la base du crâne. — **M. BUCQUOY** présente un malade qui a été atteint d'une affection dont le diagnostic a présenté quelques difficultés. Ce malade, âgé de quarante-trois ans, fort, robuste, est entré à l'hôpital Cochin le 10 mai dernier, présentant de l'atrophie avec rétraction des muscles du côté gauche de la face, un strabisme interne, une anesthésie considérable de la peau de la face et un affaiblissement notable de la sensibilité spéciale, enfin de la contracture du masseter. Plus tard vint s'ajouter à ces phénomènes une tuméfaction ganglionnaire de l'angle de la mâchoire. L'état général de la santé était d'ailleurs assez bon.

Voici quel avait été le début de cette affection. Il y a trois ans, il avait éprouvé une céphalée assez intense et persistante. Quelque temps après, il avait commencé à avoir des troubles de la vue, puis du strabisme et les symptômes de paralysie faciale ; enfin la tumeur dont il vient d'être parlé. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, il s'était aperçu un jour qu'en toussant il rejetait par le nez et par la bouche de petits corps ressemblant assez à des grains de raisin. J'étais, dit M. Bucquoy, assez embarrassé pour le diagnostic, lorsqu'au bout de quelques jours il m'apporta ces produits morbides, qu'il venait de rejeter en se mouchant. Je reconnus alors que c'était des hydatides. Je pratiquai aussitôt l'ouverture de la tumeur : il en sortit une quantité considérable d'hydatides. J'avais affaire à un kyste hydatique. A la suite de l'ouverture de ce kyste, le malade s'est graduellement rétabli, et il est sorti de l'hôpital quelques semaines après, rendant encore de temps en temps quelques-unes de ces hydatides, mais en définitive dans un état de santé satisfaisant.

Ainsi, voici quelle a été chez ce malade la succession des phénomènes qui se sont produits.

Céphalée au début, puis symptômes de paralysie indiquant une compression des nerfs moteur oculaire commun, facial et du ganglion de Gassert. Voilà le premier acte de la maladie. Sa deuxième phase est marquée par l'expulsion d'hydatides par la bouche et par les fosses nasales. Sa troisième a été la formation de la tumeur et son apparition au dehors.

C'est, suivant toute apparence, à la base du crâne, dans la fente sphénoïdale qu'a dû se former, dans le principe, le kyste hydatique, qui de là aura successivement gagné le pharynx, les fosses nasales et aussi la région sous-maxillaire où il s'est montré apparent en dernier lieu.

On sait que les tumeurs hydatiques se montrent à peu près dans toutes les régions, mais je ne crois pas qu'il existe d'exemple, — je n'en connais pas du moins, pour ma part, — de kyste hydatique

ayant pris naissance dans la fente sphénoïdale et à la base du crâne.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. M. Bucquoy est-il sûr qu'il n'y ait rien eu dans le cerveau ?

M. BUCQUOY. Le malade n'ayant jamais révélé d'autres symptômes que ceux que je viens d'énumérer, je ne crois pas qu'on puisse admettre qu'il y ait eu une lésion cérébrale. La marche ultérieure de la maladie montre d'ailleurs que, au lieu de gagner du côté du cerveau, les hydatides tendaient, au contraire, à progresser du dedans au dehors. L'analyse des faits est tellement nette que c'est comme de l'anatomie pathologique faite sur le vif.

M. OLLIVIER demande à M. Bucquoy s'il ne pense pas que ce malade puisse avoir des hydatides dans le système vasculaire. Il rappelle avoir vu plusieurs exemples de kystes hydatiques qui s'étaient développés consécutivement jusque dans le cœur.

M. GÉRIN-ROZE. Ce malade peut-il être considéré comme guéri ? Je ne le crois pas. Même en admettant qu'il n'y ait pas eu invasion de la cavité encéphalique, chose sur laquelle il y a encore lieu de douter, n'est-il pas probable qu'il y en a ou qu'il s'en développera encore sur d'autres parties du corps ? La poche du kyste n'est pas encore fermée d'ailleurs. Je compare ce malade à l'état d'un individu ayant un kyste tuberculeux que l'on aurait ouvert et qui suppurerait encore. Peut-on, en pareil cas, regarder ce malade comme guéri ?

M. BUCQUOY. Je n'ai pas dit que ce malade fût complètement guéri; j'ai dit seulement que je le considérais comme relativement guéri.

M. LABBÉ a toujours vu l'affection récidiver quand elle paraissait guérie spontanément, comme dans le cas actuel, tandis qu'il n'y a pas de récidive lorsque le kyste a été traité par suppuration. Il croit donc qu'il est préférable d'intervenir chirurgicalement.

M. BUCQUOY fait des réserves à ce sujet.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ ne croit pas qu'on puisse laisser dire qu'on ne peut obtenir la guérison de ces kystes que par la suppuration. Il y a un grand nombre de cas où ils ont guéri avec une simple ponction ou même spontanément.

Nodosités rhumatismales éphémères. — **M. FÉRÉOL** a reçu, à l'occasion de sa dernière communication, une lettre du docteur Fritz, relatant l'observation d'une malade rhumatisante qui a présenté à la lèvre, au front, etc., une plaque saillante, œdémateuse, etc., sur la nature de laquelle ce confrère demande son avis : S'agit-il d'une urticaire tubéreuse ou d'une nodosité identique à celle que j'ai décrite ? Aucune de ces deux opinions ne lui paraît devoir être admise : l'urticaire tubéreuse est moins fugace et provoque spontanément des démangeaisons. D'autre part, les nodosités que j'ai décrites ne gardent pas l'empreinte du doigt : il s'agit donc ici vraisemblablement d'une troisième variété d'éruption rhumatismale.

M. RATHERY. La malade dont il s'agit dans cette observation ayant été traitée par le salicylate de soude, il peut y avoir une relation entre le traitement et la production d'une urticaire, car c'est un accident que j'ai souvent observé à la suite de l'administration du salicylate de soude.

M. FÉRÉOL ne nie pas le fait; cependant il y avait cinq semaines que le traitement avait été suspendu quand l'éruption s'est manifestée : il n'y a donc pas lieu, croit-il, d'invoquer cette étiologie.

M. GÉRIN-ROZE ne saurait admettre qu'il y ait relation de cause à effet entre l'administration du salicylate de soude et la production d'urticaire. Il n'a jamais observé cet accident chez les nombreux rhumatisants auxquels il a administré ce médicament. M. Rathery s'est trouvé sans doute en présence de simples coïncidences.

M. RATHERY réplique qu'on peut toujours faire semblable objection ; ce qu'il peut dire, lui, c'est qu'après l'administration du salicylate de soude, il a souvent observé de l'urticaire, et que les rhumatisants traités par d'autres méthodes n'en ont jamais présenté.

M. OLLIVIER croit devoir revenir aujourd'hui sur l'opinion qu'il exprimait dans la dernière séance. La dénomination d'arthritiques appliquées aux nodosités décrites par M. Féréol lui semble trop vague et destinée à produire une confusion regrettable. Les goutteux aussi présentent des nodosités sous-cutanées, qui n'ont rien de commun avec celles dont il s'agit ici, puisque ce sont des amas d'urate de soude. Il vaudrait donc mieux leur appliquer l'épithète de rhumatismales.

M. FÉRÉOL. M. Ollivier semble croire que l'arthritisme s'applique seulement à la goutte, ce n'est pas là le sens qu'il donne à ce mot : avec Bazin et bien d'autres, il range aussi bien le rhumatisme que la goutte dans la diathèse arthritique.

M. MILLARD, pour en revenir au malade dont M. Féréol a parlé, croit qu'il s'agit bien, dans ce cas, d'un urticaire tubéreux : le siège à la lèvre de la tuméfaction, sa mobilité, les démangeaisons qu'elle provoquait, lui paraissent des signes caractéristiques de cette affection.

M. TROISIER désire présenter une observation à l'occasion de la communication de M. Féréol. Il a dit dans une précédente séance que les nodosités qu'il avait décrites étaient constituées par des tissus fibreux ; il vient de relire la description des examens microscopiques qui ont été faits de ces tumeurs par les auteurs anglais, et il doit à la vérité de dire que ces nodosités sont constituées par du tissu embryonnaire en voie d'organisation. Cette structure rend mieux compte, du reste, que celle qu'il leur avait attribuée, du caractère éphémère et fugace de ces tumeurs.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 novembre 1883, M. Ganivet, aide-médecin de la marine, démissionnaire, a été nommé à un emploi d'aide-médecin dans la réserve de l'armée de mer.

— Le concours pour quatre places d'agrégés de pharmacie, qui avait été annoncé comme devant s'ouvrir à Paris, le 29 mai, ne s'ouvrira que le 2 juin 1884.

— Par arrêté ministériel en date du 28 novembre 1883, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, sera ouvert le 15 juillet 1884, à l'École supérieure de pharmacie de Paris. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Sigalas, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Bergonié, appelé à d'autres fonctions.

M. Princeteau est nommé, pendant une période de trois ans, prosecteur, en remplacement de M. Maubrad, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Masson est institué, pour une période de deux ans, chef de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Éloui, démissionnaire.

M. le docteur Peilhon est institué, pour une période de deux ans, chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Poullet, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Weill est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Rodet, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Héron, bachelier ès lettres et ès sciences, est délégué, provisoirement, dans les fonctions d'aide d'anatomie, en remplacement de M. Cénas, temporairement appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Gilis, interne des hôpitaux, est nommé, pour une période de trois ans, prosecteur, en remplacement de M. Forgue, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Rohmer, agrégé, est chargé du cours annexe de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Weiss, appelé à d'autres fonctions.

Un congé d'un an, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à M. Demange, préparateur des travaux pratiques de chimie.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Armand (Albert-Léon), préparateur de la chaire de chimie appliquée au corps organique, est nommé aide-naturaliste près ladite chaire, en remplacement de M. Cloëz, décédé.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Ladrey, professeur de chimie et de toxicologie, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à la retraite, à partir du 1er novembre 1883. — M. Ladrey est nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Nantes.* — MM. Guillon et Saquet sont nommés aides de clinique, en remplacement de MM. Vigot et Brossier, dont le temps d'exercice est expiré.

MM. Colona et Mitry sont nommés aides d'anatomie, en remplacement de MM. Pedrono et Ghiron, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Guias est nommé prosecteur, en remplacement de M. Sauvage, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Barotte, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie organique, en remplacement de M. Wirion, démissionnaire.

— Dans l'avant-dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. le docteur Voisin a donné lecture d'un rapport concernant un cas présumé de rage, observé sur un enfant de sept ans.

A l'occasion de la lecture du procès-verbal, à la séance du 23 novembre 1883, M. Pasteur fait observer que cet enfant est bien mort de la rage. En effet, l'inoculation par trépanation, à la surface du cerveau, sous la dure-mère : 1° du bulbe de l'enfant à deux chiens; 2° de la moelle supérieure de l'enfant à un lapin; 3° de la moelle inférieure de l'enfant à un lapin, a donné lieu à la mort des chiens et des lapins.

La mort a été provoquée par la rage la plus caractérisée dans les quatre cas. Les chiens, notamment, ont eu la rage furieuse, aboyeuse et mordeuse. La voix était très rabique.

— M. le docteur Tarral, chirurgien de l'hôpital du Havre depuis 1847, vient de mourir dans cette ville, à l'âge de soixantre-treize ans.

— *Muséum.* — M. le professeur Edmond Perrier commencera son cours de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes) le jeudi 6 décembre 1883, à deux heures et demie, dans la galerie de zoologie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Il exposera dans ses leçons du jeudi, à la galerie de zoologie, les résultats acquis par les dernières expéditions de dragages relativement à la faune des grandes profondeurs. Dans les leçons pratiques du mardi et du samedi au laboratoire de zoologie, 55, rue de Buffon, il traitera de l'organisation, de la morphologie et des rapports des annélides, des mollusques et des zoophytes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15413

N° 140. — JEUDI 6 DÉCEMBRE 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 6 DÉCEMBRE 1883. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** ».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Histoire des Médecins arabes et de l'École de Salerne. — Contribution à l'étude des phénomènes neuro-musculaires de l'hypnotisme; paralysie provoquée pendant l'état cataleptique. — Cancroïde de la vulve ou épithélioma clitoridien. — Valeur pathogénique et thérapeutique de certaines douleurs ostéocopes. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Cette fois encore, l'Académie se trouvait au grand complet pour une élection.

Il s'agissait de nommer un membre dans la section de thérapeutique. Dès le premier tour de scrutin, M. Vidal l'a emporté par 57 voix contre 24 qu'a obtenues son principal concurrent, M. Hayem.

Les microzymas et les bacilles reviennent souvent sur le tapis, sans qu'il s'engage de discussion proprement dite, chacun recevant la série d'idées qui lui appartient ou qu'il adopte, et, sans s'inquiéter des répétitions, ne sortant pas de ce qu'il a vu soit le premier, soit après d'autres.

Dans son rapport sur le service de la vaccine pour l'année 1882, M. Blot insiste particulièrement sur la négligence des parents que des statistiques multiples ne permettent plus de mettre en doute.

En effet, en cherchant l'âge des enfants qui sont présentés pour la première fois à la vaccination, soit dans les diverses maisons de Paris, soit à l'Académie de médecine, on a constaté que plus d'un tiers avaient dépassé l'âge d'un an. C'est là un puissant argument pour ceux qui demandent qu'une loi intervienne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire des Médecins arabes et de l'École de Salerne (1).

IV

Comme transition entre les médecins arabes des Khalifats d'Orient et ceux de l'Occident, on trouve en Égypte et dans le Magreb des personnalités qui ne doivent pas être négligées. C'est ainsi qu'Omar ben Ali est un des spécialistes de l'oculistique; l'Égypte a été de tous temps le pays favorable aux ophtalmies.

Les souverains arabes traitaient généralement avec déférence et générosité leurs médecins : aussi la fin lamentable d'Ishaq ben Amran, au IXe siècle, est-elle une exception. Originaire de Bagdad, Ishaq ben Amran vint à Kaïrouan, appelé par le sanguinaire Zyadet Allah, qui s'était engagé à le laisser repartir quand il lui conviendrait. Ishaq était chargé de vérifier les aliments du despote, et, dégoûté de cet office, il voulait s'en retourner en Orient. Zyadet décida la mort de son médecin Ishaq : il lui fit ouvrir les veines des bras et le laissa mourir d'hémorragie; puis il fit mettre le cadavre en croix, le laissant en pâture aux oiseaux.

Maimonide, un des plus beaux noms du judaïsme, mais plus philosophe que médecin, venu d'Espagne en Égypte, une des grandes figures du XIIe siècle, vécut jusqu'en l'année 1204. Il écrivit généralement en arabe.

Constantin l'Africain ne doit point actuellement nous occuper, il en sera question avec l'École de Salerne.

Le Khalifat d'Espagne a été un des pays les plus heureux soumis au joug arabe. El Hakem avait établi à Cordoue une Académie qui a fourni des savants distingués et qui attirait de toutes parts les étudiants comme l'avait fait Bagdad. Au Xe siècle, la bibliothèque de Cordoue était la plus riche de l'Occident et renfermait au moins 284,000 volumes, on a dit jusqu'à 600,000, avec 44 volumes pour le catalogue. Séville, Tolède et Murcie avaient aussi des écoles médicales.

Les premiers médecins arabes de l'Espagne étaient venus de l'Orient comme Iounes de Harran, et d'autres, nés sur le sol ibérique, allèrent à Bagdad pour étudier; puis retournèrent dans leur pays, à l'exemple de Mohammed ben Abdoun.

Au XIIe siècle vivait Abulcasis ou Albucasis (Aboul Kasem Khalef ben Abbas Ezzahraouy), qui n'est autre que Alzaharavius et qui mourut vers l'an 1013. C'est le premier médecin arabe dont les écrits ont été publiés à Venise, traduits en latin. Il était né à Zahara, près de Cordoue, d'où l'origine du surnom Ezzahraouy. Nous avons d'Abulcasis l'ensemble de ses œuvres en trente livres et qui porte le nom de *Tesrif*. Le premier traité, publié sur la préparation des médicaments, n'est pas une simple compilation; il a mérité les éloges de Haller. Puis vient le livre de la Théorie et de la Pratique. Sa chirurgie, attribuée à Alzaharavius et qui est sûrement abulcasienne, comprend trois parties : la cautérisation, la médecine opératoire, les luxations et les fractures. Elle nous offre un des monuments scientifiques les plus précieux, ayant comme double mérite l'introduction des figures à côté du texte. Abulcasis attribue l'abandon de la chirurgie à l'état

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 novembre 1883.

d'ignorance des médecins pour l'anatomie ; il se montre enthousiaste de l'emploi du feu, il indique quarante maladies où il ne voit pas de meilleur remède. Abulcasis cautérisait les tumeurs de la lèpre noueuse, et de même les ulcères cancéreux, non sur le milieu, mais à la circonférence. Dans les luxations spontanées, il employait le feu autour des cavités articulaires, il plaçait le cautère actuel sur les gibbosités commençantes, nous dirions aujourd'hui sur le mal de Pott. Le chirurgien arabe donne quatre méthodes pour arrêter une hémorragie artérielle : la cautérisation, la section entière du vaisseau qui alors se rétracte, la ligature et la compression. Albucasis s'est montré très circonspect à l'égard des amputations des membres.

Le *Tesrif* restera comme la première expression de la chirurgie scientifique, fondée sur la connaissance de l'anatomie. Les figures dont il est pourvu sont une innovation heureuse lui attirant toujours un succès mérité.

Ebn Guefith ou Ebn Ouafed (Aboul Motharref Abderrahman ben Mohammed ben Abd el Kebir ben Iahya ben Ouafed Ellakhmy), qui a été encore appelé Abenguefit et de plusieurs autres manières, était de Tolède.

Il s'est appliqué à l'étude de Galien et d'Aristote, et surtout à rechercher l'action des médicaments simples ; il surpassa ses contemporains sur ce sujet. Ses livres renfermaient ce qu'avaient dit Galien et Dioscoride. Ebn Ouafed fut élevé à la dignité de vizir et mourut en 1074.

Ce qui caractérise pour nous Eben Guefith, ce sont ses connaissances en matière médicale et en thérapeutique. Je dois vous dire cependant qu'il a poussé très loin les distinctions subtiles ; il établissait des différences au moins singulières entre les effets des médicaments et ceux des substances alimentaires. Les effets des remèdes varient, dit-il, suivant la température ; on peut les apprécier par la saveur : la chaleur produit une saveur amère, âcre et salée ; le froid, une saveur austère, acide et styptique ; une température moyenne, une saveur douce et grasse.

Une famille médicale illustre de la fin du XIe et du XIIe siècle s'est produite en Espagne, rappelant celles des Bakhtichou, des Honein, des Mésué. Les Ebn Zohr sont connus sous le nom d'Avenzoar et le plus célèbre de tous, l'auteur du *Teïssir*, va nous occuper.

Avenzoar (Abou Merouan Abd el Malek ben Abil Ola ben Zohr), né à Peñaflor, près de Séville, est un observateur ayant plus d'originalité que beaucoup d'autres Arabes et ne copiant pas servilement ses prédécesseurs. Il était juif de religion, fils et petit-fils de médecins. En médecine aussi bien qu'en chirurgie, Avenzoar accepte Galien, mais il le modifie, il le combat et, en beaucoup d'endroits, il se montre hippocratique.

Son père commença, vers l'âge de dix ans, à l'instruire dans son art, et lui fit faire bientôt serment de ne jamais employer de poisons. Ce serment vous montre à quel point les empoisonnements devaient être fréquents chez les Arabes. On raconte qu'Abd el Moumen voulut user de purgatifs ; Avenzoar imagina d'arroser une vigne avec une solution purgative et en fit manger les raisins au Khalife émerveillé. Il parvint à un âge très avancé. Il fut le maître d'Averroès et mourut à quatre-vingt-douze ans à Séville en 1162 ; il fut enterré à côté de son père à Séville, près de la porte de la Victoire.

Le livre d'Avenzoar porte le titre de : *Teissir* ou *Theïsyr* ; il est remarquable et le médecin de Séville s'y montre plus praticien que théoricien. Il dit avoir saigné son enfant âgé de trois ans seulement, et avec un plein succès. En raison de sa haute position, Avenzoar paraît avoir exercé la médecine en médecin consultant ; il dédaignait la pratique des opérations chirurgicales qu'il considère comme le lot de ses aides ; il a le même dédain pour la préparation des médicaments.

Averroès ou Averrhoes (Aboul Oualid Mohammed ben Ahmed ben Mohammed Ebn Rochd) est plus philosophe que médecin ; c'est le grand commentateur arabe d'Aristote ; il était né à Cordoue. Son père était justicier et grand prêtre d'Andalousie ; sa famille élevée occupait depuis longtemps les premières charges de la magistrature. Averroès étudia successivement la jurisprudence, la théologie, les mathématiques, la physique ; en médecine, il eut pour maître Avenzoar. Le disciple reconnaissant, et âpre détracteur des autres médecins, parle toujours d'Avenzoar avec vénération et même avec enthousiasme. Après la mort de son père, Averroès fut revêtu de toutes les dignités ; il fit à Cordoue des cours publics de philosophie, de jurisprudence et de médecine ; mais libéral et ayant attaqué jusqu'à la personne du Khalife, il fut condamné à n'avoir de rapports qu'avec les juifs. Accusé d'hérésie, ses biens furent confisqués. La fureur du peuple l'obligea de fuir. Il fut jugé ; les uns voulaient pour lui la mort, les autres l'infamie. Averroès fut condamné à faire amende honorable à la porte de la mosquée de Fez et les passants lui crachaient au visage. Puis le philosophe languit dans la misère à Cordoue. Enfin il fut rappelé au Maroc auprès d'Iakoub el Mansour et de nouveau reçut les emplois et les honneurs qu'il avait perdus ; il y mourut vers l'an 1198.

Doué d'un esprit subtil et d'un grand amour du travail, Averroès composa son principal ouvrage intitulé *Koullyath* ou *Colliget*, renfermant un grand nombre de livres pour commenter le Philosophe de Stagyre. Il a écrit aussi sur la médecine, mais il doit avoir peu pratiqué. « Un honnête homme, disait-il, peut se plaire à la théorie de cet art, mais la pratique doit le faire trembler. Quelques lumières qu'il ait, il ignorera toujours le juste rapport qui se trouve entre le tempérament du malade, le degré de sa maladie et l'application du remède convenable ». D'après cela, attendez-vous à trouver chez Averroès un système coordonné, beaucoup de théorie et peu d'observation. Cependant il a dit qu'on ne peut avoir deux fois la variole.

Le dernier médecin arabe occidental que j'ai à vous faire connaître avec détails est Ebn el Beithâr ou le fils du vétérinaire (Dhya Eddin Abou Mohammed Abdallah Ben Ahmed, surnommé Ennabaty, le botaniste), qui naquit à Malaga vers la fin du XIIe siècle. Il entreprit de longs voyages et devint le plus grand botaniste de son temps. Les suffrages unanimes des académies d'Égypte l'appelèrent à la charge d'archiatre. Il passa plus tard à la cour du roi de Damas, où il fut élevé à la dignité de vizir et comblé d'honneurs. Doué d'une prodigieuse mémoire, Ebn el Beithâr n'oubliait jamais les caractères distinctifs d'une plante ou d'un minéral qu'il avait étudiés ; il pouvait indiquer le passage de Galien ou de Dioscoride qui en traitaient. La mort le surprit à Damas en 1248 ; il avait écrit en arabe plusieurs ouvrages importants et la plupart restés manuscrits sur la botanique et la matière médicale. Un de ses amis et disciples fut l'historien Ebn Ali Ossaïbiah qui nous a conservé la biographie d'Ebn el Beithâr.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES PHÉNOMÈNES NEURO-MUSCULAIRES DE L'HYPNOTISME. PARALYSIE PROVOQUÉE PENDANT L'ÉTAT CATALEPTIQUE.

Par M. le docteur Paul RICHER.

Chacun des divers états nerveux qui composent l'hypnotisme et qui ont été ramenés par M. Charcot à trois principaux, est caractérisé par des phénomènes neuro-musculaires spéciaux.

Pendant l'état léthargique, la contracture est obtenue par les excitations mécaniques portées sur les masses musculaires elles-mêmes, les tendons ou les nerfs (*hyperexcitabilité neuro-musculaire, contracture léthargique*).

Pendant l'état somnambulique le muscle demeure insensible aux excitations précédentes, mais la contracture survient si les excitations, au lieu d'être énergiques et profondes, n'intéressent que la surface cutanée.

Pendant l'état cataleptique, les muscles qui ne sont plus susceptibles d'être contracturés par les mêmes procédés ont acquis des propriétés spéciales en vertu desquelles les membres conservent les attitudes communiquées.

Mais il est un autre phénomène neuro-musculaire propre à l'état cataleptique. *Des excitations mécaniques de même nature que celles qui pendant l'état léthargique produisent la contracture, — pression, friction, malaxation des muscles, des tendons ou des nerfs, — amènent pendant l'état cataleptique le relâchement musculaire et la paralysie.*

Dans les cas les plus favorables, l'état paralytique peut être localisé à un seul muscle ou à un groupe musculaire. Dans les cas moins délicats, l'excitation portée sur un seul point du membre produit la paralysie du membre tout entier.

L'action paralysante se traduit d'abord par un allongement du muscle que des tracés myographiques ont permis de constater. Cet allongement musculaire laisse aux antagonistes du muscle qui l'a subi un rôle prédominant, en vertu duquel l'attitude se modifie dans un sens déterminé. C'est ainsi qu'en excitant les fléchisseurs on obtient un mouvement d'extension et *vice versâ*.

Des photographies qui représentent des expériences comparatives de contracture localisée pendant l'état léthargique et de paralysie localisée pendant l'état cataleptique sous l'influence d'excitations semblables dans les deux cas, montrent que l'attitude cataleptique ainsi obtenue est précisément l'inverse de l'attitude due à la contracture léthargique.

Lorsque la paralysie n'est plus localisée et qu'elle envahit tout un membre, elle persiste dans les conditions suivantes :

a) Pendant l'état léthargique;

b) Pendant l'état somnambulique;

c) Après le réveil. Elle peut être alors transférée au membre du côté opposé par les applications aimantées.

Cet état paralytique, lorsqu'il n'est pas très profond, peut disparaître spontanément et progressivement ; en tous cas, la faradisation en a facilement et rapidement raison.

CANCROÏDE DE LA VULVE OU ÉPITHÉLIOMA CLITORIDIEN

Par M. le docteur L. SORBETS, d'Aire (Landes).

Cette affection est très rare, du moins d'après le siège que nous désignons. Vidal (de Cassis) en avait observé, à Lourcine, trois cas qui avaient été pris pour une ulcération vénérienne. Ils ne furent pas opérés, et ce chirurgien n'avait pas remarqué de développements ganglionnaires dans la région inguinale.

Nélaton a eu seulement l'occasion d'étudier un épithélioma de la vulve dans le service de Gerdy : ce dernier chirurgien en fit l'opération, mais la malade succomba rapidement.

Le professeur Trélat (*Gazette des hôpitaux*, n° 92, année 1882), rapporte également le cas d'un épithélioma de la vulve, le premier qu'il ait rencontré. L'affection est très rare, car, d'après ses recherches bibliographiques, il ne cite que trois observations de Churchill, et deux cas de Charles West, tellement étendus que l'opération ne fut pas tentée. Aussi, sommes-nous heureux de faire connaître le premier cas que nous rencontrons, après trente ans de carrière chirurgicale.

Marie L..., ménagère, âgée de soixante-cinq ans, ayant eu deux enfants, se plaint depuis quinze mois de l'existence d'une petite tumeur de la vulve ; ou mieux, d'un *fort bouton*, comme elle l'appelle, se recouvrant d'une croûte, au-dessous de laquelle existe une ulcération à bords indurés et donnant lieu à de vives démangeaisons.

Soumise, plus tard, à notre examen, pendant le mois de janvier 1883, nous constatons les symptômes suivants : une tumeur comprenant le clitoris dans son développement, mobile, à base large, à sommet ulcéré et saignant facilement, à bords inégaux et répandant une odeur caractéristique, est de la grosseur et présente la forme de la phalangette du pouce. On dirait le clitoris hypertrophié constituant la tumeur avec les caractères signalés ; en bas, occupant le vestibule de la vulve, elle n'a aucune attache avec la paroi supérieure de l'urètre. Les petites lèvres sont seulement refoulées en haut, vers le mont de Vénus.

Pas d'écoulement de l'utérus par le vagin, ni d'engorgement ganglionnaire inguinal.

J'engage vivement cette femme à se laisser opérer dès le lendemain. Refus obstiné de la famille.

Je la revis six mois après. Aujourd'hui elle veut être absolument opérée ; mais les choses ont bien changé d'aspect.

La tumeur est du volume d'une forte noix : elle apparaît à la partie supérieure de la vulve et en tient écartées les grandes lèvres. Elle a été plusieurs fois le siège d'une hémorragie abondante ; elle est ulcérée et répand une odeur *sui generis* des plus infectes.

Elle a pour ainsi dire fait disparaître les petites lèvres, le clitoris. Elle occupe le vestibule de la vulve, et, retombant par son propre poids, cache le méat urétral ; car il faut la soulever pour introduire une sonde dans la vessie. Sa base est largement attachée et d'une manière générale peu mobile.

L'opération est décidée et faite le 23 juillet.

De concert avec mon confrère le docteur Levrier, voici les principes opératoires arrêtés :

A cause d'une affection cardiaque symptomatique, d'un rhumatisme polyarticulaire et de quelques symptômes congestionnels cérébraux, la malade n'est pas soumise à l'inhalation chloroformique.

Une sonde sera maintenue dans la vessie pendant que deux fils très forts et cirés seront passés au centre de la tumeur pour la tirer en avant ; puis deux incisions elliptiques circonscriront la tumeur et la dissection finira par la détacher des tissus sur lesquels elle est implantée.

Je mets à exécution ces divers temps opératoires qui eurent lieu successivement et sans incident aucun, et sans grande hémorragie qui s'arrêta sous l'influence de lotions froides et du rapprochement des cuisses.

Mais quelques heures après l'opération, l'hémorragie secondaire fut très abondante : elle fut arrêtée par un véritable tamponnement.

Dès le troisième jour, tout marcha naturellement.

Trois pansements par jour. — Lotions vulvaires avec une éponge trempée dans une solution de coaltar saponiné Lebeuf et comme topique ; charpie trempée dans la même émulsion.

Miction facile, appétit conservé ; pouls à 80, peu développé. Les premières nuits furent agitées.

Huit jours après l'opération (30 juillet), la plaie marche bien, donnant du pus crémeux. La nuit a été bonne : tout fait présager une guérison rapide et prochaine. La miction a été un peu dou-

loureuse, probablement à cause d'une légère cystite développée par le voisinage des tissus enflammés.

Bain de siège et pansement avec de la charpie trempée dans la solution de coaltar, émulsion mère.

3 août. — J'examine avec soin la plaie qui suppure encore, mais qui se trouve en bonne voie de cicatrisation. Le vestibule de la vulve comprend, sans clitoris, tout l'espace compris depuis le méat urinaire faisant une légère saillie, jusqu'à la partie supérieure des petites lèvres en partie disparues.

La malade reste levée : les nuits sont bonnes et l'appétit meilleur.

14 août. — J'examine de nouveau la vulve, les parties opérées sont cicatrisées : la malade est aussi bien que possible.

15 septembre. — Les parties vulvaires sont de nouveau examinées. A l'exception de l'absence du clitoris, on ne se douterait pas qu'une ablation de tumeur ait été faite dans cette région. La malade est parfaitement guérie : elle a repris ses occupations ordinaires.

En publiant cette intéressante observation, nous n'avons qu'un regret : c'est qu'un accident, indépendant de notre volonté, nous ait privé de la facilité que nous avions de faire examiner cette tumeur sur le champ du microscope. Nous aurions voulu en connaître la structure intime, malgré notre diagnostic probable sur la nature de la tumeur. La récidive, du reste, nous fixera plus tard à cet égard, récidive que nous ferons connaître si elle se produit. La chose était d'autant plus facile pour nous que nous avions la bonne fortune de posséder, à Aire, pendant quelques jours, M. Georges Bellangé, le très distingué chef du laboratoire de la Faculté de Paris, à l'asile Sainte-Anne.

VALEUR PATHOGÉNIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE CERTAINES DOULEURS OSTÉOCOPES.

Par M. le docteur Arthaud.

Dès les premiers mois de la vie, l'enfant sain et vigoureux agite avec bonheur bras et jambes, et manifeste sa joie lorsqu'on le maintient debout sur les genoux de ceux qui sont appelés à lui donner des soins.

Il n'en est plus de même lorsque surviennent certains troubles que nous allons bientôt spécifier. On voit alors ces petits êtres immobiles dans leur berceau où ils se tiennent recroquevillés, repliés sur eux-mêmes et poussant des cris aigus dès que l'on fait mine de les prendre, à plus forte raison lorsqu'on cherche à les dresser sur leurs jambes, qu'ils tiennent obstinément repliées. On constate que non seulement les articulations, mais tous les os, sans exception, sont douloureux. Et cependant, au début de ces phénomènes, les chairs conservent leur fraîcheur et nulle déformation ne se manifeste autour des articulations. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que la cachexie et les gonflements articulaires se manifestent.

Prenons maintenant un adolescent, après une poussée trop rapide de croissance. Nous verrons qu'en peu de semaines, la gaîté, le besoin de mouvement, ont fait place chez lui à la tristesse et à une profonde indifférence, aussi bien pour les jeux que pour le travail. Interrogez-le, et il vous répondra qu'il souffre, dans les articulations et même la continuité des membres, de douleurs sourdes, facilement exaspérées par le moindre mouvement.

Enfin, si nous observons certaines femmes pendant le cours de leur grossesse, nous les entendons, surtout vers le sixième ou le septième mois, se plaindre de lassitude générale avec douleurs plus ou moins vives dans toutes les articulations. Le plus souvent ces jeunes femmes présentent les attributs de la fausse pléthore.

Il ne faut pas chercher bien longtemps pour trouver à ces trois états une seule et unique origine, une cause commune, l'*inanition minérale*.

En effet, si nous recherchons les antécédents, nous trouvons que quelque temps avant de commencer à se plaindre, puis à dépérir, l'enfant recevait une alimentation pauvre en sels calcaires ou dans laquelle ces composés se trouvaient dans un état tel que les organes digestifs ne pouvaient les assimiler. — Et, comme les sucs nourriciers ne peuvent prendre l'état solide et passer à l'état de tissus sans l'intervention du phosphate de chaux, l'organisme, pour faire face au déficit causé par la mauvaise alimentation, emprunte au squelette le sel qui lui manque, et pendant quelque temps les os appauvris, deviennent le siège de troubles trophiques sérieux, tandis que les tissus mous continuent à se développer. Ce n'est que plus tard, lorsque la réserve de phosphate des os se trouve épuisée, que les phénomènes pathologiques éclatent du côté du tube digestif et des autres systèmes organiques.

Les choses ne se passent pas autrement chez l'adolescent, sauf cette différence toutefois que les os, déjà moins cartilagineux, n'ont plus la même tendance à se déformer.

L'origine des douleurs ostéocopes de la femme enceinte n'est pas plus obscure.

Elles se montrent chez la jeune mère qui n'a pas pu constituer de réserves calcaires suffisantes pendant les premiers mois de la grossesse et qui ne présente ni l'augmentation de poids de tous les os, ni les ostéophytes qui recouvrent souvent la surface des os plats et que l'on prenait autrefois pour les produits d'une erreur de nutrition. Vers la fin de la grossesse, lorsque le développement du fœtus se fait avec une activité toute particulière, la mère, obligée de fournir de grandes quantités de phosphate calcaire, les emprunte à sa propre substance, et s'appauvrit au point de ne plus pouvoir assimiler ses aliments. De là, les douleurs osseuses et l'infiltration des chairs par des éléments maintenus à l'état liquide par la prédominance des sels alcalins et presque privés du phosphate de chaux, seul capable de les fixer à l'état solide.

Si l'observation des symptômes ne suffisait pas pour démontrer que nous nous trouvons dans ces trois cas en présence des conséquences de l'inanition minérale telle qu'elle a été décrite par Dusart, les résultats produits par le traitement ne permettraient plus aucun doute.

Le même médicament réussit en peu de temps dans l'un comme dans l'autre cas, et ce médicament n'est autre que le *phosphate de chaux*, surtout lorsqu'on l'administre sous la forme physiologique de lacto-phosphate que lui a donné l'auteur dont nous citions plus haut les travaux.

Qu'on le fasse prendre sous forme de vin ou de sirop, le lacto-phosphate de chaux agit avec rapidité. Dès les premiers jours, les malades voient renaître leur appétit. Le regard, d'abord atone, reprend sa vivacité, et dans un délai qui ne dépasse pas souvent huit ou dix jours, les mouvements, au lieu d'être redoutés et douloureux, deviennent vifs et faciles. Les chairs reprennent leur fermeté et leurs couleurs : en un mot, la situation redevient normale, dès que l'on rend aux aliments le complément indispensable dont ils avaient été privés d'abord, et sans lequel ils ne peuvent s'assimiler, c'est-à-dire se fixer dans les tissus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 décembre 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Dezanneau, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers, qui se porte candidat au titre de membre correspondant dans la section de chirurgie ;

2° Une lettre du docteur Sandras sur le traitement de l'angine couenneuse par les inspirations d'eau chargée d'essence de thérébentine et de goudron et légèrement créosotée et phéniquée ;

3° Un pli cacheté relatif à une sonde utérine, déposé par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie. (Accepté.)

LECTURE

Les organites et les maladies contagieuses. — M. BÉCHAMP lit, en réponse à la dernière communication de M. Bouchardat, un nouveau mémoire dont voici quelques extraits :

« Il ne faut pas se laisser égarer par les mots et par les apparences. Ce que l'on appelle *monococcus, microbe simple, micrococcus, microbe en point, microbe en point double* ou *diplococcus, microbe en chapelet, bactérie, bâtonnet* ou *bacille étranglé, bactéridie*..., ne sont que des microzymas ou les formes évolutives de microzymas divers dans des conditions diverses et non pas des modifications d'organites. Le *microbe simple* et *en point double* ou *en chapelet* ou le *bacille étranglé* ne constituent pas vraiment des espèces pathologiques ou morphologiques distinctes ; ils peuvent être rencontrés dans les affections les plus diverses et même en dehors de cas pathologiques : dans l'urine qui a subi ou non la fermentation ammoniacale dans la vessie ou hors de la vessie; dans le pus le plus normal comme dans la diathèse purulente; dans la fièvre puerpérale comme dans les lochies inoffensives ; dans la diphtérie ; dans la lymphangite; dans l'ecthyma; dans les oreillons; dans la sueur accumulée; dans les liquides d'épanchements; dans la maladie des vers à soie (flacherie), où, dès 1867, je les ai décrits, alors qu'on ne voulait pas les admettre et où l'on me faisait les observations les plus saugrenues. M. Estor les a vus dans la matière demi-liquide verdâtre d'un kyste de la grande lèvre examinée au moment même de l'extirpation. Nous les avons vus, M. Estor et moi, en étudiant l'évolution bactérienne des microzymas du foie et d'autres glandes, dans l'eau sucrée, dans l'empois d'amidon et dans le foie ou les glandes elles-mêmes. Nous les avons vus en étudiant les tubercules pulmonaires à l'état crétacé, employés comme ferment dans l'empois. Enfin, dans mes études sur les microzymas des calcaires, des terres arables ou de l'air atmosphérique employés comme ferments et dans une foule d'autres occasions aussi démonstratives, j'ai constaté, en examinant à temps les préparations, la présence des mêmes formes. Elles ne possèdent donc aucune spécificité morbide essentielle, univoque, dépendante de la forme, que la pathologie ait *à priori* le droit d'invoquer, pour caractériser ou pour diagnostiquer une maladie. D'ailleurs dans le virus vaccin comme dans le pus syphilitique, on ne voit que des microzymas isolés, identiques de forme et même de volume aux microzymas d'un organisme animal sain ou même des végétaux. Il faut donc le répéter, à cause de la communication de M. Bouchardat : les microzymas sont morphologiquement identiques et fonctionnellement différents dans les divers centres d'organisation et les diverses catégories des tissus et cellules; ils ne sont pas des germes ni des organites... jamais on n'a vu une cellule quelconque devenir vibrionien et un vibrionien devenir cellule ou organite, car en somme un organite est une cellule; au contraire toutes cellules, même celles que l'on considère comme autonomes et jouissant vraiment d'une vitalité indépendante comme la levûre de bière, placées dans des milieux et des conditions appropriées, qui ne soient pas physiologiques à leur égard, se détruisent, se réduisent en microzymas, lesquels alors peuvent subir l'évolution bactérienne. On a vu des microzymas devenir bactéries dans une cellule; jamais, encore une fois, on n'a vu une cellule se transformer sans se détruire en bactérie. »

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Vidal ; en deuxième, M. Hayem ; en troisième, M. Desnos ; en quatrième, M. Dumontpallier ; en cinquième, M. Blachez ; en sixième, M. Ferrand.

Le nombre des votants étant de 85, la majorité est de 43.

MM.	Vidal obtient.	57 voix.
	Hayem.	24 —
	Blachez.	1 —
	Desnos.	1 —
	Bulletins blancs.	2 —

En conséquence M. Vidal, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de la section.

COMMUNICATION

Sur le diagnostic de la tuberculose. — M. GERMAIN SÉE rappelle comment, il y a deux ans, M. le docteur Koch a découvert un bacille tout à fait spécial dans les divers produits de la tuberculose, comment par l'inoculation de ce bacille il est parvenu à reproduire cette terrible maladie, comment à l'aide d'un artifice de préparation il est arrivé à le reconnaître très facilement dans les crachats.

Il examine les avantages que peut présenter cette méthode de diagnostic, et qu'elle a offerts en effet entre ses mains comme entre celles des autres médecins qui ont imité la pratique de Koch; il passe en revue les cas dans lesquels il est utile de l'appliquer :

1° Les phtisies latentes, celles par exemple qui débutent par des crachements de sang et les phtisies miliaires ;

2° Les phtisies larvées ou anomales, celles qui débutent d'une manière brusque en prenant le masque d'une maladie pulmonaire aiguë, bronchite, laryngite, pleurésie ;

3° Les pseudo-phtisies qui présentent tous les caractères de la phtisie bien qu'étant d'une autre nature, par exemple lorsqu'il s'agit de syphilis pulmonaires ou de dilatations bronchiques.

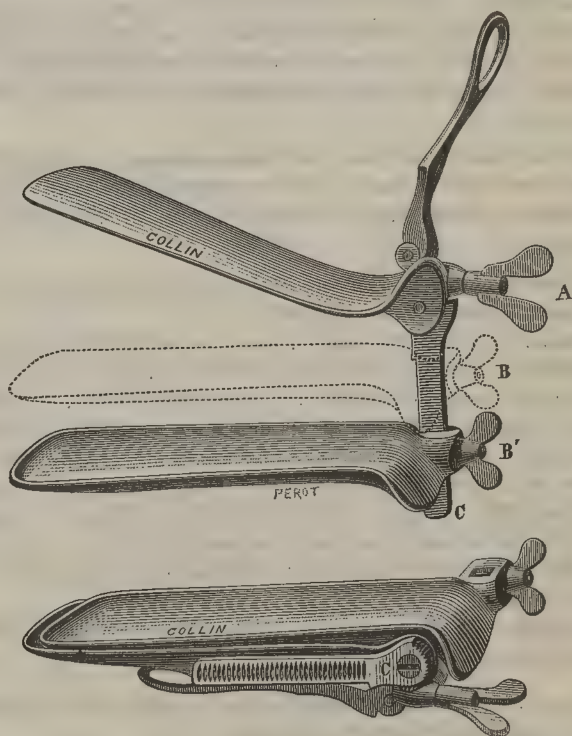
Dans tous ces cas et dans beaucoup d'autres dont il serait facile de grossir la liste, les recherches du bacille caractéristique dans les crachats ont des avantages évidents, et M. Sée conseille de recourir à ce moyen, déjà préconisé, du reste, par un certain nombre de cliniciens, parmi lesquels nous citerons M. Cornil, qui en a entretenu l'Académie de médecine, et M. Debove dont une leçon sur ce sujet a été publiée naguère dans la *Gazette des hôpitaux* (numéro du 14 juin 1883).

RAPPORT

M. BLOT commence la lecture du rapport officiel sur le service de la vaccine en France pour 1882.

PRÉSENTATIONS

M. TRÉLAT présente, de la part de M. Collin, un nouveau spéculum vaginal dit spéculum à deux mouvements indépendants. Cet



instrument a la forme et les proportions de celui de M. le docteur Cusco, mais son jeu est absolument nouveau.

En faisant agir la vis A, on soulève la valve supérieure, tandis que l'autre valve qui correspond au plancher du vagin reste hori-

zontalement placée. En tournant la vis B, on écarte les valves parallèlement, tout en conservant la première dilatation : on obtient ainsi un large champ d'exploration représenté par les figures B, B. Cette double dilatation permet non seulement une exploration facile, mais elle donne surtout la possibilité d'introduire des instruments pour agir sur le col de l'utérus ou pour pratiquer l'ablation d'un polype, et cela d'autant plus aisément que sur un côté les valves sont indépendantes dans toute leur longueur.

La deuxième figure représente le spéculum avec ses valves démontées, l'instrument devient ainsi facilement transportable.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er décembre 1883, M. Léon-Dufour, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin principal de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale (emploi vacant par organisation).

— Par décret, en date du 4 décembre 1883, M. le docteur Doué, médecin principal de la division navale des côtes du Tonkin, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Aujourd'hui, mercredi, à dix heures du matin, ont eu lieu, en l'église Saint-Sulpice, les obsèques de notre regretté confrère le docteur Hauregard, médecin inspecteur suppléant des enfants en bas âge du département de la Seine, etc., décédé à l'âge de quarante-quatre ans.

— Le préfet de police croit devoir rappeler que des voitures spéciales pour le transport aux hôpitaux des malades atteints d'affection épidémique ou contagieuse, — de variole notamment, — sont mises gratuitement à la disposition des habitants de Paris.

Pour obtenir un transport, il suffit de s'adresser soit à un commissariat de police, soit à la préfecture.

— M. Balbiani, professeur d'embryogénie comparée au Collège de France, sera très reconnaissant à MM. les médecins qui auraient l'occasion d'observer des malades atteints de bothriocéphale, de lui adresser des anneaux de botriocéphale ou des matières contenant les œufs.

— L'Académie de médecine de Turin a décerné, à l'unanimité, le prix Riberi (20,000 francs) à M. le professeur Giulio Bizzozero. Une mention honorable a été accordée à M. le professeur G. Hayem.

— *Faculté de médecine libre de Lille.* — Ont été proclamés lauréats, pour l'année scolaire 1882-1883 :

Médecine. — Première année : première médaille de bronze, M. Delebarre; deuxième médaille de bronze, M. Duriez; troisième médaille de bronze, M. Hanotte. — Deuxième année : première médaille d'argent, M. Lepercq; deuxième médaille d'argent, M. Desormes; première médaille de bronze, M. Phelisse; deuxième médaille de bronze, M. Surmont. — Troisième année : médailles de bronze, MM. Bourgois, Larrouy, Mayolle et Drucké. — Quatrième année : première médaille d'argent, M. Billaux; deuxième médaille d'argent, M. Parmentier; médailles de bronze, MM. Hamed et Voiturier.

Pharmacie. — Première année : médaille de bronze, M. Masclet. — Troisième année : médaille d'argent, M. Lenoble.

— *École médecine de Clermont-Ferrand.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1882-1883 :

Médecine. — Première année : prix unique, M. Achalme; mention honorable, M. Grasset. — Deuxième année : premier prix, M. Mouret; second prix, MM. Chopard et Bayle. — Troisième année : premier prix (médaille d'argent donnée par M. Nivet), M. Jaubert; second prix, M. d'Aurelle de Paladines; mention honorable, M. Pardoux.

Pharmacie. — Première année : prix unique (médaille d'argent donnée par M. Nivet), M. Roche. — Deuxième année : prix unique, M. Biarnais.

Prix des travaux pratiques. — MM. Bargy et Grasset, déjà nommés.

Prix Fleury (médaille de vermeil), donné à l'élève qui a recueilli le plus d'observations au lit des malades : MM. d'Aurelle de Paladines et Pardoux, déjà nommés.

Prix Hippolyte Renoux, donné à l'élève qui a présenté des cahiers de cours bien rédigés : MM. Mouret, déjà nommé; Grasset, déjà nommé; Pardoux, déjà nommé, et Chabanet. — Mentions honorables : MM. Jaubert et Achalme, déjà nommés.

Prix de l'administration des hospices accordé aux élèves internes qui se sont le mieux acquittés de leurs fonctions : MM. Béal, de Job et Amblard. — Mentions honorables : MM. Jaubert, d'Aurelle de Paladines et Mouret, déjà nommés.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Berteux (Pierre-Marie), né à Goven (Ille-et-Vilaine), le 2 août 1852, docteur en médecine, est nommé, pour une période de dix ans, chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Lhuissier, nommé professeur d'anatomie.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Broemer, pharmacien de première classe et pharmacien aide-major de deuxième classe, est chargé du cours de pharmacie et matière médicale, en remplacement de M. Frébault, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Meunier est chargé, jusqu'à la fin du prochain concours, des fonctions de chef des travaux anatomiques en remplacement de M. Ledouble, démissionnaire.

— *Hôpitaux et hospices de Bordeaux.* — Un concours pour une place de chirurgien-adjoint s'ouvrira, dans cette ville, le 19 février 1884.

— *Hôpital Sainte-Eugénie de Lille.* — A la suite des concours d'internat et d'externat ont été nommés : 1° internes, MM. Voiturier et Billaux; 2° internes provisoires, MM. Montheuis et Durand; 3° externes, MM. Lepercq, Delattre, Surmont, Bruyelle, Thomas, Phelisse et Lancial.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — Un congé d'un an, à partir du 1er novembre 1883, est accordé à M. Purrey, préparateur d'histoire naturelle.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Basin, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de géologie et minéralogie, en remplacement de M. Wohlgemuth, appelé à d'autres fonctions.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Tremolet (de Russey), officier d'académie, qui vient de succomber, à l'âge de trente-huit ans, aux suites d'une maladie du cœur.

— Le Congrès national de la Bolivie, voulant rendre un dernier et solennel hommage à la mémoire de notre regretté confrère le docteur Jules Crevaux, vient de décréter que :

« 1° Au point appelé Teyo, lieu où furent massacrés l'illustre Français, docteur Jules Crevaux, et tous ses compagnons, explorateurs du rio Pilcomayo, serait élevée une colonne de douze mètres de hauteur, au sommet de laquelle serait placée une statue tournée vers l'orient, et dont chacune des faces porterait gravés les noms de ceux qui ont péri sous les coups des Tobas ;

2° Qu'au même endroit serait fondée une colonie, laquelle porterait le nom de « Colonie Crevaux ».

— Le jeudi 17 janvier 1884, à deux heures précises, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices de Paris, vacantes au 1er avril prochain.

Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de onze

heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 10 décembre 1883 et fermé le samedi 29 du même mois, à trois heures de l'après-midi.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Pajot commencera le cours clinique d'accouchements le mardi 11 décembre 1883, à l'hôpital de la Clinique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants. — Visite à huit heures et demie du matin.

— Les conférences hebdomadaires de démonstrations de physiologie et d'anatomie pathologique du laboratoire de clinique de l'Hôtel-Dieu auront lieu désormais le jeudi au lieu du mercredi, de neuf heures et demie du matin à dix heures et demie.

— M. le docteur Galezowski commencera son cours sur les maladies des yeux, à l'École pratique de la Faculté, amphithéâtre n° 2, vendredi prochain, 7 décembre, à huit heures du soir, et il le continuera les lundis et les vendredis suivants, à la même heure. Ce cours comprendra ; l'étude des affections oculaires dans les maladies de la moelle épinière et du cerveau. La fin de chaque séance sera consacrée à des démonstrations ophtalmoscopiques.

Traité élémentaire d'hygiène militaire, par le docteur S. Rossignol (de Gaillac). Deuxième édition. In-8° de XIII-566 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, A Coccoz.

Histoire de la médecine d'Hippocrate à Broussais et ses successeurs, par M. J. Guardia. 1 vol. in-18° cartonné diamant de 600 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Étude sur la phlébite suppurative, par M. le docteur F. Gendron. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15426.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Deux cas de cirrhose atrophique du foie. — De la dermatose de Kaposi (xeroderma pigmentosum). — Société de Chirurgie. — Instruments et Appareils. — Revue bibliographique. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Deux cas de cirrhose atrophique du foie.

Deux malades du service de la clinique, à l'hôpital de la Pitié, que nous désignerons par leurs numéros (n° 6 et n° 49), présentent une même affection hépatique. Il y avait un double intérêt à considérer parallèlement ces deux faits : d'abord à cause de leur ressemblance, et en second lieu à cause de leur dissemblance avec le fait de cirrhose hypertrophique que nous avons rapporté dans notre Revue du 24 novembre, et qui occupe le lit n° 35, même salle.

Nous suivrons pas à pas, dans ce parallèle et cette opposition, la savante exposition analytique qu'en a faite devant nous M. le professeur Jaccoud.

Ces deux malades du n° 6 et du n° 49 ont également le ventre gros, comme le malade dont il a été précédemment question et qui est couché au n° 35 de la même salle. Mais là s'arrête la ressemblance. Tout est dissemblance dans ce qui va suivre. Ils ont, tous deux, avec ce développement exagéré du ventre, un lacis veineux considérable, indiquant un obstacle à la circulation abdominale. L'application de la main sur l'abdomen et sur la région hypocondriaque droite ne donne nullement l'impression d'une tuméfaction du foie ; elle donne au contraire dans ces régions l'impression d'une rénitence gazeuse, et dans toute la partie moyenne et inférieure, depuis le nombril jusqu'au pubis, celle d'une fluctuation manifeste. Le développement du ventre, chez ces deux sujets, n'est donc dû à autre chose qu'à un épanchement ascitique.

Ils sont très amaigris, tous deux, du tronc et des membres supérieurs. Les membres inférieurs sont œdématiés, mais d'une manière beaucoup plus sensible chez le malade n° 49 que chez le n° 6.

Ce qui complète le contraste avec le malade à la cirrhose hypertrophique, c'est qu'ils n'ont aucune trace d'ictère ni l'un ni l'autre ; leur teint est naturel, leur urine a un aspect normal.

En continuant l'exploration, on éprouve la même difficulté chez les deux malades, à sentir et à limiter le foie, d'abord parce qu'il est très peu volumineux, en second lieu parce qu'il est en grande partie masqué et probablement refoulé par l'ascite. La rate est un peu volumineuse, elle dépasse le rebord costal, sans toutefois atteindre les proportions d'une véritable hypertrophie.

Enfin, un autre trait commun qu'offrent ces deux malades, c'est l'état normal du cœur dont le battement est seulement un peu clair et traînant, et un degré à peu près égal d'artério-sclérose.

Voilà donc deux hommes, ayant passé tous deux quarante ans, qui, après une période prodromique mal connue et très mal définie, se sont trouvés arrêtés tous deux dans leur travail par un développement ascitique du ventre : on constate chez eux, à leur entrée à l'hôpital, avec cette ascite, un réseau veineux fort cutané, très prononcé, un foie petit, une rate médiocrement volumineuse, des urines d'apparence normale, non albumineuses et contenant seulement un dépôt d'urates assez abondant ; enfin un amaigrissement notable des parties supérieures du corps, avec œdème des extrémités inférieures. Le diagnostic s'impose de lui-même. Ces deux hommes sont atteints d'une cirrhose atrophique, la cirrhose vulgaire de Laënnec, état qui contraste, en apparence du moins, avec celui du précédent malade du n° 35, atteint de cirrhose hypertrophique. Les anciens auraient appliqué à ces trois malades la même désignation, ils auraient dit : obstruction du foie. Il y a en effet, pour employer cette expression, obstruction du foie chez ces trois sujets, mais chez le premier (le n° 35) obstruction biliaire, et chez ces deux derniers obstruction porte, tous les trois d'ailleurs continuant à sécréter de la bile. Là où est la grande différence entre eux, c'est que chez le n° 35 la bile ne s'écoule pas au dehors, il y a ictère, tandis que chez les deux autres elle suit son cours, il n'y a point d'ictère, mais une ascite considérable. Chez tous les trois il y a une même cause, l'obstruction, mais agissant sur des points et sur des éléments différents, une même néoplasie conjonctive ; tandis que chez le premier elle se fait autour des vaisseaux et des canaux biliaires (angio-péricholite), chez les deux autres elle a lieu sur les éléments conjonctifs qui entourent la veine porte et ses divisions (périphlébite).

Tant que chez ces trois malades la lésion restera confinée dans les points qu'elle occupe actuellement chez chacun d'eux, la différence entre eux restera la même. Le n° 35 conservera le volume énorme de son foie, la sclérose ayant la forme insulaire, des îlots de tissu restant sains autour des parties sclérosées et l'intégrité de la veine porte entretenant une circulation active, qui s'oppose à la rétraction.

Les deux autres continueront à avoir un foie petit, la sclérose ayant cette forme appelée annulaire, qui enraye la circulation porte et entraîne la rétraction. Mais qu'il arrive que, chez le premier sujet, les limites de la lésion viennent à s'étendre, que la circulation de la veine porte vienne à être entravée à son tour par l'extension de la sclérose conjonctivale, on verra survenir chez lui, comme chez les deux autres sujets, de l'ascite ; tandis que c'est par l'ascite qu'a débuté et que s'est manifestée la maladie chez ces derniers.

En effet, c'est l'ascite qui a ouvert la scène morbide chez ces deux malades, mais elle a procédé d'une manière un peu différente chez chacun d'eux. Chez le n° 6 elle s'est développée lentement, graduellement. Chez le n° 49 elle s'est montrée au contraire d'une manière presque subite. Cet homme n'éprouvait rien de particulier ; il ne semblait pas se douter même qu'il fût malade, lorsque le 15 octobre il vit son ventre s'enfler et en quarante-huit heures acquérir le volume qu'il a aujourd'hui. Il s'est passé chez ce malade quelque chose de plus : il a eu une périphlébite, et par suite une thrombose dans la veine porte ou dans l'une des branches, d'où une obstruction soudaine qui a brusquement amené l'ascite.

Ces trois malades, les deux derniers surtout, sont dans une situation très grave : ils sont voués à la même fin. Ils peuvent succomber dans le marasme à quelque phlegmasie séreuse ou bien à l'asphyxie hépatique, à l'acholie ou encore à une explosion érysipélateuse.

Au point de vue du traitement, l'état de ces trois malades présente plusieurs indications communes à remplir.

La première consiste à maintenir l'alimentation au maximum possible. Il n'y a pas eu de difficultés jusqu'à présent à cet égard, pour aucun d'eux. Si des difficultés de ce côté venaient à surgir, il faudrait recourir à la méthode de suralimentation de M. Debove, à l'aide de la poudre de viande.

La deuxième indication, également commune aux trois malades, est celle des toniques, du vin de quinquina. C'est ce qui leur a été également prescrit.

Une troisième indication capitale consiste à éliminer aussi rapidement et aussi complètement que possible les déchets organiques qui sont versés incessamment dans le sang, par suite de l'altération texturale et fonctionnelle du foie. On est parvenu, jusqu'à présent, à remplir cette indication chez le malade du n° 35, par l'usage du lait à la dose de 2 à 3 litres par jour. Y réussira-t-on aussi bien chez les deux autres malades ? Il est à craindre que l'effet n'en soit pas aussi heureux; la première condition pour que l'action diurétique du lait s'effectue, c'est qu'il soit absorbé. Or l'absorption en sera certainement entravée par la compression que l'ascite exerce certainement sur les vaisseaux abdominaux. Du moment où le lait n'agirait plus comme diurétique, n'étant point absorbé, non seulement il ne serait plus utile, mais il deviendrait même nuisible : ou il donnerait lieu à de la diarrhée, ce qui serait encore le moindre inconvénient, ou il produirait de la constipation par sa coagulation dans l'intestin, ce qui serait plus grave.

A défaut de lait, il faudra recourir chez ces deux malades aux purgatifs drastiques (de 25 à 30 grammes d'eau-de-vie allemande et autant de sirop de nerprun dans du café noir) ; faire prendre après, tous les matins, une cuillerée à bouche de ce mélange.

Cependant il arrivera un moment où cette médication sera insuffisante et où l'urgence du danger réclamera une intervention plus active ; c'est le moment où le refoulement du diaphragme par l'accroissement incessant de l'ascite compromettra le jeu des organes respiratoires. Il faudra alors recourir à la ponction.

L'épanchement diminué, au moins momentanément, peut-on en profiter pour prescrire le lait ? M. Jaccoud n'est pas de cet avis. Si la maladie est déjà ancienne, l'ascite se reproduira rapidement. La ponction n'a pas remédié d'ailleurs à l'obstruction de la veine porte qui persiste avec la même intensité. Il n'y a donc rien à attendre de cette médication.

Si l'on assiste au début de la maladie, à la période initiale et préparatoire de la néoplasie hépatique, période fluxionnaire, congestive, on peut tenter de l'enrayer par un traitement énergique, par les mercuriaux et, si l'on se trouve dans la saison favorable, par une cure à Carlsbad.

De la dermatose de Kaposi (xeroderma pigmentosum).

Le professeur Kaposi (de Vienne) a décrit, en 1870, sous le nom de *xeroderma pigmentosum*, une dermatose jusque-là inconnue ou du moins non décrite, dermatose à marche essentiellement chronique, caractérisée par l'apparition, sur diverses parties de la peau, de taches pigmentées, par la sècheresse et l'exfoliation de l'épiderme, par la formation de plaques télangiectasiques, par l'atrophie et enfin par la dégénérescence épithéliomateuse de la peau. Depuis que le signalement de cette affection a été donné par Kaposi, d'autres auteurs, en Allemagne, en Amérique, en ont publié des exemples et le professeur Neissen (de Breslau) a pu en réunir 26 cas dans un mémoire publié l'année dernière. Cette dermatose n'avait pas encore été vue en France, lorsque l'occasion s'est offerte à notre savant confrère M. le docteur Vidal d'en recueillir en peu de temps cinq cas, un dans son service de l'hôpital Saint-Louis, un en ville, et trois dans une petite localité des Basses-Pyrénées, voisine de l'habitation où est mort M. Depaul, et où il est allé les étudier lui-même.

Les deux premières observations ont trait à deux petites filles d'une même famille, deux sœurs. Voici, en quelques mots, l'histoire de l'une d'elles recueillie par les deux internes du service, MM. Thuvien et Lermoyez.

Julie D..., âgée de onze ans, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, ayant la face et les mains couvertes de rougeurs ou de taches pigmentées, avec sècheresse de la peau ; ces taches se sont étendues plus tard au cou et aux avant-bras; les pigmentations, entremêlées de télangiectasies, apparaissaient à la loupe comme de fines arborisations vasculaires disposées en forme d'étoiles. La peau du front, des régions temporales et des joues était tendue, comme rétractée, aminci et difficile à plisser entre les doigts. Sous ce derme amincie on voyait les veines sous-cutanées. Sur le front, sur les tempes, sur le nez, la peau était lisse, luisante, blanchâtre, et avait l'aspect d'une cicatrice unie et superficielle.

Sur le bas des joues, sur le menton et sur le cou, la peau était rude, rugueuse et en desquamation pityriasique.

L'aile droite du nez, une partie du lobule et de la sous-cloison, ainsi que l'orifice de la narine gauche, étaient le siège d'une ulcération saignant facilement et recouverte de croûtes jaunâtres et noirâtres (cancroïde ulcéré). Sur la face droite du nez existait une tumeur rougeâtre, saillante, érodée à son centre et couverte d'une grosse croûte (cancroïde végétant).

Sur le menton et sur la racine du nez, deux croûtes noirâtres recouvraient des plaques rouges vasculaires.

Légère adénopathie sous-maxillaire.

Des altérations semblables aux premières, des pigmentations avec télangiectasie et rudesse caractéristique existaient également sur les membres.

L'examen de la sensibilité ne révélait rien d'insolite. Pas de points ni d'irradiations douloureuses.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, on a excisé la tumeur proéminente de la face droite du nez, qui tendait à gagner la région sous-orbitaire.

De nouvelles croûtes se sont montrées successivement sur la joue gauche, au menton, au sourcil gauche, sur la région de l'apophyse zygomatique, etc.

La maladie durait depuis huit mois environ, lorsque la malade, rentrée chez ses parents, a eu une varioloïde. Deux mois après, M. Vidal l'a revue notablement mieux portante que pendant son séjour à l'hôpital. Toutes les ulcérations étaient cicatrisées.

Voici ce que M. Vidal a appris depuis sur la sœur aînée de cette malade, Irma D... Bien portante jusqu'à l'âge de dix-huit mois, elle avait eu pendant l'été de 1867, sur toutes les parties découvertes du corps, la face, les mains et les avant-bras, des taches d'une rougeur intense attribuées à l'insolation. Peu à peu la teinte érythémateuse avait disparu, mais la peau était restée rouge en certains points et parsemée de petites taches pigmentées. Puis elle devint rugueuse par places, hérissée çà et là de petites duretés comme cornées. Vers l'âge de quatre ans et demi, une tumeur fongueuse, saignant au moindre contact, se développa sur la joue droite. Cette tumeur enlevée laissa après elle une ulcération. Entre six et sept ans, une saillie cornée se forma au-dessus de l'arcade sourcilière droite, s'ulcérant par la suite, s'étendant progressivement vers la joue, la racine du nez, le front et la tempe, recouvrant l'œil et finissant par déterminer la nécrose d'une partie du frontal. Quelques mois après (en 1876), la petite malade succomba, à l'âge de onze ans, dans le marasme.

Quelque temps après, M. Vidal, informé de l'existence de trois cas de ce genre chez trois enfants d'une même famille, dans les Basses-Pyrénées, s'y rendit et fut témoin de ce qui suit.

Dans une famille composée de cinq enfants, quatre garçons et une fille, trois des quatre garçons étaient atteints de la même affection. Le premier, François, âgé de douze ans, présentait les symptômes d'un xéroderma pigmentosum, semblable aux deux cas qui viennent d'être décrits plus haut, avec une tumeur épithéliomateuse. Le deuxième, Pierre, âgé de dix ans, est mort épuisé par d'énormes tumeurs épithéliomateuses ulcérées, développées sur un xéroderma de même nature que celui de son frère. Enfin, Laurent, le troisième, âgé de cinq ans, beaucoup moins malade que les deux autres, ne présentait les symptômes du xéroderma pigmentosum qu'au commencement du deuxième degré.

Vu l'impossibilité où nous serions d'entrer ici dans des détails plus circonstanciés sur ces trois cas, nous allons nous borner à reproduire l'esquisse générale que M. Vidal a tracée de cette maladie, en s'aidant des vingt-six observations relatées dans le mémoire de Neissen et de ses cinq observations personnelles (total : trente et une observations).

Le xéroderma pigmentosum est une maladie innée ou congénitale. Les enfants en apportent le germe en naissant, mais ce n'est qu'un certain temps après la naissance que se montrent les premiers symptômes.

Sur les trente et une observations, vingt-six fois les premières manifestations se sont produites dans le cours des deux premières années de la vie.

L'action solaire paraît agir comme cause occasionnelle. Le siège des premières manifestations est aux parties découvertes, à la face, au cou, aux mains et aux avant-bras. C'est pendant la saison chaude qu'elles apparaissent, quelquefois après un coup de soleil.

On voit, dans ces cas, la peau, normale jusque-là, se couvrir du jour au lendemain de rougeurs analogues à celles que provoque un coup de soleil. Tantôt la teinte rouge est diffuse et étalée en larges plaques ; tantôt ce sont des taches rouges, ressemblant à celles de la rougeole. Ces taches rouges ne s'effacent pas complètement, elles laissent des macules pigmentées de couleur fauve. Dans un certain nombre de cas, la dermatose en question semble débuter par l'apparition de macules pigmentées. Graduellement ces taches prennent une teinte plus foncée et s'élargissent en même temps qu'il s'en développe de nouvelles (première période).

En même temps qu'elle se macule de taches brunâtres, la peau se sèche, devient rugueuse, l'épiderme s'écaille et se détache sous forme de lamelles furfuracées. Cette desquamation pityriasique s'accompagne d'autres lésions trophiques, de pustules rappelant celles de l'impétigo, d'exulcérations superficielles, recouvertes de croûtes jaunâtres ou brunâtres. Ces exsudats en se détachant laissent à découvert des cicatricules, sur la plupart desquelles on voit se dessiner des télangiectasies sous forme d'arborisations. Enfin, plus tard ces taches blanches cicatricielles se réunissent en nappes et forment de larges plaques. C'est le deuxième degré de l'affection.

Une troisième période consiste dans la formation de saillies verruqueuses et l'apparition des tumeurs d'épithélioma végétant (cancroïde fongueux).

Cette affection est essentiellement chronique ; son évolution dure plusieurs années.

Le pronostic en est grave ; les tumeurs épithéliomateuses, une fois formées, tendent sans cesse à s'accroître et à se multiplier. Le dénouement est presque toujours fatal, à terme plus ou moins éloigné, suivant l'âge des sujets.

Sur les trente et un faits que M. Vidal a réunis dans ce travail et qui lui ont fourni les éléments de cette description, tous ont abouti à l'épithélioma ; les malades ont succombé pour la plupart entre la dixième et la treizième année.

L'anatomie pathologique de cette affection a été étudiée avec un grand soin par M. Vidal, sur l'un des cinq sujets qu'il lui a été donné d'observer. Il a fait particulièrement l'examen histologique de la peau à sa période d'atrophie et de pigmentation, ainsi que l'étude de la structure des tumeurs épithéliomateuses de la dernière période. Il a trouvé la couche cornée de l'épiderme épaissie, dissociée et en desquamation ; le stratum lucidum et le stratum granulosum faisaient défaut ; le réseau de Malpighi était très aminci. Considéré dans son ensemble, l'épiderme était aminci.

Le derme a été trouvé atrophié. Dans ce derme atrophié les vaisseaux étaient très rares, les fibres musculaires lisses ainsi que les glandes sudoripares tendaient également à disparaître. Les tumeurs épithéliomateuses présentaient toutes la structure de l'épithélioma lobulé le mieux caractérisé, avec gangue fibreuse infiltrée de cellules embryonnaires.

Quant au processus de cette lésion, M. Vidal le compare

à celui de certaines leucoplasies de la langue qui aboutissent fatalement à la tumeur cancroïdale.

Le traitement de cette affection est encore à trouver. On a essayé vainement l'usage de l'iodure de potassium, de l'huile de foie de morue, de l'arséniate de soude, du chlorate de potasse et de topiques variés. Rien n'a arrêté la marche de la maladie. A trois de ses malades M. Vidal a fait prendre pendant plusieurs mois une solution à l'arséniate de soude et du chlorate de potasse; il n'a pas constaté d'amélioration suffisante pour croire à l'efficacité de cette médication. Quant aux tumeurs, on peut, dit-il, les détruire par le raclage, par les applications de poudre de chlorate de potasse et par les pansements avec une solution saturée de ce sel. Mais il s'en reproduit incessamment de nouvelles et le traitement chirurgical n'est que palliatif.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 décembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Tumeurs vasculaires. — M. DELENS, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Berger (voyez *Gazette des hôpitaux*, numéro du 1er décembre), dit avoir observé un jeune homme de vingt-deux ans qui, depuis deux ans, portait, sur la joue droite, une tumeur en partie vasculaire, en partie lipomateuse. Il en fit l'ablation par la face interne de la joue. Cette tumeur était en continuité avec la boule graisseuse de Bichat. Il n'y eut pas d'hémorragie; le malade fut guéri en dix jours.

Taille hypogastrique. — M. MONOD fait un rapport sur quatre observations de taille hypogastrique adressées à la Société par des confrères de la province.

Dans la première adressée par M. Mouchet (de Sens), il s'agit d'un malade de cinquante-neuf ans, porteur d'une pierre assez volumineuse, présentant un catarrhe intense de la vessie, très affaibli, très amaigri. M. Mouchet préfère recourir d'emblée à la taille hypogastrique plutôt que de faire des tentatives de lithotritie. La taille hypogastrique fut pratiquée le 27 juin 1882, d'après le procédé employé par MM. Périer, Monod, etc. (injection vésicale, emploi du ballon de Petersen, drainage, etc.), il n'y eut aucun accident, les tubes furent enlevés le sixième jour. A diverses reprises la plaie se rouvrit; il y eut une fistule hypogastrique, qui ne fut complètement fermée que trois mois et demi après l'opération dont le résultat définitif fut aussi satisfaisant que possible.

Le second cas, qui appartient à M. Jobard, a trait à un jeune homme de dix-huit ans, ayant trois calculs pesant 68 grammes. Même opération que dans le cas précédent, — « résultat merveilleux », dit M. Godard.

Le troisième, envoyé par le docteur Villeneuve, se rapporte à un jeune homme de seize ans atteint de pierres multiples datant de l'enfance, ayant été taillé deux fois par le périnée sans succès. Même procédé opératoire, guérison très rapide et complète.

La quatrième observation, adressée par le docteur Giroux, est celle d'un enfant de sept ans. Les choses se passèrent de même que dans les cas précédents; guérison en treize jours.

Ces observations prouvent une fois de plus les avantages de la taille hypogastrique.

Hystéro-épilepsie produite sous l'influence d'un traumatisme. — M. TERRIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Villeneuve (de Marseille), dans laquelle il s'agit d'une jeune fille de vingt et un ans, que ce chirurgien opéra d'un kyste séreux au-dessus du sourcil droit. Sous l'influence du chloroforme, cette jeune fille eut une attaque d'hystéro-épilepsie des plus nettes. Huit jours après, nouvelle attaque, puis une tous les jours, puis deux, trois et quatre par jour. Elle n'en avait jamais eu avant l'opération. M. Terrier pense, d'après les détails de l'observation, qu'il s'agit plutôt d'attaques d'hystérie que d'attaques d'hystéro-épilepsie. En outre, cette malade fut prise, autour de la plaie, d'une poussée d'ecthyma. Les crises d'hystérie s'éloignèrent de plus en plus, mais ne disparurent jamais complètement, car elles durent encore.

En résumé, chez une jeune fille en puissance d'hystérie, mais n'en ayant jusqu'ici présenté aucun signe, un léger traumatisme opératoire a fait éclater des crises d'hystérie et fait apparaître en même temps des poussées d'ecthyma au siège même de l'opération. C'est une première crise qui a éclaté pendant l'opération. Trois causes peuvent être invoquées ici : l'émotion, le chloroforme, le traumatisme. On sait que l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther provoquent ou mieux réveillent souvent des attaques d'hystérie. Certaines hystériques ont même l'habitude de recourir à des inhalations d'éther pour se procurer ces attaques. Un traumatisme, même léger, est une cause indéniable de l'apparition de phénomènes hystériques. D'après M. Charcot, on peut ainsi provoquer de l'hystérie locale (hyperesthésie, douleur, courbature localisées à un membre). Latente jusque-là, l'hystérie devient manifeste sous l'influence d'un traumatisme léger.

Quoi qu'il en soit, l'apparition d'une première attaque d'hystérie sous l'influence d'un traumatisme léger est une chose rare. A ce titre, l'observation de M. Villeneuve est très intéressante.

Quant à l'éruption localisée, ayant apparu huit jours après le traumatisme, ayant laissé des cicatrices indélébiles, M. Terrier pense qu'il s'agit simplement d'herpès ou de zona traumatique, dont la cause est probablement une névrite.

M. NICAISE cite un fait qui prouve l'influence d'une émotion vive sur les accidents nerveux. Il a en ce moment, dans son service, un homme qui a été sur le point d'être fusillé en 1871. Au moment même où partait le coup de fusil qui devait le tuer, cet homme fut pris d'une première attaque d'épilepsie; il n'y avait aucun antécédent héréditaire. Depuis cette époque, cet homme est resté épileptique. Récemment, en sa qualité de peintre en bâtiment, il se trouvait sur un échafaudage. Ayant eu une attaque, il tomba et se fractura la colonne vertébrale. C'est là un fait inverse à celui de M. Terrier.

Étant interne à la Charité, M. Nicaise a vu une jeune femme cataleptique chez laquelle on avait essayé de tous les moyens sans succès. Un jour on eut l'idée de recourir au chloroforme et celui-ci fit aussitôt cesser l'attaque. Ce moyen a depuis toujours réussi.

M. VERNEUIL fait observer que le cas de M. Villeneuve est un cas complexe, puisqu'il y a trois facteurs dont il faut tenir compte : l'émotion, l'anesthésie et le traumatisme. Ce que M. Nicaise a dit relativement à l'influence de l'émotion est exact. M. Verneuil ne se rappelle pas avoir jamais vu une *première* attaque survenir sous l'influence de l'anesthésie. Quant à celle du traumatisme, elle ne se fait sentir qu'autant que le malade présente une prédisposition. M. Verneuil cite le fait suivant : deux jeunes filles tombent sur le genou : ici pas de frayeur, ni d'anesthésie. Or, depuis cette simple chute, l'une de ces deux jeunes filles présente un état névropathique qui dure depuis trois ou quatre ans. Elle a d'abord eu une violente contracture du genou que M. Verneuil a redressée. Puis la contracture a envahi la hanche; il y a des troubles considérables, les muscles n'existent plus, etc. Dans un autre cas, c'est une jeune fille de la campagne, gardeuse de dindons, sans nerfs qui tombe sur le grand trochanter, se fait une simple contusion et est prise depuis d'une contracture épouvantable. Cette contracture a guéri immédiatement sous l'influence du chloroforme, mais il reste des phénomènes hystériques. Duchenne (de Boulogne) cite des faits de petites contusions du poignet ou de l'épaule ayant donné lieu à des troubles névropathiques graves.

M. TERRIER fait observer que, dans les cas qui ont été cités par M. Verneuil, il s'agit d'hystérie localisée. Or ces faits ne sont pas rares et sont aujourd'hui bien connus. Mais il n'en est pas de même de la grande hystérie éclatant tout à coup, comme dans le cas de M. Villeneuve.

M. POZZI fait ressortir toute l'importance qu'il y a, dans ces cas, à scruter avec soin les antécédents des parents, parmi lesquels on trouvera des névropathes ou des aliénés.

M. TRÉLAT déclare n'avoir jamais vu une première attaque d'hystérie généralisée apparaître ainsi sous l'influence du chloroforme ou d'un traumatisme.

A l'occasion de ces faits, il cite l'histoire de deux malades ayant fait une chute : l'un, mécanicien, de sa locomotive ; l'autre, ingénieur des mines, étant tombé d'une hauteur de 2 mètres dans une mine, et ayant eu tous deux, à la suite de cette chute, des manifestations des plus complexes, telles que contractures, parésie musculaire, déséquilibration, phénomènes ataxiques, etc. Ils sont restés fort longtemps malades et ont été vus par plus de vingt médecins, à cause des procès faits aux compagnies.

M. BERGER cite l'observation d'une jeune fille hystérique, atteinte de synovite fongueuse du poignet, qui, chaque fois qu'on lui donnait du chloroforme, était prise d'une attaque de grande hystérie qui durait ensuite toute la journée.

M. TERRIER répond ainsi à M. Berger : Que l'anesthésie détermine une attaque d'hystérie, c'est là un fait connu ; ce qui est moins connu et infiniment plus rare, c'est de voir une première attaque survenir ainsi. A M. Pozzi, M. Terrier répond que les aliénés présentent des différences considérables au point de vue des réactions ; il y en a à réactions molles, il y en a à réactions intenses. Quant aux faits signalés par M. Trélat, ce sont là des faits connus et généralement attribués à une commotion de la moelle. M. Charcot a signalé des faits d'ataxie locomotrice, de paralysis agitans survenues dans ces conditions. Il y a là une source infinie de questions litigieuses entre les compagnies de chemin de fer et les particuliers.

Traumatisme cérébral. — M. GUERLAIN (de Boulogne) lit une observation de plaie pénétrante de l'oreille avec lésion de la base du crâne, abcès du cerveau et mort par méningite. (Com. M. Polaillon.)

Angiome pulsatile de la région temporale. — M. RICHELOT fait un rapport sur une observation d'angiome pulsatile de la région temporale et du pavillon de l'oreille, présentée par M. Poulet. Il s'agit d'un homme qui, deux mois après un coup sur cette région, y vit apparaître une tumeur pulsatile qui resta sept ans à peu près stationnaire. Cette tumeur s'étant depuis assez rapidement accrue, le 22 avril 1882, M. Poulet fit la ligature préalable de l'artère temporale en avant du tragus et pratiqua ultérieurement 7 injections de perchlorure de fer à 20° dans la tumeur. Comme chaque fois il y avait récidive, il renonça à ces injections et, le 27 juin, se décida à pratiquer l'ablation de la tumeur. Il dut, pendant cette opération, appliquer 25 pinces hémostatiques. La guérison a été cette fois définitive et sans accident.

En mai 1881, M. Richelot, en communiquant une observation analogue, arrivait à cette conclusion qu'il fallait abandonner les injections de perchlorure de fer comme dangereuses au point de vue des embolies ou tout au moins inefficaces ou insuffisantes et leur préférer l'ablation de la tumeur devenue facile et nullement dangereuse depuis la forcipressure. Or M. Poulet se rallie complètement à cette conclusion.

La séance est levée à cinq heures un quart.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Appareil pulvérisateur.

Par M. Albert CALMETTE, aide-médecin de la marine.

Ce pulvérisateur, tel qu'il a été construit par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, se compose d'une chaînette destinée à être adaptée au col du siphon et dont les anneaux sont assez grands pour embrasser le levier et assurer l'automatisme de l'appareil.

La pièce principale est formée d'un ajutage A A en métal nickelé, pouvant se glisser sur le bec d'un siphon quelconque. L'intérieur de cet ajutage est muni d'un bouchon en caoutchouc percé à son centre d'une ouverture égale au calibre moyen des

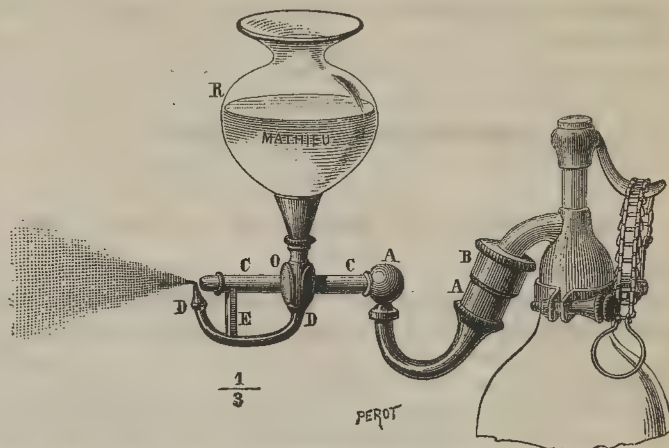


Fig. 1.

becs de siphons à eaux gazeuses. Ce bouchon est comprimé sur le bec par l'anneau à vis B, de manière à résister à la pression intérieure. L'ajutage est terminé par un tube C C rectiligne, dont la pointe présente un orifice très capillaire. Le jet d'eau de Seltz, devenu rectiligne, est poudroyé par le simple effet de la capillarité de ce tube, et se répand dans l'atmosphère après avoir rencontré sur la pointe D les gouttelettes de liquide médicamenteux provenant du réservoir R. Ce réservoir se compose d'un simple entonnoir articulé à jeu libre avec une mortaise O O supportée par le tube rectiligne de l'ajutage. Un type métallique EE maintient la pointe dans la position voulue pour que la pulvérisation du liquide médicamenteux puisse s'effectuer.

On le voit, cet appareil est d'un mouvement très facile. La mise en action ne peut souffrir aucune difficulté : il suffit en effet d'avoir sous la main un siphon ordinaire tout chargé et d'adapter à son bec l'ajutage pulvérisateur : l'appareil est aussitôt prêt à fonctionner, et si la capacité du siphon est d'un litre, la pulvérisation s'effectuera durant une heure au moins, sans intermittences, d'une façon très régulière, et avec une intensité très soutenue jusqu'aux dernières gouttes du liquide. De plus, la poussière médicamenteuse est d'une ténuité au moins égale à celle de tous les pulvérisateurs à air comprimé.

Nouvel éclairage électrique des cavités naturelles.

Par M. le docteur J. BARATOUX.

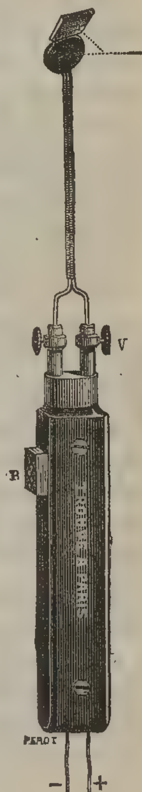


Fig. 2.
Un des réflecteurs du polyscope de M. Trouvé.

Le polyscope de M. Trouvé est suffisamment connu pour que nous nous dispensions de le décrire.

Disons seulement que la lumière est produite par un fil de platine porté à l'incandescence au moyen d'un courant électrique fourni par la pile secondaire de Planté. Ce fil vient se fixer à l'extrémité taillée en encoche de deux tiges de cuivre montées sur un manche à bouton permettant ainsi d'interrompre à volonté le courant et par conséquent la lumière (fig. 2).



Fig. 3.
Lampe électrique adaptée à ce réflecteur.

C'est ce fil de platine que nous avons remplacé par une lampe électrique, presque microscopique, construite par M. Seguy (fig. 3). Elle peut être changée aussi facilement que le fil de platine, lorsqu'elle est hors d'usage. Une pile à bichromate de

potasse de deux à trois éléments est suffisante pour cet éclairage.

Cet appareil a sur le polyscope l'avantage d'éviter les brûlures des parties que l'on explore ; il donne en outre un éclairage aussi brillant que celui du photophore électrique, et de plus il permet l'examen direct des cavités; il dispense aussi de l'emploi du bandeau frontal.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Voyage à travers la Mongolie et la Chine (1), par P. Piassetsky.

Il ne suffit pas à un livre d'être utile ou intéressant, il lui importe beaucoup d'arriver à son heure. C'est cette bonne fortune qui arrive au *Voyage* que nous présentons à nos lecteurs. Exécuté en 1874 par un de nos confrères russes, il a été traduit par M. Aug. Kuscinski, et au moment où toutes les pensées sont portées vers la Chine, le voici entre les mains des lecteurs français.

Mais si le hasard des circonstances en fait une œuvre d'actualité, il ne faut pas oublier qu'il a été entrepris, il y a quelques années, et que les préoccupations de l'auteur, de l'ordre des sciences naturelles, anthropologiques et médicales, en font un livre du plus vif intérêt en dehors de toute autre question d'actualité.

C'est le 14 mars 1874 que le docteur Piassetsky quittait Saint-Pétersbourg. Il s'arrêtait à Moscou pour prendre congé des siens, compléter son personnel, et le voilà parti pour Nijni-Nowgorod ; 6,000 verstes le séparaient de la frontière de Chine.

A peine en Sibérie, ils perdent leur caisse ; ou mieux, la caisse cède et ils sèment leurs roubles par le chemin. Heureusement on s'aperçoit de l'accident ; sans cela, nos voyageurs ne pouvaient plus marcher en avant et nous perdions une relation des plus intéressantes.

Les voilà en Mongolie : les aventures se pressent ; les détails abondent ; mœurs, coutumes, paysages, se déroulent sous nos yeux. Les impressions premières s'accentuent de plus en plus ; ils arrivent à Pékin. Le cœur de nos voyageurs bat plus à l'aise ; le pavillon russe va les couvrir à l'ambassade. Mais ils ne sont pas si loin pour s'oublier aux douceurs des souvenirs de la patrie ; ils commencent leurs excursions aux environs de Pékin, visitent un temple, assistent à un tournoi de grillon, dînent à un restaurant chinois, assistent à un théâtre et reprennent leur route par la rivière Peï-Ho. Ils arrivent à la ville de Tien-Tsin, rencontrent le général Li-Houn-Tzang, puis ils s'embarquent sur un bateau à vapeur.

Chang-Haï va d'abord les retenir : la banque de cette ville, le tribunal, l'arsenal, les asiles de nuit, les fumoirs, la ville chinoise et nos confrères sont tour à tour décrits par notre voyageur.

De Chang-Haï ils gagnent Han-Keou ; là est une colonie russe ; ils parcourent les rues, visitent les clubs, étudient les mandarins, l'armée, les divers métiers, constatent une fois de plus la mutilation des pieds des femmes, et, après avoir assisté aux fêtes de Noël et du premier de l'an, ils assistent à un dîner d'adieu.

Laissons-les visiter Han-Keou, et arrêtons-nous un instant avec eux à Lao-Ho-Keou : nous y trouverons les malades et les consultations. Si de cette lecture nous conservons une illusion quelconque sur la médecine chinoise, c'est que le docteur Piassetsky n'aura pas été compris.

Nous voudrions pouvoir vous conduire aux fabriques de papier, aux houillères ; mais nous avons hâte de vous inviter à gagner Han-Tchong-Fou, où nous assistons aux consultations et aux impressions que laissent les médecins chinois. Plus tard, notre confrère pratiquera sur la grande route une opération chirurgicale ; plus loin on montrera nos voyageurs comme des bêtes curieuses.

On voit que ce voyage est exécuté en toute conscience. Une ville observée, on en met immédiatement une autre en observation, et les principales villes livrent leurs secrets à ces intelligents voyageurs.

Mais voici la Grande Muraille : après l'avoir longée longtemps, on rentre en Mongolie. Le désert, les mirages, les tourbillons, le grand désert de Gobi, les sources, les oasis, autant de moments doux ou pénibles à supporter. A mesure qu'ils avancent les difficultés grandissent, mais bientôt leur position se complique. Deux jours sans eau ; menacés de mourir de soif, il faut revenir à une source, déjà entrevue. Heureusement une caravane les sauve ; ils ont de nouveaux guides. La neige et le froid les attaquent à leur tour, et c'est avec un véritable bonheur qu'ils gagnent Zaïssan.

Ne croyez pas que ce voyage avait eu tout le charme qu'en attendaient nos explorateurs. Nous fermerons le livre sur cette déclaration de l'auteur :

« Je le dis sans arrière-pensée, la discipline est nécessaire, c'est incontestable ; toutefois nous étions loin de penser que notre voyage s'effectuerait moins comme une expédition d'explorateurs que comme une marche de détachement militaire à travers cette contrée peu connue. »

Cette pensée, remplie d'amertume, nous fait d'autant plus apprécier le charme de la narration de notre éminent confrère, et nous sommes assuré que son *Voyage* sera lu avec un très vif intérêt.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée (1), par Ad. Wurtz, membre de l'Académie des sciences.

Le septième fascicule du supplément de cet important dictionnaire comprend la revision des mots contenus entre les lettres ISÉ et OXY.

Parmi la quantité considérable d'articles traités, nous croyons pouvoir signaler ceux intitulés : Magnésium ; acide malique ; manganèse ; mannite ; mercure ; naphtaline et naphtols ; nickel ; nicotine ; œnanthol et orcine.

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Édouard Carrière, qui a succombé très rapidement à une complication d'accidents cérébraux et pulmonaires, suite et terminaison de l'affection qui l'avait condamné depuis quelque temps à une existence entièrement retirée.

M. Carrière, dont le nom était bien connu de tout le corps médical, qu'il a honoré par son intelligence et son savoir, par la finesse de son esprit, comme par la dignité de sa vie, avait de bonne heure marqué sa place parmi nos meilleurs écrivains. En 1849, après un long voyage en Italie dont il avait visité toutes les villes et stations principales, il avait écrit un livre intitulé : *Le climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical,* modèle du genre, resté classique et journellement consulté encore par toutes les personnes qui s'occupent de climatologie. Entré à peu près à la même époque dans la collaboration de la *Gazette médicale*, il y a écrit pendant quelques années des feuilletons, tous marqués au cachet de bon goût et de distinction que l'on retrouve dans toutes ses autres productions. Appelé par la confiance et l'estime des conseillers de l'illustre exilé de Frohsdorf à occuper le poste honorable de médecin attaché à la personne et à la maison du prince, comte de Chambord, il a rempli pendant environ vingt-cinq années la haute mission qui lui était confiée.

Pendant cette longue période, qui a compris la partie la plus active de son existence, il n'a pas heureusement déposé tout à fait la plume. Ses devoirs remplis, il lui restait parfois des loisirs qu'en homme lettré autant qu'attaché par éducation et par goût aux choses de la médecine, il a su employer utilement pour notre science. C'est là qu'il a publié, après en avoir fait sur les lieux une étude attentive, un opuscule très intéressant sur la cure de raisin et de petit-lait, nouvelle alors ou du moins encore peu

(1) 1 vol. in-4°, avec 90 gravures d'après les croquis de l'auteur et une carte. Prix : 15 fr. — Paris, Hachette et Cie.

(1) Un fasc. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

connue en France. Plusieurs observations très curieuses de grippe grave, ataxique, avec prédominance de type rémittent, qu'il avait eu l'occasion d'observer dans le milieu où il exerçait, lui ont suggéré une excellente pratique, celle de l'emploi du sulfate de quinine, qui fut suivie d'un plein succès. La publication de ces observations lui a valu beaucoup d'imitateurs et a attaché son nom à cette médication.

En 1869, il a publié un ouvrage intitulé : *Fondements et organisation de la climatologie médicale*, qui est un véritable programme d'études climatologiques. Nous avons toujours regretté qu'il n'ait pas été donné suite au plan d'organisation de la climatologie médicale en France par l'association, qu'il a exposé dans cet ouvrage.

Enfin, depuis qu'il avait pris congé de son illustre client pour venir se retirer à Paris, il a publié une nouvelle édition revue et augmentée de quelques-unes des principales publications de Réveillé-Parise, le « Guide des goutteux et des rhumatisants, et « Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit. »

Ces diverses œuvres et beaucoup d'autres que nous oublions en ce moment, auraient suffi pour assigner un rang honorable à M. Carrière parmi les hommes distingués de notre corporation. Le dévouement sans bornes, la fidélité à toute épreuve dont il a donné un si bel et si constant exemple envers l'illustre victime dont il a si longtemps partagé l'exil, ont attaché à son nom une notoriété qui dépasse le cercle de la grande famille médicale française à laquelle il n'a jamais cessé d'ailleurs d'appartenir. La mort récente du dernier héritier de la branche aînée des Bourbons, auquel il avait voué une respectueuse et profonde affection, et la douleur qu'il en a vivement ressentie, n'ont certainement pas été étrangères à la manifestation des accidents qui ont précipité sa fin.

Nous venons de rendre hommage, au nom de la *Gazette des hôpitaux*, au médecin et à l'écrivain distingué que nous venons de perdre. Qu'il soit permis à celui qui écrit ces lignes, d'exprimer ici la vive douleur que lui cause personnellement la mort d'un ami d'enfance, d'un ami de plus de soixante ans avec qui il a partagé tant d'idées, tant de sentiments, tant d'impressions communes, et qui lui laisse d'impérissables souvenirs. Dr B.

Le concours pour les onze emplois de répétiteurs aux Écoles préparatoires du service de santé militaire qui devait avoir lieu le 17 décembre 1883, est remis à une date qui sera ultérieurement fixée.

— *Faculté de médecine de Lille.* — MM. Carpentier et Létévé sont nommés aides d'anatomie, en remplacement de MM. Curtis et Lesur, démissionnaires.

De la rachialgie, par M. le docteur E. Lemoine. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15437.

N° 142. — MARDI 11 DÉCEMBRE 1883. 56e ANNÉE. MARDI 11 DÉCEMBRE 1883. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. Monoplégie du bras et de la jambe de nature hystérique. — Hôtel-Dieu de Marseille. Des attaques d'hystérie sous forme de contracture généralisée. — Obstétrique. Dystocie par excès du volume du fœtus chez une femme régulièrement conformée. Avantages des tractions exercées sur les bras pour opérer le dégagement du tronc après la décollation du fœtus. — Société de Biologie. — Thèses. — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Monoplégie du bras et de la jambe de nature hystérique.

Il y a quatre jours, un cas assez particulier d'hémiplégie s'est présenté à notre consultation. Les caractères intéressants qu'il nous offre pouvant disparaître sous peu de jours, j'ai hâte de vous en parler aujourd'hui même, sans plus tarder.

La malade est une jeune fille qui, dans l'impossibilité de marcher, voire même de se tenir debout sans aide, nous a été amenée en voiture. Elle était atteinte d'une paralysie complète du membre supérieur et incomplète du membre inférieur, paralysie survenue subitement, trois jours auparavant, dans les conditions suivantes : Elle a dix-neuf ans ; elle est assez forte, bien constituée, jouissant ordinairement d'une bonne santé, et exerce la profession de blanchisseuse dans un de ces bateaux-lavoirs qui sont installés sur la Seine. Comme antécédents héréditaires, nous ne trouvons rien qui touche à quelque affection nerveuse, rien chez sa mère, rien non plus chez sa sœur, actuellement âgée de vingt-huit ans, rien non plus chez son père, fabricant de verres de lunettes, si ce n'est qu'il a été frappé aussi subitement, il y a quelques années, d'hémiplégie gauche, tenant, selon toutes probabilités, à la formation d'un foyer hémorragique, du moins d'après les renseignements qui nous ont été donnés.

Quant à l'histoire antérieure de notre malade, nous ne trouvons rien avant l'âge de seize ans. A cette époque elle a eu la scarlatine, laquelle a été, en quelque sorte, le signal de crises nerveuses qui ont duré pendant un an environ. La première est survenue pendant la convalescence de cette scarlatine; elle était caractérisée, comme toutes celles, du reste, qui ont suivi, par une perte de connaissance subite et absolue et la chute à terre de la jeune fille. Mais jamais elles n'ont été précédées de la moindre aura, jamais accompagnées de grands mouvements du corps ni de grandes secousses, ni d'évacuations involontaires, en un mot, d'aucun de ces phénomènes qui caractérisent l'épilepsie. La malade revenait assez promptement à elle et la crise se terminait par une sensation de boule et par des pleurs. Ce n'est donc pas de l'épilepsie. Du reste on n'est pas épileptique pendant un an pour ne plus l'être ensuite. Or depuis deux ans toute crise a cessé. Il est donc parfaitement vraisemblable qu'il s'agissait d'hystérie.

Bref, cette jeune fille allait bien, lorsque dans la nuit du 28 au 29 du mois dernier, alors qu'elle dormait d'un sommeil très calme, elle fut réveillée en sursaut par un fracas des plus violents. Un pan de mur de sa chambre venait de s'écrouler au-dessus de sa tête, sans que, par un hasard providentiel, il lui causât aucun traumatisme. Néanmoins le reste de la nuit fut des plus agités; elle croyait, dans son sommeil, qu'à chaque instant plafond ou muraille tombait sur elle. Le matin, elle se leva comme d'habitude et pendant toute la journée elle vaqua à ses affaires comme en temps ordinaire. Elle ne paraissait donc sous le coup d'aucun état morbide, lorsque le lendemain, à sept heures et demie du soir, au moment où elle se disposait à quitter son bateau-lavoir, tenant son seau de la main droite, elle s'affaissa sur elle-même, du côté droit, sans crise aucune ni perte de connaissance. Les membres inférieur et supérieur droits étaient paralysés, ce dernier à peu près complètement.

Il ne pouvait être question de quelque affection cérébrale, la face était intacte, sans la moindre déviation ; il en était de même de la langue, et la parole était aussi nette que les jours précédents ; rien, en un mot, ne correspondait à un choc cérébral. Il s'agissait donc de deux monoplégies combinées : monoplégie du membre supérieur et monoplégie du membre inférieur du même côté avec flaccidité et non rigidité, ce qui est très important.

Aujourd'hui il y a tendance manifeste à amélioration ; la paralysie motrice est moins flasque que les jours précédents, il semble qu'il y ait quelques mouvements dans les doigts et dans le pouce. L'étude des réflexes ne nous donne que des renseignements négatifs ; ces réflexes ne sont point effacés ni disparus comme dans la paralysie infantile ; loin de là, ils paraissent plus prononcés que d'habitude, tant sur le membre supérieur que sur l'inférieur. La malade peut aujourd'hui se tenir debout, et elle marche comme quelqu'un qui, ayant mal au pied, oserait à peine le poser sur le sol ; mais elle ne le traîne pas ni ne le laisse aller comme dans certaines affections.

Du côté de la sensibilité que trouvons-nous ? Deux catégories de faits se peuvent montrer : la première se rapportant à la sensibilité commune, sensibilité tactile, sensibilité

à la douleur et à la température; la seconde est ce que l'on appelle le sens musculaire. Passons-les en revue toutes deux. Aujourd'hui comme hier la peau des membres paralysés est insensible à la douleur, pour le bras notamment, depuis l'extrémité des doigts jusqu'à la racine du membre, c'est-à-dire jusqu'à une ligne s'étendant du bord antérieur de l'aisselle à son bord postérieur. Sur toute la même zone il y a insensibilité à la température ainsi qu'insensibilité tactile. Quant au sens musculaire, il est encore complètement perdu et je puis faire mouvoir les diverses articulations du membre supérieur paralysé, par exemple, sans que la malade s'en aperçoive; elle a perdu absolument la notion de situation de sa main, de son avant-bras, etc., à tel point que lorsque je lui demande de saisir, les yeux fermés, sa main droite avec sa main gauche, cette dernière cherche sans pouvoir la rencontrer, à moins qu'elle ne commence son exploration par l'épaule droite, où le sens musculaire est encore conservé. Alors de là elle descend peu à peu vers le bras et l'avant-bras pour arriver enfin à toucher sa main.

La température de la peau comparée des deux côtés pouvant être un élément de diagnostic, voyons ce qu'elle nous donne :

Membre supérieur droit (paralysé) 29°.
» » gauche (sain) 31°.
Membre inférieur droit (paralysé) 28°,8.
» » gauche (sain) 32°,4.

Ce qui nous apprend immédiatement que la monoplégie, chez notre malade, n'est point de cause cérébrale, sans quoi la température serait plus élevée du côté malade que du côté sain.

L'état général de cette jeune fille est également opposé à une lésion cérébrale; en effet, point de douleurs de tête, ni de vertiges; les fonctions digestives s'accomplissent très régulièrement, la malade a conservé un très bon appétit. Mais, d'autre part, nous ne constatons pas ces troubles de la sensibilité dans les appareils sensoriels que l'on rencontre fréquemment chez les hystériques; rien, par exemple, du côté de la vue, pas de rétrécissement du champ visuel, nulle modification dans la notion des couleurs, rien non plus du côté des ovaires, pas de douleurs ovariennes. Du reste, nous savons que ces phénomènes ne sont pas constants chez les hystériques.

Bien que le diagnostic ne présente, d'après l'énumération de tous les symptômes, aucune difficulté et qu'il s'agisse très nettement d'accidents de nature hystérique, passons en revue quelques-unes des affections avec lesquelles on pourrait, avec beaucoup de volonté, confondre la maladie de notre jeune fille.

Il y a dans la pathologie nerveuse des maladies avec lésion et des maladies sans lésion constatable, du moins jusqu'à présent, dans l'état actuel de la science. S'agirait-il donc, ici, de quelque lésion spinale, de quelque myélite à foyer hémorragique consécutif; il faudrait, dans ce cas, que le petit foyer se fût développé dans un côté seulement de la moelle, ce qui serait une rareté. Vouloir le prétendre serait même, dans le cas présent, une monstruosité, les troubles de la sensibilité existant dans le côté paralysé, tandis qu'en cas de myétite ils se rencontreraient dans le côté opposé. Nous n'avons donc pas affaire à une lésion organique de la moelle; cependant, si cela était, ce serait une lésion *dynamique* de la moelle.

S'agirait-il de quelque lésion cérébrale profonde? Pas davantage, car la figure et la langue sont restées indemnes, il n'y a eu aucun phénomène cérébral au début, ni choc, ni vertiges. Les accidents survenus chez notre malade ne sauraient pas reconnaître non plus pour cause une lésion de la substance corticale, car, entre autres symptômes de début, on aurait constaté tout au moins des phénomènes convulsifs.

En résumé, toutes les hypothèses que nous faisons ici sont absolument gratuites, et nous n'avons aucun doute sur la nature hystérique de la monoplégie des deux membres supérieur et inférieur du côté droit ; d'où le pronostic favorable d'une guérison, surtout quand la santé générale n'est pas compromise.

Ajoutons à cela que l'électrisation des deux membres va, selon toutes probabilités, activer très rapidement cette guérison en leur rendant les mouvements et la sensibilité perdus.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

Des attaques d'hystérie sous forme de contractures généralisées.

Le dernier mot n'est pas encore dit sur la séméiotique de l'hystérie, affection protéiforme s'il en fut. La jeune fille qui occupe le n° 2 de la salle Sainte-Élisabeth nous présente cette maladie sous un aspect particulier : la crise de contracture généralisée, dont on peut dire qu'elle est rare si elle n'est pas méconnue.

Tout d'un coup, une ou plusieurs fois par jour, cette jeune fille tombe et reste immobile. Tandis que les autres hystériques s'agitent et font du bruit, celle-ci, par contre, est silencieuse et ne fait pas un mouvement. Ce n'est point là de la syncope, car sa figure est rouge, son pouls est plein et sa température axillaire atteint et dépasse 38°. Ce n'est pas de la résolution musculaire, car la malade est raide, et il nous faut beaucoup de force pour changer la position de ses membres. Ce n'est pas de la catalepsie, car elle ne garde nullement la position qu'on lui donne, et dès qu'on l'a lâchée elle reprend rapidement son attitude première.

C'est ainsi que ce matin nous l'avons trouvée couchée sur le côté droit, la tête légèrement renversée en arrière, la face légèrement injectée, les yeux entr'ouverts, immobiles et sans frémissement des paupières, les mâchoires serrées; le cou gonflé et dont les veines devenaient de plus en plus saillantes ; le tronc raidi ; les membres supérieurs étendus le long du tronc ; les pouces renfermés dans la paume de la main, recouverts par les doigts fortement fléchis, surtout à gauche; la jambe gauche tout à fait étendue ; la jambe droite en demi-flexion, l'une et l'autre complètement immobiles comme la tête, le tronc et les bras, de sorte que la malade paraissait changée en statue. Vous avez constaté la résistance que rencontraient, à leur grand étonnement, ceux qui voulaient changer l'attitude de ses membres. Vous avez remarqué aussi avec quelle insensibilité complète elle supportait les coups, les piqûres et la compression ovarienne. Rien ne la réveillait; vous vous êtes éloignés d'elle et au bout de vingt minutes environ ses gémissements et ses sanglots vous ont avertis que la crise était terminée. La malade n'avait pas le souvenir et ne paraissait pas avoir eu conscience de ce qui s'était passé.

Voilà, chez un sujet notoirement et foncièrement hysté-

rique, des crises dont les phénomènes les plus saillants sont des troubles de la motilité sans convulsions, qui ont l'aspect de paralysies, et qui par contre consistent en des contractures. Elles nous montrent la contracture, phénomène des plus importants dans l'hystérie, sous une de ses deux formes principales : la contracture générale et par accès, qui ne mérite pas moins d'intérêt que la contracture partielle et permanente, dont on s'est beaucoup occupé, et avec raison, ces derniers temps.

I

Si nous examinons les accès de contracture hystérique dans les rapports avec les crises classiques, nous trouvons qu'ils s'en écartent moins que tout d'abord nous serions tentés de le supposer. L'hystérie n'est capricieuse qu'en apparence ; en réalité elle obéit à des lois précises. Suivant une de ces lois, *chaque variété d'attaque hystérique n'est qu'une attaque incomplète ; c'est un des éléments d'une crise complète qui se développe outre mesure au détriment des autres et constitue la crise à lui tout seul.* Voilà comment, sans changer de nature, le même type nosologique peut varier dans ses aspects et comment, de même que les espèces animales, une espèce morbide peut avoir ses races.

La crise classique de grande hystérie présente, vous le savez, quatre périodes successives : 1° période épileptoïde, avec sa phase tonique, sa phase clonique et sa phase de résolution ; 2° période des grands mouvements, de l'air de cercle en particulier ; 3° période des attitudes passionnelles ; 4° période des hallucinations, des terreurs le plus fréquemment.

Or non seulement chacune de ces périodes, mais encore chacune des phases de chacune de ces périodes peut se montrer plus ou moins isolée, susceptible aussi de donner à la maladie une forme spéciale. Chaque variété d'attaque d'hystérie est, je le répète, une attaque incomplète caractérisée par la prédominance ou l'exagération d'un des stades d'une attaque complète.

Il y a des malades qui n'ont que des mouvements convulsifs limités et même partiels, comme il en est d'autres chez qui prédominent les grands mouvements.

Il y a des malades qui ont à peu près d'emblée et qui n'ont guère que des attitudes passionnelles.

Il y a des malades qui ont surtout des hallucinations et qui peuvent ainsi passer presque sans transitions des convulsions à la folie hystérique.

Enfin, parmi celles qui n'ont que des convulsions, toutes ne passent pas par les deux périodes, la clonique et la tonique ; beaucoup n'ont que les convulsions cloniques, c'est-à-dire l'agitation.

Mais il en est qui n'ont que les convulsions toniques, et c'est à cette dernière catégorie qu'appartient notre malade. Tantôt, dans ce cas, il y a des secousses, c'est comme un tétanos hystérique, c'est-à-dire qu'il y a des alternatives de contraction et de relâchement ; c'est la phase tonique avec mouvements, tandis que dans d'autres cas ce qu'on observe c'est la phase tonique avec immobilisation ; il n'y a pas de secousses, pas de détente non plus ; c'est l'accès de contracture généralisée, l'accès de notre malade.

La connaissance de cette forme est importante pour deux raisons :

La première, c'est que *vous vous attendez peut-être un peu trop à constater dans l'hystérie des convulsions complètes, tandis qu'en réalité ce sont des attaques incomplètes avec leurs aspects variés qui sont les plus fréquentes.*

La seconde, c'est que *quand une hystérique est immobile, vous croyez peut-être qu'elle est dans le relâchement musculaire, tandis qu'elle est parfois en pleine contracture.*

Deux états que l'hystérie peut également produire ressemblent à ces crises : la catalepsie et la léthargie. La catalepsie plonge aussi dans l'immobilité ; mais *les muscles des cataleptiques sont de cire,* c'est-à-dire qu'ils prennent et conservent l'attitude qu'on leur donne : *les muscles des contracturées sont de fer ;* ils ne cèdent pas, et si par hasard ils sèdent à une forte pression, c'est pour reprendre leur attitude primitive dès que cette pression a cessé. Si la léthargie suspend aussi le mouvement et la connaissance, en revanche elle provoque le frémissement des paupières, les convulsions des globes oculaires et l'hyperexcitabilité neuro-musculaire dans laquelle un muscle touché ou légèrement excité se contracte fortement et isolément.

Mais de même que, dans l'hystérie, les phénomènes qu'on a réunis pour constituer la description de la crise complète se dissocient, de même aussi les phénomènes qu'on a dissociés pour les étudier à part peuvent se réunir. C'est ainsi que Richer a décrit des attaques de léthargie compliquée de contractures générales ou partielles. Peu importe donc de classer ces diverses formes séméiotiques ; l'essentiel, c'est de reconnaître le génie hystérique qui les domine et qui les produit.

Telle est, au point de vue séméiotique, la crise généralisée de contracture hystérique, examinée d'abord en elle-même et dans le type que notre malade nous présente, comparée ensuite à la crise complète de grande hystérie et aux crises cataleptiques et léthargiques que peut également déterminer la même maladie.

II

Au point de vue étiologique, elle perd son individualité. Les causes morales, et parmi les causes physiques l'excitation des zones hystérogènes, telles sont chez les sujets prédisposés les causes occasionnelles des attaques d'hystérie. Chez notre malade, nous avons vainement cherché les causes morales, nous avons longtemps cherché les zones hystérogènes, mais elle est restée insensible à la pression des globes oculaires comme à la compression ovarienne, comme à la pression de la colonne vertébrale et de diverses parties du corps ; seul un point intercostal placé en arrière du sein gauche nous avait donné des résultats douteux, lorsqu'une attaque a succédé à une pression exercée par notre chef de clinique, le docteur Maurel, sur une *exostose sous-unguéale du gros orteil droit :* c'était la zone hystérogène. A partir de ce moment nous avons pu produire les crises à volonté. J'ai voulu profiter de l'anesthésie qui se manifeste pendant les attaques pour opérer la malade de son exostose pendant la crise et la délivrer en même temps de la cause occasionnelle de ses attaques. La méfiance de la malade a contribué à faire échouer en partie ce beau plan. La malade a observé quelques préparatifs ; elle a eu peur, elle a résisté ; la pression de l'exostose n'a produit qu'une crise incomplète et de courte durée ; l'opération pratiquée par le professeur Combalat a été sentie assez vivement, mais depuis que la plaie se cicatrise, les attaques deviennent beaucoup plus rares, elles ne sont plus même quotidiennes ; le tempérament hystérique n'est en rien modifié, mais une

cause occasionnelle de crises hystériques est supprimée. En somme, au point de vue étiologique, notre malade a obéi à la loi commune. *Une loi domine, à mon sens du moins, l'étiologie des accès hystériques : il ne se développe pas de troubles de la motilité qui ne soient précédés ou accompagnés de troubles de la sensibilité.* C'est à cette loi qu'à son insu notre malade s'est conformée.

III

Au point de vue thérapeutique, avant de trouver et d'exciser la principale zone hystérogène, nous avons fait plusieurs tentatives infructueuses pour prévenir les crises et pour les arrêter. La compression de l'ovaire, rendue parfois impossible par la contraction des muscles abdominaux, ne nous a donné, dans les cas où elle a pu être pratiquée, absolument aucun résultat ; de même la pression du côté gauche, de même la pression des globes oculaires, de même l'aspersion de la face, qui nous a réussi chez d'autres sujets, la face étant souvent le dernier refuge de la sensibilité ; de même l'application de l'aimant; de même diverses excitations cutanées ; de même le contact de divers métaux, parmi lesquels le cuivre a paru augmenter le nombre et l'intensité des crises. A l'intérieur nous avons également échoué avec divers antispasmodiques, en particulier avec le bromure de potassium, qui est coutumier de pareils échecs, mais qu'il convenait d'essayer dans des crises différentes des autres et que le cuivre exaspérait. En désespoir de cause, nous avons tenté les inhalations de chloroforme. Sans doute il était original d'employer le chloroforme chez une malade qui paraissait dormir et qui était insensible ; mais le chloroforme est un grand et rapide moyen d'obtenir la résolution musculaire. Nous y sommes arrivés ; *après une période d'agitation très légère et très courte, sans que la malade se soit réveillée de son sommeil hystérique, elle est tombée dans le sommeil chloroformique, pendant lequel ses membres, devenus inertes, ont recouvré toute leur souplesse ;* mais ce fut l'affaire de deux minutes au plus, au bout desquelles la contracture a reparu et la crise a continué encore un moment. Ce n'était pas la peine d'exposer la malade aux dangers du chloroforme pour un résultat si fugitif ; nous avons renoncé à ce moyen comme aux autres, ne comptant plus que sur l'action lente de l'exercice et de l'hydrothérapie.

OBSTÉTRIQUE

Dystocie par excès de volume du fœtus chez une femme régulièrement conformée. Avantages des tractions exercées sur les bras pour opérer le dégagement du tronc après la décollation du fœtus.

Par M. BAILLY, professeur agrégé libre.

Observation. — Au mois d'avril 1881, à onze heures du soir, on vint me prier de me rendre sans retard au village de S..., près de Fontainebleau, où d'honorables confrères de cette ville m'appelaient pour terminer un accouchement laborieux. Je n'hésitai pas à me rendre à l'appel de nos confrères et je partis.

A trois heures du matin, j'arrivais à S..., chez une fermière de de l'endroit, où je trouvai trois confrères qui l'avaient assistée depuis le début ou dans le cours de son travail. Un quatrième médecin, habitant tout auprès, vint bientôt se joindre à nous. On me mit au courant de la situation. Il y a quatre ans, cette femme était accouchée d'un premier enfant très fort, qu'on avait dû extraire avec le forceps. Un second enfant était venu mort l'année d'après, à six mois de vie intra-utérine. La grossesse actuelle, arrivée à terme, s'était bien passée. Le travail, commencé depuis plus de trois jours, avait marché avec une extrême lenteur; cependant la dilatation de l'orifice était complète au bout de quarante heures, et les eaux de l'amnios étant écoulées depuis douze heures, une application de forceps était indiquée ; l'un de nos confrères l'avait faite, mais sans succès. Un second médecin, appelé par le premier, n'avait pas été plus heureux. Le lendemain, troisième jour de l'accouchement, un autre médecin des environs, très exercé aux manœuvres obstétricales, avait été mandé, et n'ayant pu davantage amener l'enfant avec son forceps, jugeant d'autre part le fœtus mort, s'était servi du crochet aigu, espérant avec cet instrument obtenir une prise plus solide ; mais après plusieurs applications du crochet, il n'avait réussi qu'à labourer profondément le crâne et à en extraire quelques lambeaux, sans faire aucunement progresser l'enfant. Des tentatives de version podalique faites ensuite restèrent tout aussi infructueuses. C'est dans ces conditions que j'avais été appelé ; nous étions alors au quatrième jour du travail.

La parturiente, que j'examinai après avoir reçu ces renseignements, est une grande et forte femme d'une trentaine d'années, très chargée de graisse, ce qui en faisait une sorte de femme colosse, comme on en voit dans les foires. Le ventre, développé par la grossesse, par l'embonpoint et par les gaz, produit de la putréfaction du fœtus, était énorme, mais pas douloureux à la pression. Le doigt, gêné par l'épaisseur naturelle du périnée et par la tuméfaction des grandes lèvres, ne pouvait s'élever bien haut dans l'excavation ; cependant il constatait un bassin de dimensions normales et la présence, dans le vagin, d'un sac mollasse formé par le cuir chevelu lacéré, auquel adhéraient des fragments osseux. Une odeur d'une grande fétidité s'échappait de la vulve pendant l'exploration et remplissait la chambre. Malgré la longue durée du travail et la fatigue causée par des manœuvres réitérées, l'état général de la patiente était resté satisfaisant ; pas d'altération profonde des traits, de prostration, de vomissements ; l'œil est vif, le pouls accéléré mais fort, le ventre à peine sensible ; en somme un bon état général prouvant que nos confrères avaient mis, dans leurs manœuvres, toute la prudence désirable et avaient su ménager l'intégrité des organes maternels. C'étaient là d'excellentes conditions dont j'avais à profiter et que je constatai avec satisfaction.

Mes confrères me cédant la place, c'était à mon tour d'agir. Il n'y avait plus à songer au forceps, et tout d'abord je pensai que le céphalotribe fenêtré trouverait une prise solide sur la base du crâne, que je pouvais supposer entière. Aussi, après avoir chloroformisé la malade, j'appliquai mon instrument sur le moignon de la tête ; malheureusement les os de la base du crâne étaient eux-mêmes disjoints, mobiles, et mon céphalotribe dérapa. Cette ressource m'échappant, je ne voyais plus que la version pelvienne qui me permît d'avoir l'enfant, et je me mis en devoir de l'effectuer. L'introduction de la main eut pour premier effet d'ouvrir la porte à des gaz accumulés, et la matrice se mit à détoner comme une pièce d'artillerie. J'essayai d'avancer jusqu'aux pieds, mais je fus bien vite arrêté par une résistance invincible tenant à la rétraction puissante de l'utérus, surexcité par un travail infructueux de près de quatre jours ; il me fallut battre en retraite.

Ainsi, plus de tête à saisir par le céphalotribe ou par le forceps, version rendue impraticable par la résistance de l'utérus, telle était la situation ; c'était embarrassant. Cependant je me remis bientôt de la première surprise que causent toujours des difficultés imprévues, et je me dis qu'il fallait à tout prix sortir honorablement de ce mauvais pas. Le bassin étant régulièrement conformé, je n'avais pas perdu tout espoir d'y faire passer l'enfant. J'avais, il est vrai, échoué dans un premier essai de version pelvienne, mais je pouvais en tenter un second : c'est ce que je fis. Après m'être reposé pendant quelques instants, j'allai encore une fois à la recherche des pieds, et ma main ayant rencontré un bras sur son chemin, l'idée me vint que je trouverais sur ce membre une prise solide me permettant d'avoir l'enfant. J'abaissai

donc ce premier bras, et l'ayant enveloppé de linge pour le rendre moins glissant, je me mis à tirer dessus. Je sentis bientôt se produire une crépitation de rupture, indice d'un commencement de désarticulation de l'épaule, et, sans en compléter l'arrachement, je suspendis mes efforts pour aller chercher le second bras, que j'amenai également à la vulve. Tirant alors simultanément sur les deux bras, j'amenai au dehors, sans grande difficulté, un monstrueux garçon livide, fortement ballonné, dont la sortie fut encore accompagnée de force coups de canon tirés par la matrice. Ce fœtus, privé de tête, pouvait bien peser 4,500 grammes.

Au bout d'une demi-heure, j'opérai artificiellement la délivrance, et l'accouchée perdit peu de sang à ce moment.

Après avoir éprouvé quelques frissons et un état fébrile d'une dizaine de jours, cette femme s'est parfaitement rétablie et est aujourd'hui bien portante.

Quelques points de cette observation méritent de fixer l'attention ; arrêtons-nous un instant sur chacun d'eux.

On doit, je crois, rapporter, dans ce fait, l'obstacle à l'accouchement naturel à deux causes : 1° l'excès de volume chez le fœtus ; 2° l'obésité chez la mère. Il est sans doute très rare que l'excès de volume seul du fœtus crée un empêchement insurmontable à l'accouchement chez une femme dont le bassin offre des dimensions normales. La nature semble avoir voulu parer à ce danger par la prédominance habituelle des diamètres du bassin sur ceux du fœtus et par la plasticité du corps fœtal, en vertu de laquelle il peut s'adapter le plus souvent à la forme et aux dimensions de la filière pelvienne. Les proportions considérables du fœtus retardent sans doute son passage, mais ne l'arrêtent pas complètement. Aussi je suis d'avis que, si fort que fût l'enfant de mon opérée de Fontainebleau, ce gros volume eût peut-être encore permis un accouchement naturel si à cette cause simplement relative de dystocie ne s'en fût ajoutée une autre consistant dans l'embonpoint excessif de la mère.

Il faut, en effet, attribuer à ce dernier une large part dans l'arrêt définitif du travail. Son mode d'action se comprend d'ailleurs aisément. D'une part la graisse qui infiltre le tissu musculaire, d'autre part l'épaisseur du pannicule graisseux de l'abdomen, gênent l'action des muscles expirateurs, restreignent leur effort et entravent les puissances expultrices au point de rendre à la fin prédominantes des résistances naturelles que la matrice seule devient impuissante à surmonter. La cause dynamique me paraît donc avoir joué ici un rôle considérable pendant de longues heures, mais il est probable aussi qu'en dernier lieu la cause mécanique aurait suffi pour arrêter le travail, lorsqu'au développement naturel de l'enfant s'est ajouté le ballonnement déterminé par les gaz putrides. A ce moment la nature devenait forcément impuissante à achever son œuvre.

Avec les conditions qui m'étaient faites par l'ablation partielle de la tête et par l'écrasement de la base du crâne de l'enfant, saisir les bras et tirer dessus était assurément la manœuvre la plus rationnelle ; c'était la manœuvre la plus inoffensive pour la mère et la plus efficace, l'expérience l'a bien prouvé. Cependant quatre médecins instruits n'y avaient pas songé, et, avec plus d'habitude des opérations d'accouchement, je n'y avais pas songé davantage. C'est qu'en effet, en décrivant les opérations obstétricales, les traités d'accouchement ne mentionnent pas le parti qu'on peut tirer des membres thoraciques du fœtus, sauf à propos de l'embryotomie transversale, où l'on conseille de tirer sur le bras inférieur pour abaisser la racine du cou et la rendre plus accessible aux ciseaux. Pour tout le reste, on n'en parle pas par la raison qu'un auteur classique ne peut envisager que des situations simples, bien définies, et qu'il fait abstraction des problèmes compliqués et variés à l'infini que crée la pratique et dont la solution est abandonnée à l'expérience de chaque praticien. D'autre part une sorte de préjugé fait redouter de saisir un bras au lieu d'un pied quand on opère une version ; et quand cette méprise a lieu, on s'en accuse volontiers comme d'une faute, d'une maladresse, et dans des cas tout différents cette impression involontaire vous éloigne de recourir aux bras pour terminer l'accouchement. Il est pourtant des cas où ils peuvent rendre de grands services pour cet objet, et celui que je relate aujourd'hui en est un exemple.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 décembre 1883. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

États nerveux provoqués chez des sujets sains. — M. **Brémond** a fait sur des mousses, des matelots, des soldats, des officiers, âgés de quatorze à vingt-six ans, un grand nombre d'expériences qui démontrent qu'on peut provoquer chez des sujets sains des phénomènes analogues à ceux qu'on provoque chez les hystériques, en particulier la léthargie, la catalepsie, le somnambulisme, et que ces phénomènes, chez ces sujets, sont précédés d'un état particulier de fascination.

Cet état initial de fascination est caractérisé par une élévation immédiate du pouls, qui, de 66, 70, monte à 120. Il résulte, en outre, de ces expériences que les jeunes gens de quatorze à vingt-six ans sur lesquels on peut produire ces phénomènes sont dans la proportion d'un tiers.

M. **Richet** fait observer qu'il y a là un point particulièrement intéressant, sur lequel il y a lieu d'insister, à savoir : la proportion des jeunes gens sains qui peuvent être plongés dans cet état. Cette proportion est beaucoup plus considérable que celle qui a été constatée dans les expériences de la Salpêtrière.

Antagonisme de la pilocarpine et de l'ergotine. — M. **Rabuteau** a fait des expériences sur ce sujet : si l'on injecte de la pilocarpine sous la peau d'un lapin, on sait qu'il se produit de la salivation. Si l'on injecte d'abord 10 centigrammes d'ergotine, puis, quinze ou vingt minutes après, 1 centigramme de pilocarpine, la salivation se produit de même. Si l'on injecte les deux substances simultanément, la salivation est considérablement diminuée ou même supprimée, si la dose d'ergotine est suffisante ; puis un peu plus tard la salivation apparaît.

Les choses se passent de même chez le chien. Si l'on injecte l'ergotine avant la pilocarpine, il y a de la salivation ; si les deux substances sont injectées en même temps, la salivation est nulle, puis elle apparaît vingt, trente ou même cinquante minutes après. Si à ce moment on injecte de l'ergotine, on arrête aussitôt la salivation.

Il y a donc là une action antagoniste, l'ergotine détruisant les effets de la pilocarpine. Mais comme celle-ci a une action qui s'exerce pendant très longtemps, de une heure et demie à deux heures, tandis que l'action de l'ergotine est très fugitive, il en résulte que l'action antagoniste de cette dernière n'est que momentanée.

En outre, la pilocarpine exerce une action toute locale ; ce qui le prouve, c'est que les effets sont les mêmes dans les cas où l'on a coupé les nerfs qui se rendent aux glandes salivaires. Il s'agit donc d'une action purement périphérique et nullement centrale.

Il résulte enfin de ces expériences que l'ergotine est un excitant des fibres lisses, tandis que la pilocarpine en est un paralysant.

M. **LABORDE** trouve l'explication donnée par M. Rabuteau très rationnelle au point de vue physiologique. L'action de l'ergotine sur les fibres lisses est parfaitement démontrée, en dehors de toute intervention du système nerveux central. Si on anémie complètement l'oreille d'un lapin, on voit persister l'action de l'ergotine en dehors de toute participation du système nerveux central. Il est tout naturel d'admettre que la pilocarpine exerce une action vaso-dilatatrice, antagoniste de l'action vaso-constrictive de l'ergotine. Enfin il faut tenir grand compte, dans ces faits, de l'intervention de ces petits centres ganglionnaires que l'on trouve dans les fibres musculaires des vaisseaux.

M. **MATHIAS DUVAL** insiste sur l'importance de ces petits centres périphériques. La question, dit-il, est beaucoup plus complexe qu'on pourrait le croire.

M. **DASTRES** dit qu'on a fait la preuve de ce qui appartient au système nerveux central, de ce qui appartient au système nerveux périphérique ou enfin au système musculaire. Il résulte des recherches nombreuses qui ont été faites sur ce sujet, qu'il faut mettre en première ligne le système nerveux central, puis le système nerveux périphérique, et, bien loin derrière, la substance musculaire qui n'intervient que très secondairement.

Action de la santonine sur les helminthes. — M. **DUBOIS** a fait, avec M. Marié, sur un chien des injections sous-cutanées de santonate de soude et ils sont arrivés ainsi à expulser les helminthes contenus dans les intestins de ce chien. Ce fait, important au point de vue de la pratique, prouve que, contrairement à ce qu'on croit généralement, il n'est pas nécessaire que la santonine soit introduite directement dans le tube digestif pour exercer son action sur les helminthes.

ÉLECTION

M. **CHAMBERLAND** est élu membre titulaire de la Société.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

400. M. Socquet. Contribution à la statistique criminelle de 1826 à 1880. — 401. M. Bacon. Traitement des kystes de l'ovaire par la ponction. — 402. M. Lucas. Trachéotomie. Notes sur trois cas d'hémorragie mortelle. — 403. M. Leroy. Des fractures chez les ataxiques. — 404. M. Parreno. De la version céphalique par manœuvres externes pendant l'accouchement. — 405. M. Rédarès, De l'emploi du vin iodo-laudanisé dans le pansement des plaies et des ulcères. — 406. M. Escudié. Des hémiplégies dans le diabète sucré. — 407. M. de Langenhagen. Contribution à l'étude clinique des tumeurs solides du scapulum. — 408. M. Gomot. Du purpura idiopathique ou typhus angéio-hématique. — 409. M. Lhéritier. Note sur un cas de myélite chronique à diagnostic douteux. — 410. M. Barette. De l'intervention chirurgicale dans les hernies étranglées compliquées d'adhérences ou de gangrène (entérectomie et entérorrhapie. — 411. M. Lavergne. Contribution à l'étude du lichen planus. — 412. M. Robin. Étude sur quelques formes d'éclampsie chez les femmes enceintes. — 413. M. Ollive. Des paralysies chez les choréiques. — 414. M. Grégoire. De l'urée dans le cancer. — 415. M. Carette. Emploi du jequirity et de l'inoculation blennorrhagique dans l'ophtalmie granuleuse. — — 416. M. Fillon. Des fractures du maxillaire supérieur. — 417. M. Bernard. Essai sur plusieurs cas d'atrophie des muscles du thorax chez les pleurétiques. — 418. M. Puica. Paralysie glosso-labiée cérébrale. — 419. M. Marieux. Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la trinitrine. — 420. M. Dutheil. Étude sur une forme particulière de la poche des eaux (poche en sablier). — 421. M. Dhourdin. De la coxalgie cotyloïdienne des lésions de la cavité cotyloïde dans la coxalgie. — 422. M. Ducasse De la péritonite par perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde. — 423. M. Guedeney. De la folliculite péri-uréthrale blennorrhagique chez la femme. — 424. M. Planteau. De la guérison spontanée de la pustule maligne. — 425. M. Massaloux-Lamonnerie. Des manifestations oculaires de la syphilis héréditaire tardive. — 426. M. Karth. Étude sur une forme grave d'oreillons. — 427. M. Folliasson. Essai sur la topographie médicale, l'histoire et l'hygiène de l'arrondissement de Grenoble. — 428. M. Michaux. Contribution à l'étude du carcinome de la parotide. — 429. M. Minière. De l'emphysème traumatique considéré surtout comme complication des fractures de côtes. — 430. M. David. Quelques considérations sur la gangrène typhoïde. — 431. M. Dauchez. Des vaccinides secondaires (éruptions vaccinales généralisées) et des dermatoses suscitées ou rappelées par la vaccination. — 432. M. Richer. De l'oblitération congénitale du canal de Warthon, dite grenouillette congénitale. — 433. M. Mouton. Du traitement de l'empyème chronique par des résections de côtes. — 434. M. Luc. De la tuberculose de la conjonctive comparée au lupus de cette muqueuse. — 435. M. Sambucy. De l'ablation totale du membre supérieur avec l'omoplate. — 436. M. Aguiar. Considérations sur la laryngotomie inter-cricothyroïdienne. — 437. M. Dupré. Du traitement des hématoses du genou par la compression et l'immobilisation. — 438. M. Barbaud. Sur une des formes frustes de la sclérose en plaques. — 439. M. Lefebvre. De l'examen des lochies au point de vue du pronostic des suites de couches.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Gustave Rivet, interne des hôpitaux, qui a succombé, à l'âge de vingt-sept ans, aux suites d'une angine diphtéritique contractée dans son service, à l'hôpital de la Charité.

Ses obsèques ont eu lieu dimanche matin.

— Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux médecins qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales pendant l'année 1880 :

Médaille d'or. — M. Tillot, médecin-inspecteur des eaux de Luxeuil.

Médailles d'argent. — MM. Philbert, médecin-inspecteur des eaux de Brides; Allaire, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; Bougarel, médecin-inspecteur des eaux de Pierrefonds.

Rappel de médailles d'argent. — MM. Billout, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Gervais; Boissier, médecin-inspecteur des eaux de Lamalou-le-Haut.

Médailles de bronze. — MM. Merle, médecin-inspecteur des eaux de Bourbon-Lancy; Gubien, médecin-inspecteur des eaux de la Mothe; Jual, médecin aux eaux du Mont-Dore; Romieu, médecin-inspecteur des eaux de Digne; Rouch, médecin-inspecteur des eaux d'Euzet; Bonnans, médecin-inspecteur des eaux d'Ussat.

Rappels de médailles de bronze. — MM. Bloc, médecin-inspecteur des eaux d'Audabre et Silvanès; Planche, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc.

— Dans la dernière séance du Conseil académique de Paris, qui a lieu samedi, les renseignements suivants ont été fournis sur la Faculté de Médecine de Paris : le nombre des étudiants au 1er octobre 1883 était de 4,207, soit 2 de moins seulement qu'en 1882. Dans ce total sont compris 108 étrangers. La mission égyptienne qui suivait autrefois les cours de la Faculté de Médecine de Paris, a passé en Angleterre depuis les derniers évènements. On a compté également, cette année, parmi les étudiants en médecine, 45 femmes, soit 6 de plus qu'en 1882, Russes pour la plupart.

Enfin, sur 6,076 examens subis, pendant l'année scolaire 1882-1883, la proportion des ajournements a été de 24 p. 100. Les candi-

dats seraient généralement faibles en physique, en chimie et en sciences naturelles.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Sont proclamés lauréats pour l'année scolaire 1882-1883 :

Médecine. — Première année : Prix, M. Bardot ; mention honorable, M. Rémond. — Deuxième année : Mention honorable, MM. Ruotte et Griffe. — Troisième année : Prix, M. Thirion. — Quatrième année : Prix, M. Lebon ; mention honorable, M. Loison ; prix Bénit, M. Schürrer ; prix de thèse, M. Guillemin ; mentions honorables, MM. Hugueny, Bruncher, Koehler et Vallois.

— *École de médecine de Nantes.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1882-1883 :

Médecine. — Première année : Premier prix, M. Joyau ; deuxième prix, M. Terrien ; accessit, M. Nicolas ; mention honorable, M. Banchereau. — Deuxième année : Premier prix, M. Toché ; deuxième prix, *ex æquo*, MM. Gaboriau et Marx. — Troisième année : Premier prix, M. Grias. — Quatrième année : Prix, M. Bourigault.

Clinique. — Premier prix, *ex æquo*, MM. Pérochaud et Polo.

Pharmacie. — Première année : Premier prix, M. Cesbron. — Deuxième année : Prix, M. Barbin.

Travaux pratiques. — Première année : Premier prix, Cesbron ; deuxième prix, M. Roger ; accessit, Saupault ; mention honorable, M. Frédet. — Deuxième année : Prix, M. Barbin. — Troisième année : Premier prix, M. Bouyet ; deuxième prix, *ex æquo*, MM. Dognon et Lemaistre.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour trois places de médecins-adjoint, ouvert le 4 décembre dernier, vient de se terminer par la nomination de MM. Artigalas, Durand et Bouvet.

— *Hospice de Brou.* — Sont nommés internes dudit hospice MM. Lemoine, Paret et Sarda.

— *Hôpitaux de Nantes.* — Sont nommés : 1° internes : MM. Fortineau, Gaboriaud, Colonna, Toché et Blaizot ; 2° internes provisoires : M. Terrien ; 3° externes : MM. Millat, Letenneur, Pouzin, Bourigault, Nicolas, Banchereau, Becigneul et Jalaber.

— M. le docteur Hardy (Ernest), chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine vient d'être présenté en première ligne pour la place de membre titulaire du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, vacante par la mort de M. Cloëz.

— Le tribunal de Saint-Mihiel a condamné à quatre mois de prison et à diverses amendes un rebouteur qui, à l'aide d'une préparation arsenicale, avait gravement endommagé le nez d'une dame de Vaucouleurs.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15446.

N° 143. — JEUDI 13 DÉCEMBRE 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 13 DÉCEMBRE 1883. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE......... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Histoire des Médecins arabes et de l'École de Salerne. — HÔPITAL NECKER. De la tuberculose au point de vue chirurgical. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une discussion importante va s'ouvrir à l'Académie de médecine : celle d'un régime de protection à établir pour les aliénés qui sont soignés en dehors des asiles.

C'est là une question qui s'est posée depuis peu, non seulement en France, mais dans tous les pays qui nous entourent. M. Foville, qui vient de visiter à ce point de vue la Belgique, la Hollande, l'Angleterre et l'Écosse, a trouvé partout soit des projets de loi, soit des lois ou des règlements actuellement en vigueur, mais de date récente, ayant pour but de sauvegarder l'aliéné qu'on n'enferme point dans un établissement spécial.

Il s'est fait bien évidemment à ce propos un de ces courants d'opinion tels qu'on en trouve à toutes les époques, alors qu'on étudie de près l'histoire comparée des législations : courants d'opinion qui transportent dans les milieux les plus divers une loi une fois formulée, ainsi que le disait Isocrate relativement aux lois d'Athènes, et qui trahissent d'ordinaire quelque changement survenu un peu partout dans les aspirations et les mœurs publiques par l'imitation de la race dont l'influence est dominante.

Pendant longtemps, chez les peuples modernes, c'était la race française qui dominait ainsi et par ses grandes qualités natives relevait le niveau moral du monde entier. Le Français tenait haut le cœur; il était fier d'être assez riche pour payer sa gloire. Il s'était mis à la tête des nations, comme Athènes autrefois à la tête de la Grèce, par les sentiments les plus nobles. Il représentait dans le monde moderne le culte de l'honneur et du droit, le dévouement le plus désintéressé pour toutes les causes qui lui semblaient justes, le sacrifice de soi-même, sans arrière-pensée, pour la patrie et pour le bien. Les questions d'argent, de profit, étaient relégués au dernier plan. Le mépris, la honte qui s'attachaient à l'avidité excessive ne permettaient pas alors à ce sentiment bas de devenir un danger social.

Mais cette prépondérance, que les Grecs appelaient l'hégémonie, est depuis quelque temps passée en d'autres mains. Ce sont les vainqueurs qui servent d'exemple; et, comme il arrive trop souvent dans l'histoire, cette fois le succès a été pour des peuples naturellement âpres à la curée. Aussi s'effraye-t-on quand on songe au sort possible d'un aliéné que l'on conserve parmi les siens. On se demande jusqu'à quels abus pourraient alors conduire les calculs effrénés des gains à faire, quand le personnalisme insatiable d'autres races se fait sentir en France, envahissant comme une mode exotique.

Il faut bien que l'État intervienne comme protecteur, quand l'égoïsme, la soif du lucre, la préoccupation constante de soi-même, sont venus délier les liens du foyer domestique, isoler le parent du parent et le maître du serviteur.

Grâce à Dieu, nous autres Français, nous n'en sommes pas encore réduits à ce que ce soit la règle chez nous; mais il suffit que ce soit une exception possible, et malheureusement trop fréquente, pour qu'il faille prendre des mesures de surveillance et de protection.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire des Médecins arabes et de l'École de Salerne (1).

V

Vous connaissez maintenant les principaux médecins arabes, je vous en indiquerai plusieurs autres sur lesquels de simples renseignements bibliographiques ou le titre de travaux perdus nous sont arrivés.

Pour simplifier un sujet complexe et le fixer dans votre esprit, j'établirai quelques divisions principales. D'abord, à partir de la conquête arabe jusqu'au IXe siècle; puis du Xe siècle jusqu'aux XIIIe et XIVe. Nous ne trouvons pas de médecins vraiment importants sous les Ommiades orientaux envahisseurs; ils n'avaient autour d'eux que des astrologues, des illuminés, des devins auxquels ils demandaient plutôt des miracles que des cures. Nous n'avons recueilli par conséquent aucun livre intéressant de cette première époque. Sous les Abbassides, la scène change; les khalifes, les grands, des particuliers même, recherchent les savants, les admettent auprès d'eux; ils ont des médecins à gages, ils établissent des ateliers de traductions. Plusieurs familles médicales sont devenues célèbres à la cour des khalifes; rappelez-vous les Bakhtichou, les Mésué, les Honein, en latin Johannitius, auxquels j'ajoute Sérapion, Thifoury, Costa

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 décembre 1883.

ben Luca, Tsabet ben Corra. Les traductions abondent alors, les œuvres médicales anciennes apparaissent au jour, et donnent lieu à des compilations. C'est le moment où arrivent Razès, Isac, Ali Abbas, Avicenne, et les autres médecins du khalifat d'Orient. Cette période est marquée par des études grammaticales et théologiques plutôt que par des tendances philosophiques ; elle compte un grand nombre de noms médicaux, mais en recherchant avec soin, on trouve peu de médecins de nationalité arabe. Ceux qui le sont réellement se montrent astrologues, curieux de la nature plutôt que médecins ; les autres sont de nationalité indienne, persane, juive, égyptienne. Les Persans et les Syriens chrétiens figurent, au moins pour moitié, dans le total. Le titre des ouvrages est : *Pandectes* ou Collection médicale, *Continent*, *Recueil*, *Canon*, *Règle*. Tous sont des sortes de *Compendium* tirés de divers auteurs cités ou non cités. Les premiers ouvrages traitent de l'hygiène surtout alimentaire, de la génération ; ils s'occupent des songes, de la saignée, plus tard de la matière médicale et des poisons. Il y a peu ou point de chirurgie.

Du IXe au XIVe siècle, principalement sous les khalifes orientaux, nous constatons moins de traductions serviles, plus d'indépendance, des œuvres philosophiques remarquables. C'est le moment d'Albucasis, d'El Ouafed ou Eben Guefith, d'Avenzoar, c'est l'époque florissante des écoles de Cordoue, de Séville, de Murcie. La chirurgie apparaît surtout avec Abulcasis.

Si nous examinons quelles sont les matières traitées par les médecins arabes, nous voyons que la pathologie générale est du fait d'Honein, de Razès, d'Avicenne, d'Isac ; la pathologie spéciale se trouve plutôt dans Isac, Ali Abbas, Avicenne, Avenzoar. La thérapeutique a occupé Mésué le jeune, Sérapion le jeune, Eben Guefith, Avenzoar et tous les compilateurs. L'hygiène est principalement dans Elminthar, Isac, Maimonide. Vous savez que beaucoup de préceptes hygiéniques élémentaires se trouvent dans le Koran ; un médecin arabe, contemporain de Mahomet, et qui avait longtemps séjourné en Perse, doit avoir sa part dans ce qu'on a appelé la médecine du prophète. C'est Harets ben Caladah ; il faisait observer au VIIe siècle que ce qu'il y a de plus grave, c'est de manger quand on est rassasié. Il avait proscrit l'usage du bain après le repas, de se bien couvrir la nuit, de boire de l'eau de préférence et de n'user jamais de vin pur. Tsabet ben Corra disait finement au IXe siècle que « ce qu'il y a de pire pour un vieillard, c'est un bon cuisinier et une jeune femme ». Voici une anecdote sur Razès, chargé de choisir l'endroit le plus sain de la ville de Bagdad pour l'établissement d'un vaste hôpital. Il fit suspendre dans divers quartiers de la capitale des morceaux de viande, et après avoir suivi l'influence de l'air sur leur décomposition, il déclara comme le plus salubre l'endroit où les chairs s'étaient conservées le plus longtemps. Cette anecdote ne supporte pas la critique. Razès arriva à Bagdad et devint médecin après une visite à l'hôpital déjà existant, et celui dont il s'agit ici n'a été construit qu'après sa mort.

L'anatomie et la physiologie n'ont pas fait de progrès avec les Arabes. Pour eux point de dissections ni d'autopsies. Leur ostéologie est seule un peu avancée avec Avenzoar et Abdellatif, Hibat-Allah. Des branches nerveuses de la face et du cou non indiquées par Galien sont signalées par Pharès.

La chirurgie était nécessairement en retard, étant frappée de discrédit. Razès et Ali Abbas suivent Galien. Abulcasis dit avoir vu commettre les fautes les plus graves : un chirurgien, ouvrant un abcès du cou, divise une artère et le malade meurt d'hémorragie ; un autre, pour opérer un calculeux, arrache une partie de la vessie ; un autre encore serre si fortement un appareil à fracture, que le membre tout entier se gangrène. Le médecin-chirurgien de Cordoue a plus qu'on ne l'a cru emprunté à ses devanciers, bien qu'il ne soit pas dépourvu d'originalité dans ses descriptions, dans la recherche des indications et les procédés qu'il emploie. Malgré tout, la chirurgie arabe n'a pas perfectionné de traditions chirurgicales grecques ; elle a fortement abusé de la pyrotechnie ; elle est resté inférieure à Paul d'Égine.

Le docteur Bertherand, qui a étudié de près les médecins arabes, a insisté sur leur science ou leur habileté en obstétrique, en oculistique, en médecine légale, en climatologie, en chimie, pharmacologie et botanique. Je vous signale en particulier sa communication récente au congrès des Sociétés savantes de la Sorbonne (in *Revue scientifique*, 31 mars, p. 414). C'est à Grenade que Mohammed ben Ali a créé le premier jardin botanique au XIe siècle. Ebn el Beithâr a été un botaniste très remarquable, ainsi que je vous l'ai déjà indiqué.

L'opinion de E. Bertherand est trop favorable à mon avis, mais il est juste de reconnaître que la matière médicale doit de nombreuses acquisitions aux Arabes ; beaucoup de dénominations actuelles sont tirées de leur langue : alcool, de *alkohal ;* julep, de *djousab*, qui en persan signifie eau de rose ; sirop, de *schirab ;* naphte, de *neft ;* bézoard, de *badezohr*, etc.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

De la tuberculose au point de vue chirurgical.

I

De nombreuses recherches, de nombreux travaux ont été faits sur la tuberculose considérée au point de vue chirurgical. Le sujet serait des plus vastes à traiter dans son entier, mais je ne veux, dans les deux leçons que j'ai l'intention de lui consacrer, que toucher certains points relatifs à l'historique de la question, en remontant seulement à quatre-vingts ans en arrière.

Au commencement de ce siècle, on ne connaissait les tuberculeux que sous les noms divers de poitrinaires, de pneumoniques, d'étisiques, etc. C'est au XIXe siècle et dans notre pays que l'étude de la tuberculose a été réellement inaugurée. Deux hommes, surtout, en sont les premiers initiateurs : Bayle, en 1810, qui fut en réalité le premier constituteur de la tuberculose, de son anatomie macroscopique ; et Laënnec, son condisciple, qui, marchant plus lentement, donna, treize ans plus tard, la première édition de son immortel ouvrage. Cette œuvre, qui eût été perdue, pour ainsi dire, si la Faculté de médecine n'eût eu dans la suite l'heureuse inspiration de la rééditer, est le livre d'un homme de génie, marqué au coin d'une observation très large, remarquable à tout jamais par la prescience de questions qui furent résolues plus tard, par une très grande précision, par des faits admirablement observés. Ce livre enfin laissait prévoir un grand nombre de sujets que l'on devait reprendre cinquante

ans plus tard, tels entre autres que la multiplicité des sièges du tubercule dont l'histoire de Laënnec est elle-même l'exemple, de Laënnec se piquant avec un scalpel dont la pointe avait conservé un peu de matière tuberculeuse et donnait lieu aussitôt à la formation d'une petite tumeur cutanée que l'illustre médecin s'empressait de cautériser avec du bichlorure d'antimoine, car, sans prononcer encore le mot de contagion, il reconnaissait très bien les dangers de cette piqûre. Rien ne prouve même que Laënnec, mort tuberculeux à quarante-deux ans, n'ait pas succombé au développement de l'affection dont il avait puisé le germe dans cette inoculation accidentelle.

Mais les idées qu'il avait émises étaient bientôt oubliées et l'on ne s'occupait plus après lui que de la tuberculose pulmonaire. Il y aura, l'année prochaine, quarante ans que j'ai pris, à la Faculté, ma première inscription de doctorat et je me rappelle très bien que cette tuberculose pulmonaire était représentée par Louis. Puis on parla aussi de la tuberculose du testicule, de l'épididyme, etc. ; puis un travail de Nélaton paraissait sur la tuberculose des os ; mais, avec le temps, ces idées même s'effaçaient et cette dernière prenait le nom de carie des os. Cependant, en 1850, quelques idées particulières se manifestaient, très confuses encore ; on sentait le besoin d'étudier à fond la question, de dégager la vérité au milieu d'un méli-mélo de faits plus ou moins obscurs. C'est alors que parurent les travaux de Reinhart, puis de Virchow ; et de 1850 à 1860, de nouvelles conceptions se manifestèrent sur la tuberculose. On parle de granulations grises et des produits agglomérés, épaissis, de l'inflammation constituant ce que l'on appelait les masses caséeuses. De là cette dualité : d'un côté la tuberculose, de l'autre les affections caséeuses, pneumonie, épididymite, etc. C'était enfin à qui trouverait un foyer caséeux pour expliquer les inflammations de ce nom.

En 1852, alors que j'étais interne chez Nélaton, je me rappelle parfaitement qu'à chaque séance de la Société anatomique, l'ordre du jour comportait des présentations de foyers caséeux dans tel ou tel organe ou de telle ou telle région du corps. La dualité de la granulation grise et des foyers caséeux durait encore lorsqu'un travail apparut, qui produisit dans le monde médical l'effet d'une bombe. Je veux parler du livre et d'une lecture de M. Villemin du Val-de-Grâce, livre et lecture qui soulevèrent des protestations chez les uns, chez d'autres de l'incertitude, tandis que d'autres se refusaient à comprendre. L'auteur disait que depuis longtemps il était parvenu, par une série de longues expériences, à rendre des animaux tuberculeux, soit en leur inoculant sous la peau de la matière tuberculeuse, soit même en leur en faisant manger. Quelque temps après, M. Chauveau, de Lyon, confirmait absolument le fait par des expériences dans lesquelles il nourrissait aussi certains animaux avec de la matière tuberculeuse et les rendait par là tuberculeux aussi.

L'étonnement fut général. Que savait-on alors du tubercule, malgré les travaux de Lebert et de Mandl ? On disait tubercule : granulation tuberculeuse, comme pour le cancer on avait dit cellule cancéreuse ; l'histologie n'avait encore rien donné, tandis qu'aujourd'hui nous nageons en pleine contagion et, pour un grand nombre de maladies, nous parvenons à expliquer les transmissions épidémiques et la contagion.

Moi-même, en 1849, pendant le cours de mon internat, j'avais fait un mémoire sur le choléra, dans lequel, — tant était grande l'influence des idées qui régnaient alors, — dans lequel, dis-je, j'avais nié la contagion du choléra, tout en reconnaissant que la maladie atteignait les gens qui se trouvaient en rapport avec des cholériques ! Voilà, je le répète, où nous en étions encore lorsque M. Villemin dit : Tout ce que vous appelez caséeux, je l'inocule ou le donne à manger à des animaux et ceux-ci deviennent tuberculeux. Ce fait, basé sur des expériences nombreuses, est, je le répète, un premier résultat : des médecins se refusèrent à y croire, d'autres déclarèrent ne pas comprendre, quelques-uns seulement restèrent dans l'expectative, disant : Il faudra voir. Bientôt, alors, de tous côtés, on se mit à nourrir lapins, cobayes, chats et chiens avec de la matière tuberculeuse, et les uns faits pour la gibelotte, les autres pour la basse-cour devenaient promptement tuberculeux ; quant aux chats, couci-couci, ils ne donnèrent pas grand'chose. Mais les chiens se sont absolument refusés à devenir tuberculeux. Ils n'aiment pas la tuberculose. Les expériences de M. Pasteur l'ont complètement démontré aussi.

Le livre de M. Villemin jeta donc le plus grand trouble dans les idées. La dualité était finie, le savant professeur du Val-de-Grâce déclarant hautement que la tuberculose était contagieuse, qu'elle était une et indivisible dans sa nature, infectieuse, puisque tous ses produits, à quelque degré qu'ils fussent parvenus, donnaient la tuberculose. La période qui suivit devait achever de transformer nos idées et permettre de jeter les bases fondamentales de nos connaissances sur la tuberculose. Déjà on connaissait mieux l'histologie, on voyait que le tubercule jaune ne ressemble nullement aux détritus signalés par Lebert. Enfin, de 1865 jusqu'à ce jour, les recherches graduelles auxquelles on s'est livré ont démontré la vérité de ce fait avancé par Laënnec, « que la tuberculose ne connaît aucune barrière dans les tissus vivants » : organes génito-urinaires de l'homme comme de la femme, muqueuse du tube digestif, depuis les lèvres jusqu'à l'anus, etc., etc.

En 1864-1865, on ne savait pas au juste ce que c'était que la phtisie laryngée, on la considérait pour ainsi dire comme secondaire ; il en était de même des ulcérations de la langue dites cachectiques et dont j'ai démontré un jour la nature tuberculeuse.

Enfin, il est aujourd'hui universellement admis que pas un de nos tissus ne peut échapper à la tuberculose ; la carie même des os a été de la tuberculose dans l'origine, de telle sorte que le domaine de celle-ci est l'universalité des tissus du corps humain.

Tel est le travail considérable qui s'est fait sur cette question dans l'espace de quinze à dix-huit ans.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend un pli cacheté adressé par M. le docteur Georges Martin, de Bordeaux. (Accepté.)

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un correspondant dans la section de chimie et de toxicologie. La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Cazeneuve (de Lyon) ; en deuxième ligne, *ex æquo*, M. Lotard (de Lille), et Perrier (de Bordeaux).

Le nombre des votants étant de 64, la majorité est de 33.

MM. Cazeneuve obtient. . . . . 59 voix.
Lotard . . . . 4 —
Bulletin blanc. . . . . 1 —

En conséquence, M. Cazeneuve est proclamé correspondant de l'Académie.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

M. COLIN (d'Alfort). — Il ne s'agit pas seulement de savoir s'il y a ou non des microbes dans les crachats des phtisiques, mais surtout s'ils sont propres aux produits de l'expectoration de ces maladies et si, par conséquent, leur présence est un moyen de diagnostic de la phtisie, et enfin si leur présence indique sûrement la nature parasitaire ou microbienne de la tuberculose.

Dans toute espèce de crachats, même à l'état le plus normal, on peut découvrir des microbes de diverses espèces. En effet, l'appareil respiratoire représente un aéroscope à parois visqueuses dans lequel des masses d'air sont reçues sans cesse avec un grand nombre de germes atmosphériques qui s'y attachent et s'y développent, comme dans le milieu le plus favorable.

Dans l'expectoration, le mucus bronchique se trouve d'ailleurs mêlé à divers autres mucus, parmi lesquels ce mucus buccal dans lequel depuis bien longtemps on a signalé la présence de plusieurs espèces de microbes, notamment de bâtonnets et de bactéridies. M. Pouchet en a signalé dans la bronchite; M. Colin lui-même, dans l'angine du cheval et du mouton, dans la pneumonie typhoïde, dans la tuberculose pulmonaire, développée par l'inoculation sur le lapin, dans la phtisie vermineuse des bêtes ovines.

La présence de microbes dans les mucosités bronchiques pulmonaires des phtisiques ne doit donc pas être considérée comme un fait particulier, puisque ces microbes existent dans ces mucosités tant à l'état normal que dans les conditions pathologiques. On a décrit comme particulier à la phtisie un microbe plus petit que les bacilles charbonneuses et sans articulation; mais ces caractères ne suffisent pas pour en faire un microbe spécial. Peut-on considérer ce microbe comme pouvant servir à préciser le diagnostic de la phtisie? Pour le trouver, on colore d'abord les crachats par la fuchsine alcoolisée, puis on les décolore par l'acide nitrique; on les colore de nouveau par le bleu de méthylène: alors ces bacilles apparaissent en violet, tandis que le reste est coloré en bleu.

Mais les bacilles spéciaux décrits en Allemagne sont-ils les seuls qui se colorent en violet dans cette réaction? C'est là ce qu'il faudrait prouver, car autrement si ces bacilles ne se distinguent au milieu d'autres que par leurs petites dimensions, comme tel paraît être le cas, c'est là un moyen de diagnostic bien peu certain. Pour peu qu'on ait étudié les microbes dans les milieux organiques en voie d'altération, on se figure difficilement que le produit de l'expectoration des phtisiques soit dans des conditions différentes de celles des autres produits altérés et exposés au contact de l'air; le crachat est une pelletée de fumier dans laquelle les microbes doivent pulluler.

Quant au dernier point de la question, celui de savoir si la présence de microbes dans les crachats des phtisiques implique la nature parasitaire ou microbienne de la phtisie, ce point paraît très douteux à M. Colin.

En effet, on a pu produire, par des inoculations de diverses matières ne renfermant pas de bacilles semblables à ceux de la phtisie, toutes les altérations qu'a pu produire aussi l'inoculation des bacilles, et dans les recherches de M. Colin il a toujours paru que l'effet obtenu était, dans un certain degré, proportionné à la quantité de substance irritante introduite. Que les produits de la phtisie remplis de bacilles soient très irritants et susceptibles comme tels de produire des altérations très étendues et très rapides, cela se conçoit; mais d'autres matières animales très diverses se comportent, au degré près, de la même façon: elles donnent lieu sur place à de vastes formations caséeuses, à des lymphangites et des adénites de même nature, puis à des granulations dans le poumon et dans la plupart des organes, lesquelles sont compactes avant de devenir caséeuses. Des tuberculoses viscérales très caractérisées peuvent même avoir pour point d'origine de simples lésions traumatiques. Ainsi rien ne prouve la nature spécifique de la tuberculose.

M. SÉE soutient que le bacille décrit par Koch est bien absolument spécial à la phtisie. On avait cherché antérieurement, toujours en vain, le microbe de la phtisie parmi les microbes très nombreux du crachat.

Mais la réaction trouvée par Koch serait tout à fait caractéristique et ne ferait paraître en violet sur un fond bleu que le bacille en question. Du moins, M. Sée ne croit pas que d'autres microbes en dehors de ceux qui seraient propres à la phtisie, puissent se comporter de la même manière en présence du même réactif. S'il en était autrement, il avoue que ce moyen de diagnostic serait peu sûr. Quant à la nature spécifique de la phtisie, pour la démontrer, M. Sée s'appuie sur les expériences récentes de M. Hippolyte Martin. M. Martin a établi dans un mémoire publié dans les *Archives de physiologie*, puis dans sa Thèse, que la phtisie proprement dite se transmettait indéfiniment par inoculations successives d'un animal sur un autre animal, tandis que la tuberculose, produite par l'inoculation de matières non tuberculeuses, telles que celles dont s'est servi M. Colin, restait individuelle et ne se transmettait pas quand on voulait poursuivre les inoculations au delà du premier animal affecté.

LECTURE

Étude comparative des législations étrangères en ce qui concerne les aliénés traités à domicile. — M. FOVILLE. Dans le projet de loi sur les aliénés, actuellement soumis à l'examen de l'Académie de médecine, trois articles sont relatifs à la surveillance de ceux qui sont traités en dehors des asiles.

A ce propos, M. Foville a trouvé des antécédents dans les législations de divers peuples voisins, et ce sont ces antécédents qu'il expose à l'Académie.

En Belgique, la première loi sur les aliénés contient un chapitre qui n'a pas été modifié lors de la revision de la loi de 1874, sur ceux qui sont gardés dans leurs familles. Elle en confie la surveillance au juge de paix, qui, en dehors du médecin de la famille, peut se faire assister par un médecin de son choix dans des visites qu'il doit faire en personne tous les quinze jours. Mais ces précautions sont restées complètement illusoires en pratique, car le législateur a omis d'indiquer comment le juge de paix devrait s'y prendre pour mettre fin à des abus, s'il en constatait.

En Hollande, un projet de loi sur ce sujet est à l'étude.

En Angleterre et en Écosse, la surveillance est plus efficace qu'en Belgique. Dans le premier de ces deux pays, les aliénés riches ou aisés traités dans des domiciles particuliers sont divisés en deux classes distinctes: 1° les aliénés déclarés tels après inquisition; 2° les aliénés placés en vertu d'un certificat.

D'après des lois fort anciennes, la protection de la personne et des biens des premiers rentre dans les attributions personnelles du souverain, qui en délègue l'exercice au chancelier. Celui-ci en charge des fonctionnaires qui se nomment *masters en lunacy* et des *visitors*, ou inspecteurs. Depuis un règlement de la chancellerie, daté de 1882, ces derniers doivent visiter deux fois par an tous les aliénés sans distinction, on les informe de leur fortune, de la somme annuelle nécessaire à leur besoin et de l'emploi de cette somme. En cas d'abus, ils font leur rapport aux *masters* qui en avisent.

Quant aux aliénés de la seconde classe, qui ne sont point assimilés à nos interdits, le gouvernement ne s'en occupe que s'ils sont confiés à des gens qui peuvent en tirer profit. Dans ce cas, leur situation se trouve réglementée.

En Écosse, l'organisation du service des aliénés est relativement récente; elle ne date que de 1857 et est relativement très simple. Tous les aliénés sont placés également sous la juridiction d'un même bureau de commissaires qui siège à Édimbourg.

Les commissaires ont le droit de pénétrer dans la maison où l'aliéné se trouve, et, s'ils le jugent bon, de s'adresser au shérif pour obtenir de lui qu'il fasse transporter le malade dans un asile spécial. Le bureau fixe le nombre et l'époque des visites obligatoires d'un médecin. Ordinairement ces visites se font tous les trimestres, sans compter la visite annuelle du commissaire, toutes les précautions sont prises pour que le contrôle soit sérieux et efficace, et il l'est en réalité, en Écosse comme en Angleterre, ainsi que M. Foville a pu s'en assurer.

De cet examen comparatif des législations existantes, M. Foville conclut qu'en France ce service devra satisfaire aux deux conditions suivantes :

1° Présenter plusieurs degrés hiérarchiques de surveillance, se contrôlant l'un l'autre ;

2° Être centralisé entre les mains d'un corps spécial relevant directement de l'État.

RAPPORTS

M. BLOT achève la lecture du rapport général sur le service de la vaccine en 1882.

M. GARIEL lit un rapport sur le concours du prix Buignet pour 1883.

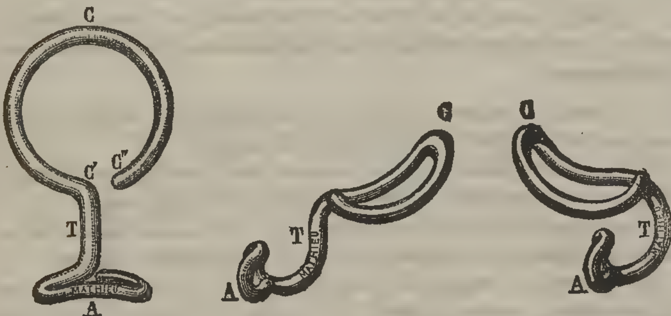
M. LE PRÉSIDENT annonce que la séance solennelle de distribution des prix aura lieu mardi prochain, et que la fête de Noël tombant un mardi cette année, la prochaine séance ordinaire sera remise au mercredi 26 décembre.

PRÉSENTATION

Pessaire. — **M. DUJARDIN-BEAUMETZ** présente un nouveau pessaire, ou support utérin, inventé par M. Landowski et fabriqué par M. Mathieu.

Ce pessaire, représentant presque la forme d'une clef à double panneton, est composé d'un anneau ouvert, destiné à entourer le col, et d'un **T** dont la branche transversale vient prendre un point d'appui derrière la symphyse pubienne.

En étudiant la question des supports utérins, on arrive à la conviction que presque chaque cas de déplacement a besoin d'une courbure spéciale, suivant la conformation de la malade, courbure que le médecin, avec un peu d'habitude, donne en quelques minutes à ce nouveau pessaire fait en étain, en l'appropriant au type de déplacement (antéversion, rétroversion, rétroflexion, latéroversion).



Rien de plus facile que de donner à l'anneau, en l'ouvrant plus ou moins, les dimensions du col qui doit y être logé. On donne ensuite à l'angle obtus, que l'anneau doit former avec la tige, l'écartement nécessaire pour que le segment supérieur de l'anneau relève le corps de l'utérus à travers le cul-de-sac correspondant pendant que le segment inférieur de cet anneau presse sur le col en sens inverse ; de cette manière il se produit un mouvement de bascule qui aide l'organe à se replacer dans sa position normale. On donne à la tige la courbure nécessaire pour que son extrémité transversale (extrémité pubienne) puisse s'appuyer et loger dans sa concavité (préalablement appropriée ou modifiée par le médecin) le bourrelet charnu qui tapisse la symphyse, et dont les dimensions varient suivant les sujets.

Après s'être rendu bien compte que ce pessaire malléable est bien adapté et de bonne dimension, on le fait reproduire en aluminium, qui est un métal inoxydable par les tissus, léger et solide.

M. Landowski a employé son pessaire dans un assez grand nombre de cas et lui a reconnu les avantages suivants :

1° Maniement facile : la malade peut, après une seule démonstration, se l'appliquer et le retirer elle-même ;

2° Le pessaire, placé assez haut, le col de l'utérus bien fixé dans l'anneau, l'extrémité de la tige se trouve, par la pesanteur même de l'organe, poussée naturellement contre la symphyse. On pourrait presque dire que le déplacement, au lieu d'être un obstacle, aide au contraire à fixer l'instrument ;

3° L'extrémité pubienne de l'instrument ne froisse pas l'urètre et ne provoque pas les envies d'uriner ;

4° La malade ne sent pas l'instrument une fois bien placé.

M. Landowski a fait faire par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, deux modèles qui souvent, dans les cas non compliqués, pourront être appliqués tels quels.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la folie à double forme : circulaire, alterne.

Par M. le Dr A.-E. MORDRET

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de la Sarthe (1).

Dans sa séance du 2 août 1881, l'Académie de médecine récompensait un travail de M. le docteur Mordret, intitulé : *De la folie à double forme*. C'est ce travail que l'auteur présente aujourd'hui au public médical, et si la publication s'en est fait attendre, nous trouverons dans le cours de l'ouvrage la compensation du retard éprouvé. En effet, au moment de la communication faite à l'Académie de médecine, beaucoup, parmi les malades cités, étaient en traitement à l'asile que dirige M. Mordret, leurs observations ne pouvaient donc être complètes et le lecteur n'avait qu'à gagner pour attendre.

La première partie de l'ouvrage est entièrement consacrée à la publication de *trente-cinq* observations inédites, toutes personnelles à l'auteur et rédigées avec le plus grand soin. Chacune de ses observations est suivie d'une appréciation fort judicieuse où le sens clinique du vrai praticien se révèle à chaque ligne, c'est pour ainsi dire une nouvelle étude faite à propos de chaque cas particulier, et un enseignement sans cesse répété pour le lecteur. Après avoir lu ces très intéressantes observations, on arrive à cette conclusion formulée par l'auteur, que les dénominations de *folie à double forme*, *folie circulaire* et *folie alterne*, ne sont que les variétés d'une même espèce morbide. Ce sont, en somme, deux états mentaux dont les successions diverses portent trois noms différents. L'un s'applique à ces deux états quand ils se suivent sans interruption appréciable, c'est la folie alterne; le second représente cette variété où les deux états sont séparés l'un de l'autre par un intervalle plus ou moins lucide et plus ou moins long, et que Falret appela folie circulaire; enfin le troisième à qui Baillarger donna le nom de folie à double forme, représente cette variété où l'intervalle lucide n'apparaît qu'après l'évolution successive des deux états mentaux. Telles sont les trois variétés dont le médecin de l'asile d'aliénés de la Sarthe nous donne de nombreux exemples.

En somme, l'ouvrage que nous avons sous les yeux est un véritable traité classique, comprenant toute l'histoire de la maladie décrite de main de maître. Tout y est combiné en vue d'une étude sérieuse et la division en de nombreux chapitres repose l'esprit et aide la mémoire. Dans un chapitre appelé : *Description générale*, l'auteur étudie la durée, la périodicité et l'intensité de la maladie, puis arrive la symptomatologie dont la description est parfaite; c'est ainsi que, au début, nous assistons à cette exubérante activité cérébrale, qui transforme l'individu et semble décupler son intelligence (*premier état mental*). Ici c'est presque le génie succédant à la médiocrité, la témérité et l'audace à la timidité la plus absolue;

(1) 1 vol. in-4°. Prix : 6 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

là c'est la joie, la gaieté, la tendresse, chez un caractère ordinairement triste, morose et égoïste; dans d'autres cas enfin, c'est la colère, le dédain, l'orgueil, chez les natures les plus modérées, les plus bienveillantes et les plus humbles. Tout est en fusion sous ce crâne d'où s'échappent, par instants, les actes les plus incohérents et les plus désordonnés.

Puis arrive alors cette sinistre période de dépression (*deuxième état mental*), de chagrin, d'affaissement, d'anéantissement physique et moral, aboutissant à la démence, c'est-à-dire à la négation de l'être humain. Toutes les péripéties de ce drame psychologique, l'auteur nous les décrit d'un style clair, animé, saisissant, dont la lecture est facile autant qu'agréable.

Vient ensuite un autre chapitre consacré à la marche générale de la maladie et dans lequel nous voyons, pour ainsi dire, le pauvre malade descendre pas à pas tous les degrés de sa déchéance pour trouver, dans la perte totale de ses facultés, l'oubli de toutes ses souffrances. Terminaison qui est la règle dans toutes les formes de vésanie et à laquelle n'échappe pas la folie à double forme.

La nature, le mécanisme et la place de cette affection dans le cadre nosologique font l'objet de chapitres intéressants, et il n'est pas jusqu'à l'anatomie pathologique qui ne trouve sa place dans l'ouvrage du docteur Mordret. Mais que de points d'interrogation!

Dans un travail aussi complet que celui-ci, après avoir donné au diagnostic, pronostic, étiologie et traitement, les développements qu'ils comportaient, l'auteur ne pouvait passer sous silence un point fort intéressant de cette étude; nous voulons parler de la situation de ces malades au point de vue médico-légal. En effet, si dans le cadre de la pathologie nous leur assignons une place à part, à plus forte raison devons-nous leur ménager une situation particulière dans le cadre social. Leur responsabilité ne doit pas être la même et les actes répréhensibles qu'ils commettent ne doivent pas recevoir la même pénalité que s'ils émanaient d'un cerveau bien équilibré. Il est donc du devoir du médecin de bien apprécier ces malades, car de son jugement dépend souvent non seulement leur liberté et quelquefois leur vie, mais encore l'honneur de toute une famille. Aussi devons-nous toujours être heureux de rencontrer des praticiens expérimentés et consciencieux apporter leur tribut de connaissances et d'observations dans ces questions de pathologie mentale, qui intéressent à un si haut point et la médecine et la société.

Ce tribut scientifique, M. le docteur Mordret l'a déjà payé bien des fois, et l'Académie de médecine est habituée à le voir souvent au nombre de ses lauréats.

En honorant, une fois de plus encore, de son suffrage, le nouveau travail que nous venons de présenter à nos lecteurs, elle lui a assigné sa place dans la bibliothèque de tout médecin érudit et soucieux de se tenir au courant du mouvement scientifique.

Valeur diagnostique et pronostique des rapports du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde (1), par M. le docteur Aimé Malherbe, aide de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Dans la fièvre typhoïde, la fréquence du pouls n'est pas toujours proportionnelle à l'élévation de la température. — Si le pouls reste peu fréquent et la température élevée, au début d'une affection fébrile, on doit songer à une fièvre typhoïde. — Si le pouls reste entre 80 et 90 pulsations dans le cours de la fièvre typhoïde, bien que la température s'élève à plus de 40 et même plus de 41 degrés, on ne doit pas, la plupart du temps, porter de pronostic fâcheux. — Si, au contraire, la fréquence du pouls augmente en même temps que la température s'élève à plus de 40 ou 41 degrés, le pronostic est très grave. — Si la température s'abaisse brusquement alors que le pouls augmente de fréquence, le pronostic est mauvais. — Le parallélisme entre les oscillations diurnes est sujet à de nombreuses modifications.

(1) Un vol. in 8° avec 29 planches de tracés. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 décembre 1883, M. Reeb, médecin principal de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin principal de première classe, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale (emploi vacant par organisation).

— Par arrêté préfectoral, en date du 24 novembre 1883, M. Guardia, docteur en médecine et docteur ès lettres, est nommé professeur d'enseignement moral au collège Chaptal.

— Le choléra qui semblait complètement éteint en Égypte présente en ce moment une nouvelle recrudescence. C'est ainsi qu'on signale, à Alexandrie, pour la journée du 7 de ce mois, sept cas de choléra et un décès.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Bouchardat est autorisé à se faire suppléer par M. Proust, agrégé.

M. le professeur Duplay est autorisé à se faire suppléer par M. Tillaux, agrégé.

M. le professeur Gosselin est autorisé à se faire suppléer par M. Terrillon, agrégé.

M. le professeur Richet est autorisé à se faire suppléer par M. Humbert, agrégé.

M. Dubar, bachelier ès sciences et ès lettres, est nommé aide du laboratoire des cliniques, à la Charité, en remplacement de M. Bergeron, démissionnaire.

M. Faisans, chef des travaux anatomiques du laboratoire des cliniques à la Pitié, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux cliniques au même laboratoire, en remplacement de M. Guignard, appelé à d'autres fonctions.

M. Monange, bachelier ès lettres et ès sciences, est délégué dans les fonctions de préparateur de chimie biologique, en remplacement de M. Jay, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — MM. Conil et Hédou sont nommés aides d'anatomie, en remplacement de MM. Maubrac, démissionnaire, et Princeteau, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Chotin, prosecteur, est chargé provisoirement, et jusqu'au prochain concours, des fonctions de chef de travaux anatomiques, en remplacement de M. Demon, appelé à d'autres fonctions.

M. Théry, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de physique médicale, en remplacement de M. Royer, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Mondan est maintenu dans ses fonctions de chef des travaux de chirurgie.

M. le docteur Gouilloud est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacemeut de M. Augagneur, démissionnaire.

Sont chargés des cours auxiliaires : de chimie analytique, M. Linossier, agrégé; de pathologie interne, M. Rouveret, agrégé.

M. Charpy est maintenu, jusqu'à la fin du prochain concours d'agrégation, comme chargé des fonctions d'agrégé d'anatomie et de physiologie.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Courrent est nommé aide d'anatomie pathologique et d'histologie, en remplacement de M. Zéphiroff, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Lauret, préparateur de physique, est, à titre provisoire, délégué dans les fonctions de chef des travaux de physique.

— *Collège de France.* — Sont autorisés à se faire remplacer pendant le premier semestre de l'année scolaire 1883-1884 :

M. Brown-Séquard, professeur de médecine, par M. d'Arsonval.

M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés, par M. François Franck.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Gehre, bachelier ès lettres et sciences, est nommé aide d'anatomie. (Emploi nouveau.)

M. le docteur Moreau est institué suppléant des chaires de patho-

logie et de clinique internes, en remplacement de M. Sézary, appelé à d'autres fonctions.

M. Hanoun est nommé préparateur de chimie.

M. le docteur Caussarel, médecin de l'hôpital civil, est chargé, pour dix ans, du cours complémentaire de chirurgie des maladies des enfants. (Enseignement nouveau.)

— *Hôpital de Grenoble.* — Sont nommés : 1° internes en médecine, MM. Gaillard et Raffin ; 2° interne en pharmacie, M. Bataille ; 3° externes : MM. Dupuis et Pelloux.

— *Hôpitaux de Nantes.* — M. le docteur Attimon est nommé médecin suppléant des hôpitaux.

— Un concours pour la nomination à deux places d'élèves internes en médecine dans l'asile d'aliénés de Marseille s'ouvrira le 21 février 1884, à deux heures de l'après-midi. Les élèves en médecine qui désirent concourir doivent être pourvus de 16 inscriptions de doctorat, et se faire inscrire avant le 17 février prochain.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mars 1884 ; ils sont nommés pour trois ans, touchent un traitement annuel de 800 francs et sont logés, nourris, chauffés et éclairés.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15458.

31

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux. dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance,* etc.

PARIS, phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

117

Le phosphate monocalcique

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

77

Pancréatine Defresne

Admise officiellement dans les Hôp. de Paris.

La **Pancréatine** est le digestif le plus puissant et le plus complet; elle n'a rien à redouter de l'acidité du **chyme** (*comptes rendus de l'Institut et de l'Académie, année 1879*). C'est pourquoi il faut l'administrer à la fin des repas.

Un gramme pancréatine Defresne.....	Peptonisent 30 grammes d'albumine.
Ou cinq pilules Defresne............	Dédoublent 11 grammes de corps gras.
Ou une cuillerée sirop digestif.......	Saccharifient 10 grammes d'amidon.

Dégout des aliments, Digestions difficiles, Lientérie, Dyspepsie, Gastralgie, Gastrite, etc. etc.

PANCRÉATINE DEFRESNE en poudre, 2 à 4 cuillerettes, **4** francs.

PILULES DIGESTIVES DEFRESNE, 3 à 5 pilules, **3** francs.

SIROP DIGESTIF DEFRESNE à la pancréatine, 2 à 3 cuillerées à café, **4** francs.

Pharmacie DEFRESNE, 2, rue des Lombards. et toutes les Pharmacies.

70

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

99

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phtisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, rue Bonaparte.

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

134

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

97

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences.— Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

87

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM.— Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

177

PHTISIE, ANÉMIE, RACHITISME.

Vin de Barabeau

PEPTONE ARSÉNIO-PHOSPHATÉE.

10 gr. viande, 1 gr. bi-phosphate de chaux arsénié par cuillerée à bouche.

Reconstituant énergique, entièrement assimilable,

Paris, CARMOUCHE, 19, rue Vieille-du-Temple. — Angoulême, BARABEAU, phen-chimiste, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

12

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Vin et Huile de foie de Morue

CRÉOSOTÉS du Dr G. FOURNIER.

0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,05.

Seules récompensées à l'Exp. univ. de Paris, 1878

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris. — **Exiger la signature.**

28

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS: Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

68

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre: *Maladies du cœur,* diverses *Hydropysies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques,* enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

60

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

211

Préparations iodo-créosotées

et créosotées de B. BAIN : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

47

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

172

Huile DE FOIE DE MORUE de Godin

au benzoate de fer.

M. le dr Bazin apprécie ainsi cette préparation :
« Cette huile est mieux supportée par les malades que l'huile de foie de morue et le sirop « de fer administrés séparément ou combinés « ensemble; son action est plus efficace que celle « de ces deux agents donnés séparément. »

Paris, 96, faub. St-Martin, et toutes pharmacies.

76

Méd. aux Exposit. Vienne 1873, Philadelphie 1876

Cachets de sulfate de quinine

LIMOUSIN, ph., Paris, 2 *bis*, r. Blanche.

Suppression de l'amertume. Solubilité complète. Contrôle de pureté. 20 cachets de 0,10 cent., l'étui 3f; 10 cachets de 0,20 cent., l'étui 3f. Envoi poste. *Touj. prép. avec le sulf. de quinine des 3 cachets.*

7

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

74

Pilules suisses

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boite sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

41

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

Sirop et pâte PIERRE LAMOUROUX

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

42

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

Sirop et dragées AU PROTO-IODURE DE FER DE Gille

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 144. — SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1883. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Rougeole anomale. — Emphysème pulmonaire. — Cystite aiguë. — THÉRAPEUTIQUE. Rachitisme et phosphate de chaux. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Rougeole anomale. — Emphysème pulmonaire.

Il y a en ce moment, dans le service de la clinique médicale de la Charité, deux malades, qui, bien qu'ayant l'un et l'autre une affection très vulgaire et bien connue, n'en ont pas moins été l'objet d'une attention particulière de la part de M. Hardy, qui a consacré à chacun d'eux une de ses dernières leçons cliniques. Il s'agit pour le premier cas d'une affection aiguë, une rougeole survenue dans le cours d'un état fébrile complexe et mal défini et qui, par suite de cette coïncidence, a présenté dans ses périodes et dans la marche des anomalies qui ont rendu un moment le diagnostic hésitant et laissent encore aujourd'hui un pronostic obscur et probablement grave. Le deuxième fait est un exemple type d'emphysème pulmonaire au plus haut degré. Parlons d'abord de la rougeole.

ROUGEOLE ANOMALE.

Une jeune fille, âgée de seize ans, bien portante jusque-là, a été prise, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, d'un grand malaise : céphalalgie, perte d'appétit et douleur vive dans la hanche droite, qu'avivaient surtout la marche et les mouvements. En même temps éclata un mouvement fébrile assez intense, s'accompagnant d'un peu de délire et la malade se mit à tousser. Cet état durait depuis une quinzaine de jours lorsque la malade se fit admettre à la Charité. Elle présentait à ce moment les trois ordres principaux de phénomènes que nous venons d'énumérer rapidement : fièvre avec délire, douleur coxalgique et toux. La température, au premier examen, était de 41°. On constatait l'existence de râles sibilants très abondants dans toute la poitrine et les divers mouvements d'abduction, d'adduction et de rotation que l'on imprimait au membre inférieur provoquaient d'assez vives douleurs dans l'articulation de la hanche.

Le lendemain la température était notablement abaissée : elle était descendue à 38°9, les autres phénomènes persistant d'ailleurs au même point.

Les jours suivants on constata que la fièvre avait pris un caractère franchement intermittent; il y avait une exacerbation très marquée tous les deux jours, la température s'élevant de 40 à 41; dans ce moment l'anhélation devenait très grande. Enfin, ce n'a été qu'après quelques jours de la continuation de cet état, qu'on a vu survenir d'abord des éternuements répétés, avec un flux nasal abondant et du larmoiement; puis bientôt une éruption rubéolique abondante qui a envahi successivement tout le corps.

Avec l'éruption ont cessé les phénomènes prodromiques, qui l'avaient immédiatement précédée, le coryza et le larmoiement, la fièvre elle-même a baissé, mais la bronchite a persisté, avec toux fréquente et avec l'expectoration nummulaire caractéristique de l'expectoration de la bronchite rubéolique; la douleur coxalgique paraît également persister toujours au même degré.

Faut-il voir ici, dans la série de phénomènes morbides qui s'est déroulée depuis le début jusqu'au jour de la manifestation de l'éruption rubéolique, un état purement prodromique de la rougeole? Quelque longue et quelque irrégulière que se montre parfois, surtout chez l'adulte, la période prodromique de la rougeole, il faut convenir que ce seraient à la fois des prodromes et bien longs et bien singuliers que ceux que nous venons de décrire sommairement. Nous ne nous rappelons pas, pour notre compte, avoir vu les prodromes de la rougeole remonter au delà de trois, quatre, cinq ou six jours au plus. La période prodromique la plus longue, que nous voyons indiquée dans les leçons de Trousseau sur la rougeole, ne remonte pas au delà de sept jours. Il est vrai de dire que la durée réelle de cette période est souvent très difficile à évaluer. Mais ici, elle serait de trois semaines au moins. Il est donc plus naturel et plus logique de penser qu'on s'est trouvé là en présence d'une complication, c'est-à-dire d'une rougeole survenant dans le cours d'une autre affection, qui paraîtrait devoir être qualifiée ici de bronchite catarrhale aiguë ou plutôt de fièvre rhumatique, en considérant les douleurs coxalgiques, développée sous l'influence probable d'un refroidissement dont la cause et le moment sont restés inconnus. C'est vers cette dernière opinion que paraît pencher M. Hardy. Mais, dans ce cas, à quel moment de la maladie pourrait-on fixer le début de la période prodromique de la rougeole? C'est ce qui paraît absolument impossible, cette période se trouvant confondue avec les symptômes de l'affection primitive.

Mais le point qui importe en ce moment beaucoup plus que celui-là, c'est le pronostic. Le pronostic est inquiétant, la bronchite, loin de s'atténuer après l'éruption, persistant ou paraissant même plutôt augmenter. Il y a tout

lieu de craindre ici ou que la bronchite devienne de la broncho-pneumonie, qui pourrait enlever promptement la malade, ou bien qu'il ne se produise une tuberculisation pulmonaire dont l'issue, tout aussi fatale probablement, ne serait en ce cas que reculée.

On a cherché jusqu'à présent à combattre cet état grave par des ventouses sèches répétées et des vésicatoires volants promenés sur la poitrine, en même temps que l'on administrait le sulfate de quinine ; on a fait prendre et on continue le kermès, le quinquina et le cognac. Enfin, M. Hardy se propose d'appliquer un vésicatoire permanent sur la poitrine, si la toux persiste ; en outre, il combattra la coxalgie, outre les ventouses et les cataplasmes qui ont été appliqués, par des vésicatoires, des pointes de feu et l'immobilisation du membre dans une gouttière de Bonnet. Enfin, la malade sera soumise à une bonne alimentation, à un régime reconstituant et à l'usage du phosphate de chaux.

EMPHYSÈME PULMONAIRE CHRONIQUE GÉNÉRALISÉ.

Le deuxième malade est un homme âgé de cinquante-un ans, peintre en bâtiment. Cet homme a eu, il y a dix-neuf ans, une hémoptysie considérable, pour laquelle il est entré dans le service de Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, où il est resté trois mois. Il en est sorti rétabli ; mais quelque temps après il a été pris d'une bronchite sérieuse. En 1880, il a eu une nouvelle bronchite grave. Depuis ce temps-là il est toujours resté un peu dyspnéique et sujet à la toux. Enfin, il y a deux mois, il a commencé à tousser de nouveau et avoir fréquemment des accès de dyspnée.

Le jour même de son entrée à l'hôpital, il a eu un véritable accès d'asthme, qui a duré plusieurs heures.

Le lendemain, à la visite, il se plaignait de tousser et d'étouffer.

Voici ce qu'a présenté cet homme à l'examen détaillé qui en a été fait par M. Hardy, en présence de tous les assistants à la clinique :

La première particularité qui frappe à son aspect est la conformation générale de sa poitrine. Les épaules et la poitrine tout entière semblent comme surélevées au point de faire presque disparaître le cou, qui est très court ; la tête est littéralement engoncée dans les épaules. La poitrine est globuleuse, bombée dans tous les sens, en avant, en arrière et sur les côtés ; les clavicules, au lieu de présenter la saillie ordinaire, sont effacées et disparaissent sous les masses musculaires et celullo-graisseuses de la base du cou et du sommet du thorax. Lorsque le malade respire, la poitrine se meut en masse, à peine aperçoit-on les mouvements des côtés ; la respiration semble se faire presque exclusivement par le diaphragme, qui, à chaque inspiration, soulève sensiblement l'épigastre. L'abdomen tout entier prend de l'amplitude à chaque inspiration. Enfin on constate un certain degré d'œdème aux extrémités inférieures.

Voilà pour l'habitude extérieure. Elle se résume dans ces trois caractères : engoncement de la tête et du cou dans les épaules ; amplitude considérable de toute la cavité thoracique, qui se meut en masse à chaque mouvement respiratoire ; respiration presque exclusivement diaphragmatique.

Les symptômes ne sont pas moins caractéristiques. Ce malade tousse beaucoup ; la toux est rude et sèche souvent, quelquefois elle est suivie d'une expectoration peu abondante, blanche, transparente, liquide, parfois visqueuse et opaque, mais le plus souvent mousseuse.

Le symptôme dominant est la dyspnée. Elle est presque constante et telle que le malade peut difficilement marcher et se tenir debout ; il est souvent obligé de se coucher dans le jour et la nuit il a de la peine à s'endormir. Ses nuits sont très fréquemment mauvaises. L'appétit est plus que modéré ; il mange peu, il est d'ailleurs d'habitudes sobres et ses digestions se font assez convenablement. Il a peu de fièvre ; le pouls est à peu près normal, entre 70 et 80, tout à fait régulier. La température ne s'élève pas au-dessus de 38°, mais elle n'est jamais au-dessous.

En résumé : toux, expectoration mousseuse, dyspnée, tels sont les symptômes constants.

Passant aux signes physiques fournis par l'exploration de la poitrine, voici ce qu'elle donne :

La percussion donne une résonance marquée, avec son clair dans tous les points de la cage thoracique, même dans la région précordiale ; on ne perçoit pas dans cette région le moindre signe de la présence du cœur. A droite, on ne perçoit qu'à peine la présence du foie, par une matité qui occupe au plus une étendue de deux travers de doigts à la base de la poitrine. En arrière, il y a une sonorité exagérée de toute la paroi thoracique qui est fortement voûtée. Il y a dans ce sens, en même temps que le dos rond, un élargissement notable.

L'application de la main sur la poitrine donne la sensation de vibration très marquée à chaque mouvement respiratoire ; mais il n'y a point de vibrations à la parole.

L'auscultation donne les résultats suivants : l'inspiration se fait avec un bruit rude, sec, elle est courte et comme humée ; il semble que l'air soit attiré dans la poitrine par une sorte de humage. Elle est suivie d'une expiration très prolongée, très bruyante, à la fois sibilante et ronflante. Le rapport ordinaire entre la durée de l'inspiration et celle de l'expiration est renversé. Tandis que ce rapport, à l'état normal, est de 3 pour l'inspiration à 1 pour l'expiration, il est ici de 1 pour l'inspiration à 3 pour l'expiration.

La percussion et la palpation n'apprennent rien par rapport au cœur. On en perçoit à peine un peu les battements au niveau de l'épigastre. Il y a un peu de distension des veines jugulaires, ce qui dénote un certain degré de dilatation probable des cavités droites du cœur.

Rien de particulier à noter du côté des organes digestifs.

L'urine est abondante, il y a polyurie; elle pèse 1010. L'acide nitrique y détermine un très léger trouble à la surface et, au fond de l'éprouvette, la formation d'un disque d'hématine, signe d'une néphrite interstitielle probable.

Il n'y avait pas lieu de s'arrêter ici sur le diagnostic. Il est écrit en quelque sorte en grosses lettres sur chacun des signes et des symptômes qui viennent d'être énumérés. C'est un type et un des plus complets et des plus achevés qu'il nous ait été donné d'observer, bien que nous en ayons observé beaucoup. Aussi M. Hardy ne s'est-il pas attardé à le discuter. Mais quel est, en présence d'un état pareil, le pronostic à porter et le traitement à instituer ?

C'est ce que nous nous réservons de dire dans la prochaine Revue.

Cystite aiguë.

Un jeune homme de vingt ans, garçon de lycée, est entré dans les derniers jours de novembre à l'hôpital de la Charité, dans le service de la clinique chirurgicale, atteint de cystite aiguë. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, il avait eu une rétention d'urine, qui avait été précédée, trois jours

auparavant, d'un frisson initial et de difficulté à uriner. Il s'était fait admettre à l'infirmerie où on l'avait sondé à plusieurs reprises; il avait été sondé matin et soir pendant les quelques jours qu'il y a séjourné.

A son entrée à l'hôpital, il accuse de fréquents besoins d'uriner; il a pu uriner, devant l'interne de service, sans grande douleur, environ de 80 à 100 grammes d'urine trouble contenant des globules de pus. On a pu, par la pression, amener une goutte de liquide muco-purulent au méat; mais le méat n'était point rouge. Le canal, cependant, paraissait un peu dur, surtout dans sa portion périnéale. Au toucher rectal, on constatait que la prostate avait une forme asymétrique; le lobe droit était plus gros que le gauche, toute la glande était un peu dure. La vésicule séminale à gauche était grosse et un peu sensible.

Questionné s'il avait eu récemment ou antérieurement une blennorragie, le malade affirmait n'en avoir jamais eu. Il n'avait non plus jamais eu d'écoulement sanguin par l'urètre, soit pendant la miction, soit en dehors.

La pression méthodique sur l'abdomen paraissait peu douloureuse. Cependant il accusait de la douleur à la pression et à la dépression brusque. Il n'y avait point de fièvre. Le malade avait une légère bronchite,

On l'a mis au régime du lait et à l'usage des cataplasmes sur la région hypogastrique et des lavements à l'eau de guimauve laudanisés.

Le 26 novembre, quatre jours après son entrée, il a eu un peu de fièvre le matin (38°). On fait sortir du méat une goutte verdâtre, mais le méat conserve toujours son aspect normal. Son urine est trouble. En l'examinant, on a trouvé dans le dépôt une certaine quantité de globules blancs, très peu de globules rouges, un peu de mucus. Ayant fait uriner le malade dans trois vases différents pour la même miction, le premier contenant les premières gouttes, le deuxième le maximum de l'urine, le troisième les gouttes de la fin, on a trouvé des globules purulents dans les trois vases, peut-être moins dans le dernier, — ce qui, pour le dire en passant, est le contraire de ce qui se passe ordinairement dans les cystites, surtout chez les vieillards, parce que le pus se dépose dans le bas-fond de la vessie.

En présence de ces symptômes et de ces signes, il était évident qu'il s'agissait là d'une cystite aiguë. Ce fut, en effet, le diagnostic porté par M. Terrillon. Mais à quel genre de cystite avait-on affaire? Était-ce une cystite muqueuse simple ou une cystite muco-purulente? une cystite hémorragique? pseudo-membraneuse? L'examen de l'urine montrait qu'on se trouvait en présence d'une cystite muco-purulente. Mais quelle en était la cause? C'était là le point obscur à éclaircir. Était-ce une cystite par propagation, suite d'une blennorragie? On a vu que ce malade affirmait n'avoir point eu de blennorragie, et rien n'autorisait formellement à la mettre en cause. Il avait bien actuellement, il est vrai, de l'urétrite; mais cette urétrite s'expliquait facilement par le cathétérisme répété auquel ce malade avait été soumis au début de sa maladie. Était-elle due à l'action d'un refroidissement? C'est une cause banale toujours facile à invoquer, mais le malade n'a nullement le souvenir d'avoir eu une impression de froid. Pouvait-on invoquer ici des habitudes de masturbation? Peut-être; mais on n'a aucune certitude à cet égard. Bref, la cause reste inconnue.

Quel est ici le pronostic? Deux choses sont à craindre: soit la propagation de l'inflammation à la prostate et aux vésicules séminales, soit le passage de la cystite à l'état chronique,

On a déjà vu que la prostate était un peu tuméfiée partiellement. Il n'y a pas encore les signes d'une véritable prostatite; le malade n'éprouve point de douleurs spontanées du côté du rectum, ni au périnée. Mais il pourrait bien se faire, d'ici à quelques jours, un abcès prostatique qui s'ouvrirait ensuite soit dans l'urètre, soit dans le rectum. Mais ce qui serait encore plus à redouter pour ce malade, c'est le passage de la cystite à l'état chronique. Aussi, est-ce contre cette éventualité que doit être principalement dirigé le traitement.

Nous avons dit plus haut que ce malade avait été soumis au repos et à l'usage du lait, qu'on lui applique en permanence des cataplasmes sur le bas-ventre et qu'on lui administre de petits lavements d'eau de guimauve additionnée de laudanum. Voici quel est l'ensemble des moyens que recommande M. Terrillon en pareil cas et auxquels il aura recours suivant l'occasion et l'opportunité chez ce malade.

Le traitement de la cystite aiguë, au début, doit être essentiellement antiphlogistique, mais en se gardant bien d'agir directement sur la vessie par des injections. Application de sangsues sur le périnée, saignée générale si l'état est très aigü, cataplasmes et lavements émollients, tels sont les premiers moyens à employer. Combattre la constipation par de petites doses d'huile de ricin répétées tous les deux jours, ce que l'on fait également ici. Contre la douleur et les épreintes, se garder de donner de l'opium par la bouche, mais prescrire le chloral, le bromure de potassium, la belladone, le bromure de potassium jusqu'à 4 grammes par jour, le chloral de 2 à 4 grammes et la belladone en pilules ou suppositoires contenant de 1 à 4 centigrammes. Bain général tiède de 15 à 25 minutes de durée, surtout s'il survient une poussée d'hémorroïdes, ce qui arrive assez souvent dans la cystite. Pour boissons, la tisane de lin, des eaux alcalines et surtout du lait. L'essence de térébenthine, le santal, le copahu, ne sauraient être administrés sans inconvénient au début; car on sait que ces divers agents sont susceptibles, par eux-mêmes, de produire la cystite; ce n'est qu'à l'état chronique qu'ils peuvent être utilement employés. Il ne faudrait pas davantage chercher à agir localement soit sur la muqueuse vésicale, soit sur celle de l'urètre. C'est dans le cas d'urétrite chronique et de cystite du col, et particulièrement dans les cas où la muqueuse urétrale ou vésicale saigne facilement, que cette pratique peut être utile. M. Terrillon recommanderait, dans ce cas, le procédé d'instillation suivant, imaginé par M. Guyon, dans les urétrites chroniques pour la cautérisation du cul-de-sac bulbaire, point où se localise plus particulièrement l'affection.

L'instillation se fait avec un explorateur en gomme, creux et percé d'un orifice très fin au sommet de son olive. A l'autre extrémité, on ajuste une seringue semblable à celle de Pravaz, mais un peu plus grande et permettant de compter les gouttes. On introduit la sonde jusqu'au point que l'on veut cautériser, puis on la retire un peu en arrière et l'on injecte d'abord 5 à 6 gouttes de la solution caustique ou modificatrice (c'est d'une solution de nitrate d'argent variant du vingtième au cinquantième que l'on se sert le plus habituellement). Après quelques minutes d'attente, on enfonce plus profondément, et quand on est arrivé à l'extrémité postérieure de l'urètre, on injecte de 20 à 25 gouttes de la même solution. S'il en pénètre quelque peu dans la vessie, l'urine atténue l'action trop caustique ou trop astringente du

liquide. Ces instillations arrêtent les hémorragies et soulagent rapidement les malades.

THÉRAPEUTIQUE

Rachitisme et phosphate de chaux.

Par le docteur DES VALLIÈRES.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que date l'introduction du phosphate de chaux dans la thérapeutique. Si nous feuilletons les vieilles pharmacopées, nous les trouvons bourrées de formules dans lesquelles se répètent constamment la corne de cerf calcinée, les yeux d'écrevisses, les écailles d'huîtres, l'album græcum, etc., toutes substances formées presque exclusivement de phosphate calcaire.

Les expérimentations physiologiques entreprises sur ce corps dans ces temps derniers par les docteurs Chossat, Lassaigne, Cazalis, Guérin, Piorry, Gosselin et beaucoup d'autres, ont fourni des résultats bien faits pour justifier cet engouement des anciens.

Les propriétés du phosphate de chaux mises en lumière par les recherches de ces savants peuvent se résumer de la manière suivante : *Il a une action immédiate sur la consolidation et la réparation osseuse et en même temps et surtout il agit comme excitant de l'assimilation.*

Propriété importante que ce pouvoir assimilateur du phosphate de chaux, car nous ne devons jamais perdre de vue que ce qui nourrit, ce n'est pas ce que l'on mange, mais ce que l'on digère et utilise !

Une idée qui ne pouvait manquer de surgir, aussi indiquée en effet qu'elle est heureuse, ç'a été d'associer la peptone au phosphate de chaux préalablement rendu soluble et passé à l'état de chlorhydro-phosphate (*peptone phosphatée Bayard*).

Formé de ces deux éléments, viande et phosphate *solubilisés* et *directement assimilables*, le vin de Bayard constitue en fait un reconstituant des plus énergiques qui, possédant d'autre part le pouvoir de stimuler les organes de la digestion et de la nutrition générale, est par cela même un antirachitique de premier ordre.

Personnellement, je me suis constamment bien trouvé de cette préparation et j'en ai retiré des avantages indéniables, très probants, chez ces enfants chétifs, sans énergie, affligés de maux d'yeux et d'oreille tenaces, de glandes au cou, s'enrhumant facilement, etc., chez tous ceux, en un mot, qui, d'une constitution parfois belle en apparence, n'en témoignent pas moins d'une diathèse scrofuleuse.

Dans le même ordre d'idées, il est incontestable qu'on se trouvera bien de conseiller l'emploi de la peptone phosphatée à nombre de femmes pendant leur grossesse, c'est-à-dire alors qu'elles ont fourni à l'enfant, avec les éléments protéiques, le phosphate nécessaire à son développement.

Nous savons tous que, pendant la grossesse, les os de la femme perdent de leur solidité ; ce que nous connaissons moins, c'est le remarquable rapport du docteur Pégot-Ogier sur ce sujet, et dont je rappellerai les conclusions :

Il résulte qu'à la suite de l'emploi du phosphate de chaux :

« 1° Chez les femmes enceintes, la plupart des accidents disparaissent et le nombre des mort-nés diminue ;

« 2° Le lait, trop souvent pauvre en principe phospho-calcique, remonte au maximum de richesse fixée par la nature pour les soins de l'enfant ;

« 3° A la première et à la seconde enfance, jusqu'à l'âge adulte, le développement se fait régulièrement, les maladies lymphatiques et les maladies dépendantes de l'ossification ne sont plus à craindre ;

« 4° La mortalité, qui est, à Paris, comme 1 à 3 (dans la première année), a diminué au point qu'elle est devenue comme 1 est à 5, chiffre des campagnes les plus favorisées. »

Il nous arrive souvent, en effet, de voir l'enfant à la mamelle venir mal, languir, et cela tient le plus souvent à l'une ou à l'autre de ces deux causes : ou le lait est trop pauvre ou l'enfant assimile mal et alors il y a altération immédiate de la digestion qui se manifeste souvent par des diarrhées intarissables, puis dénutrition et altération lente de l'économie qui pourra mener au rachitisme. Dans ce cas, rien de plus rationnel que d'administrer à la nourrice de la peptone *phosphatée* qui donne au lait la richesse qui lui manque et fournit à l'enfant, avec l'élément de l'ossification et de la dentition, le stimulant de la nutrition.

D'après Liebig et Humboldt, dans certaines contrées de l'Allemagne, on facilite la *croissance* et la *dentition* des enfants par de grossiers mélanges calcaires.

Certes, je pourrais m'étendre sur les bénéfices que l'on est en droit d'attendre de cette préparation dans toutes les affections osseuses : caries, nécroses, ostéomalacie, mal de Pott, etc... mais je ne saurais méconnaître que c'est à ces affections surtout que s'applique avec tant d'autorité la recommandation de Trousseau : « Reconstituez donc l'enfant pendant que s'y prêtent, mieux que plus tard, les faciles transformations que subit sa matière, à travers les phases rapides de son évolution. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre 1883. — Présidence de M. GUÉNIOT.

RAPPORT

Ostéotomie et ostéoclasie. — M. POLAILLON lit un rapport relatif à un travail de M. Dubourg (de Bordeaux) sur l'ostéotomie appliquée au redressement des membres.

M. Dubourg a pratiqué quatre fois cette opération, deux fois pour un genu valgum, une fois pour une courbure rachitique du tibia, une fois pour une ankylose angulaire du genou. Dans la première observation, il s'agit d'un enfant de quatre ans, chez lequel l'auteur a pratiqué une ostéotomie linéaire pour un genu valgum double. La guérison a été obtenue après deux pansements. Dans la seconde, il s'agit également d'un enfant de quatre ans, présentant un genu valgum d'un seul côté, atteint en outre de paralysis infantile ; même opération, même succès.

M. Polaillon se déclare partisan de l'ostéotomie par le procédé de Mac Even, mais pas pour des cas semblables à ceux dont il s'agit ici ; dans ces cas, en effet, le redressement est facile à l'aide de l'ostéoclasie, bien moins dangereuse que l'ostéotomie, quels que soient les avantages de l'antiseptie. Sur 59 ostéotomies rassemblées par M. Polaillon, 8 ont été suivies d'accidents légers, 8 d'accidents graves et 4 ont été suivies de mort. L'ostéoclasie, surtout depuis le perfectionnement de l'appareil de Collin, donne, au contraire, toujours de très bons résultats et jamais, jusqu'ici, n'a été suivie de mort. Elle est donc préférable, chez les enfants et les adolescents, à l'ostéotomie.

La troisième observation présentée par M. Dubourg a trait à un enfant de vingt-huit mois, atteint d'incurvation rachitique du tibia ; M. Dubourg a pratiqué une ostéotomie linéaire. Il y eut de la suppuration et l'enfant n'a été guéri qu'après deux mois.

Il y a dans ce fait, ajoute M. Polaillon, une tendance regrettable à l'abus de l'ostéotomie. On sait, en effet, que les courbures rachitiques de cet âge peuvent se redresser spontanément. L'opération était donc contre-indiquée, dans ce cas particulier, pour ces trois raisons : 1° parce qu'elle était grave ; 2° parce qu'elle était inutile ; 3° parce qu'elle ne mettait pas sûrement à l'abri de la récidive.

Dans la quatrième observation, il s'agit d'un jeune garçon de quatorze ans qui était atteint d'une ankylose osseuse du genou, à angle droit. Cet enfant avait eu une tumeur blanche pour laquelle avait été pratiquée une résection, à la suite de laquelle il y eut une suppuration assez abondante. Les soins que reçut ce malade à la suite de cette opération furent tels que le membre s'ankylosa dans la flexion à angle droit : M. Dubourg pratiqua chez cet enfant une ostéotomie cunéiforme, le membre fut redressé ; pan-

sement de Lister, immobilisation dans la rectitude, guérison. M. Polaillon ne trouve pas d'objection à faire à l'opération pratiquée par M. Dubourg dans ce cas, et l'on ne peut que le féliciter du résultat obtenu.

M. RECLUS, alors qu'il remplaçait M. Lannelongue à l'hôpital Trousseau, a pratiqué 9 fois l'ostéoclasie avec succès, 6 fois pour des genu valgum, 3 fois pour des déformations rachitiques sur des enfants de trois à sept ans. Les résultats obtenus ont été excellents, grâce à l'appareil de Collin perfectionné. Dans un seul cas, il y eut un peu de sphacèle de la peau; dans un autre, on rencontra de grandes difficultés à cause de la déformation considérable; il y avait un raccourcissement très notable du triceps sural, on fut obligé de faire la section du tendon d'Achille, le membre fut placé dans un appareil plâtré. Enfin, après deux mois, l'enfant marchait.

M. Bœckel dit que l'ostéoclasie manuelle est préférable. M. Reclus déclare que, dans ces 9 cas, l'ostéoclasie manuelle a été essayée, toujours sans succès. Il préfère donc de beaucoup se servir de l'appareil de Collin et s'inscrit en faux contre l'opinion émise par M. Bœckel. Il y a en effet des cas où l'ostéoclasie manuelle ne réussit pas et où l'ostéoclasie avec l'appareil modifié de Collin donne de merveilleux résultats. En présence de ces faits, il y a lieu de se demander jusqu'à quel point, sur des enfants de quatre à sept ans, les chirurgiens ont le droit de pratiquer l'ostéotomie, qui n'est pas exempte de dangers.

M. GILLETTE pense que l'ostéotomie ne doit jamais être pratiquée sur des enfants très jeunes, avant sept ou huit ans, ni même l'ostéoclasie. Il n'en est plus de même chez l'adulte, où les deux opérations peuvent être avantageusement combinées, comme l'a fait, avec succès, M. Gillette, chez un malade de Bicêtre qui avait eu une fracture avec consolidation vicieuse, et, tout récemment, sur un malade de l'hospice Tenon.

M. VERNEUIL, tout en considérant l'ostéotomie comme une bonne opération dans certains cas, préfère, pour le genu valgum, et les déformations rachitiques, l'ostéoclasie, avec laquelle on obtient des résultats excellents, comme ceux qu'il a obtenus chez un jeune homme opéré par lui en juin dernier.

M. Verneuil fait observer à M. Reclus qu'il ne faut pas juger l'appareil Collin au moment où en parlait Bœckel, puisque, depuis, cet appareil a été si heureusement modifié. Il cite plusieurs cas dans lesquels l'ostéoclasie, même chez l'adulte, lui a donné les meilleurs résultats. Il ajoute que, généralement, dans le voisinage d'articulations récemment atteintes d'arthrites, les os deviennent friables. Dans ces cas, la rupture peut porter un peu au-dessus ou au-dessous du point où on voudrait qu'elle se fit.

M. BERGER montre plusieurs photographies représentant, avant et après l'opération, des malades chez lesquels M. Beauregard (du Havre) a pratiqué l'ostéotomie. Tout en reconnaissant que l'ostéoclasie est préférable, surtout chez les enfants, M. Berger fait observer qu'elle n'est pas exempte d'accidents. Il y a des cas, en effet, où la consolidation ne s'est pas faite. M. Berger en cite plusieurs exemples.

M. VERNEUIL fait observer que, dans les cas où l'ostéoclasie n'a pas donné de bons résultats, rien ne prouve que l'ostéotomie en eût donné de meilleurs.

M. TERRILLON a fait, en 1878 et 1879, alors qu'il remplaçait M. Lannelongue à l'hôpital Trousseau, plusieurs ostéoclasies pour remédier à des courbures rachitiques du tibia chez des jeunes enfants, et en a obtenu de très bons résultats, bien qu'à cette époque l'appareil de M. Collin ne fût pas encore entré dans la pratique. L'ostéoclasie manuelle est donc relativement facile chez des enfants de trois à cinq ans.

M. DESPRÉS considère l'ostéotomie et même l'ostéoclasie, dans les cas de courbures rachitiques, comme des opérations tout au moins inutiles, puisqu'une bonne nourriture et une bonne hygiène finissent toujours par amener le redressement de ces courbures. Il n'est donc pas partisan de l'ostéotomie; mais s'il avait à pratiquer cette opération dans le but de redresser un membre courbé, il ne se contenterait pas d'enlever un seul coin, il en enlèverait plusieurs à diverses hauteurs.

M. MONOD a observé récemment un malade ayant une ankylose, en ligne droite, du coude, qui se fit une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Ce malade ayant été soumis au chloroforme, on tenta de plier son avant-bras sur son bras, mais ce fut au niveau de la fracture et non au niveau de l'articulation que la flexion s'opéra. Ce fait est en faveur de l'ostéoclasie.

M. RECLUS répond à M. Després que si l'on admettait sa manière de voir, on ne devrait jamais rencontrer de rachitiques après un certain âge. Il est cependant bon nombre de courbures rachitiques dans lesquelles la bonne hygiène seule serait bien insuffisante pour obtenir la rectitude.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que, pour juger la valeur de l'ostéotomie, il ne suffit pas de réunir tous les cas connus et de baser sur eux une statistique générale. Il faut tenir compte surtout de l'opinion et des faits de ceux qui en ont pratiqué un grand nombre, comme par exemple Mac Even, qui est arrivé à un chiffre extrêmement considérable sans mortalité. Si l'on compare l'ostéotomie et l'ostéoclasie, il semble que la première offre certains avantages sur la seconde; les suites en sont moins longues, la guérison en est plus rapide. Il y a des conditions nouvelles en ce qui concerne l'ostéotomie, conditions qui, dans un certain nombre de cas, peuvent rendre cette opération préférable à l'ostéoclasie.

M. TRÉLAT dit qu'il y a bien des manières de juger les questions analogues à celle qui se présente; il ne suffit pas d'élever des théories, de ratiociner, comme le fait M. Després. Il faut une argumentation basée sur des faits. Comment s'obtiennent les solutions de beaucoup de problèmes de ce genre? Par une sorte d'assentiment, par un consensus universel qui font entrer une méthode dans la pratique particulière.

Dans le travail, objet du rapport de M. Polaillon, il y a des sujets très complexes : genu valgum d'un côté, rachitisme de l'autre, ankylose pour un troisième. Il y a autant d'indications différentes dans ces cas, c'est uniquement par l'expérimentation, par des observations cliniques réitérées qu'on arrivera à établir si, dans certains cas, l'ostéotomie est supérieure à l'ostéoclasie. Mais il y a des cas où l'une ou l'autre de ces deux opérations se trouve formellement indiquée : c'est donc là une question d'indications.

M. POLAILLON dit que l'ostéoclasie est une opération de choix quand il s'agit de redresser un genu valgum chez l'adulte. Mais, il le reconnaît, il est des cas où l'ostéotomie devient à son tour l'opération de choix. Il faut donc adopter une opinion moyenne et ne pas être exclusif.

Fracture de la rotule. — **M. POZZI** présente le malade aliéné dont il a fait connaître l'observation dans une précédente séance, et qui s'était fait une fracture de la rotule. On sait que M. Pozzi avait fait la suture de la rotule, que celle-ci avait manqué et qu'il restait un écartement considérable. Aujourd'hui, il s'est formé un cal fibreux et ce malade marche très bien.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Prix de l'internat. — Le concours des prix de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé par les résultats suivants :

Première division (internes de troisième et quatrième années) : médaille d'or, M. Chantemesse (André), interne de quatrième année à l'hôpital des Enfants; accessit (médaille d'argent), M. Ménard (Victor-Auguste), interne de quatrième année à l'Hôtel-Dieu; première mention honorable, M. Guinard (Marie-Aimé), interne de quatrième année à l'hôpital Beaujon; deuxième mention honorable, M. Berne (Georges-Léon), interne de quatrième année à l'hôpital Lariboisière.

Deuxième division (internes de première et deuxième années) : prix (médaille d'argent), M. Broca (Benjamin-Auguste), interne de

deuxième année à l'Hôtel-Dieu; accessit (livres), M. Gilbert (Nicolas-Augustin), interne de deuxième année à l'hôpital Saint-Antoine; première mention honorable, M. Queyrat (Jules-Louis), interne de deuxième année à l'hôpital Necker; deuxième mention honorable, M. Frémont (Victor), interne de deuxième année à l'hôpital Trousseau.

— *Concours de l'externat.* — Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris vient de se terminer; les candidats admis ont été classés dans l'ordre suivant :

1. Rollin, Lyon, Wassilieff, Bouel, Clare Saint-Alais, Sarraute (Mme), Thomas, Albarran, Chevalier, Alexandre.

11. Canniot, Prioleau, Engelbach, Iscovescou, Regnauld, Courbet, Ardouin, Jeannote, Araujo, Perrin de la Touche.

21. Bruhl, Champeil, Delbet, Graverry, Jacquet, Janet, Legrand (Charles), Villar, Lens, Pichevin.

31. Isch-Wall, Sollier, Decamps, Klippel, Témoin, Thiroloix, Frankoual, Pfender, Lepage, Degail.

41. Courtade, Aurière, Martin de Gimard, Morel (Charles), Pinel-Maisonneuve, Legrand (Jean), Macaigne, Salmeron, Mullot, Potocki.

51. Demelin, Camescasse, Faure, Cuvillier, de La Valle, Duchon-Doris, Philippe, Secheyron, Thibault, Dupré.

61. Estrade, Couder, Vivant, Arnaud (Gustave), Piole, Martin du Magny, Courtray de Pradel, Monnet, Parelle, Léonard.

71. Thiéry, Thouvenet, Dutard, Passant, Létienne, Aldibert, Charier, Springer, Filibilin, Chibrac.

81. Carlet, Broussain, Benoît, Chauveau (Georges), Delahaye, Moreau (Élie), Mathieu dit Dubois (Mlle), Maurel, Maison, Pognon.

91. Defrance, Casanova, Persillard, Vauthrin, Loppé, Hervé, Chrétien, Menne, Huet, Laffite.

101. Bureau (Émile), Laurent (Émile), Renault, Potier, Legueu, Robelin, Foucher, Rouffinet, Blond, Bellanger.

111. Baudoin, Balme, Arnaud (Gustave), Oustaniol, Gordon-Martins, Pailhas, Valdivieso Morquecho, Delaunay, Projas, Lasnier.

121. Barthomeuf, De Burine, Duval, Geoffroy, Wirbel, Poivet, Laurent (Paul), Genesteix, Blin, Gaignard.

131. Dieudonné, Fourrier, Hyvernaud, Béal, Cousin, Gaudichier, Gauly, Gauvry, Planes, Ménard.

141. Lavergne (Jean-Louis), Chopin (Mlle), Cullère, Marx, Lelièvre, Leroy de Langevinière, Baroux, Dudley-Tait, Soudée, Boucher.

151. Frétin, Deschamps, Florentin, Cahn, Le Noir, Fauvel (Henri), Piot, Hitier, Foubert, Morau (Marie).

161. Favardin, Bérard, Moreau (Paul), Maron, Lavergne (Jean), Dufour, de la Nièce, Banvillet, Evrain, Gilbert.

171. Loriot, Cabaret, Maufrais, Hervot, Fournier, Basset, Mordret, Mélik, Bouffe, Copin.

181. Dufestel, Poulalion, Souza-Leste, Chevallier, Coutenot, Allix, Dagron, Bouchinet, Froger, Toussaint.

191. Viard, Apard, Robineau, Lacoste, Gourret, Masson, Fortuniades, Garnier, Lamiot, Dufournier.

201. Papon, Abrial, Sarran, Rességuet, Gaillard, Fargin, Allot, Bureau (Maurice), Dudefoy, Lauzit.

211. Fournier (Frédéric), Lefèvre (Armand), Delgado, Cohin, Fauvelle (Charles), Mary, Chauveau (Eugène), Riéder, Cayet, Bouton.

221. Mauclaire, Potel, Bégusseau, Leriche, Thirion, Bruant, Reilhac, Tournier, Aubry, Denis.

231. Nozo, Richard, Lecomte (Paul), Bonnet, Besson, de Saint-Quentin, Defaucamberge, Leconte (Marie), Bègue, Marchou.

241. Mercier, Zipfel, Daguillon, Labat de Lambert, Encausse, Dupont, Leca, Morisse, Ritzo, Mangin.

251. Lasne, Hellot, Callet, Pessez.

— MM. les médecins du XIVe arrondissement de Paris sont informés que, le vendredi 28 décembre 1883, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

— Par décret, en date du 11 décembre 1883, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après, les médecins militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — (Ancienneté.) M. Bodros, médecin-major de deuxième classe au 19e d'infanterie, en remplacement de M. Guérard, retraité. — Est affecté au 48e d'infanterie.

(Choix.) M. Ocana, médecin-major de deuxième classe au 12e bataillon d'artillerie de forteresse, en remplacement de M. Baudon, démissionnaire. — Est affecté au 17e d'artillerie.

(Ancienneté.) M. Magdelaine, médecin-major de deuxième classe au 65e d'infanterie, en remplacement de M. Petit, retraité. — Est affecté au 136e d'infanterie.

(Choix.) M. Pau de Saint-Martin, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital de la Charité (à Lyon,) en remplacement de M. Lacipière, retraité. — Est affecté à l'hôpital de Marseille.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — Deuxième tour (ancienneté), M. Mouton, médecin aide-major de première classe au 25e dragons, attaché à la direction du service de santé du 11e corps d'armée, en remplacement de M. De Dôme, décédé. — Est affecté au 65e d'infanterie.

(Choix.) M. Mistarlet, médecin aide-major de première classe au 3e chasseurs d'Afrique, en remplacement de M. Bodros, promu. — Est affecté aux hôpitaux de la division de Constantine.

Premier tour (ancienneté). M. Chenet, médecin aide-major de première classe à la poudrerie du Bouchet, en remplacement de M. Ocana, promu. — Est maintenu à la poudrerie du Bouchet.

Deuxième tour (ancienneté). M. Faure-Lacaussade, médecin aide-major de première classe au 3e dragons, en remplacement de M. Magdelaine, promu. — Est affecté provisoirement au 115e d'infanterie.

(Choix.) M. Zœller, médecin aide-major de première classe, surveillant à l'École de médecine et de pharmacie militaire, en remplacement de M. Pau de Saint-Martin, promu. — Est affecté aux hôpitaux de la division de Constantine.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 décembre 1883, le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué, le lundi 24 décembre 1883, en deuxième session ordinaire. La durée de cette session est fixée à huit jours.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 décembre 1883, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— Par arrêté préfectoral, en date du 4 décembre 1883, sont nommés membres de la commission chargée d'examiner le projet de séparation de l'Assistance publique et du Mont-de-Piété de Paris : MM. les docteurs Loiseau, Réty, le docteur Royer, en remplacement de MM. le docteur Thulié, Sigismond Lacroix et le docteur Bourneville, démissionnaires. — M. Goupy, membre des conseils de surveillance de l'Assistance publique et du Mont-de-Piété, est nommé membre de ladite commission.

— Le Conseil général de la Seine, dans la séance du 10 décembre 1883, a adopté, par 54 voix contre 6, la proposition suivante :

« Les soussignés demandent que l'Administration préfectorale complète la laïcisation des asiles départementaux en retirant les logements des aumôniers habitant les asiles Sainte-Anne, de Vaucluse et de Ville-Évrard.

« *Signé :* Fiaux, Pichon, Cattiaux, Guichard, Allaire, Rousselle, Ed. Monteil, Marsoulan. »

— La Société d'anthropologie de Paris a procédé, dans sa séance de jeudi, au renouvellement de son bureau pour l'année 1884.

Ont été élus : Président, M. le docteur Hamy ; vice-président, M. le docteur Dureau ; deuxième vice-président, M. le docteur Letourneau ; secrétaire général, M. le docteur Topinard ; secrétaire général adjoint, M. Girard de Rialle ; secrétaires annuels, M. le docteur Prat et M. Issorat ; conservateur des collections, M. le docteur Collineau ; archiviste, M. Vinson ; trésorier, M. Leguay.

La commission de publication se composera de MM. de Quatrefages, Mathias-Duval et Thulié.

— *Muséum.* — M. Bourgeois, docteur ès sciences physiques, est nommé préparateur de la chaire de chimie appliquée aux corps organiques, en remplacement de M. Arnaud, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Cuveiller (Charles-Alfred) est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Cuveiller (Ernest-Auguste), démissionnaire.

Sont nommés aides-préparateurs : de physique, M. Pasquier ; de pharmacie, M. Delandre ; d'histoire naturelle, M. Houriez.

M. Gand est nommé prosecteur. — M. Lequibin est nommé aide d'anatomie.

— *École de médecine de Grenoble.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1882-1883 :

Médecine. — Première année : Prix, MM. Emonet et Pelloux. — Deuxième année : Mention, M. Esprit.

Pharmacie. — Prix, MM. Berthet et Chardeyron ; mentions : MM. Brigandat, Guerrier et Repiton.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Sainton est institué suppléant des chaires de médecine.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Curie, préparateur de minéralogie, est maintenu dans les fonctions de répétiteur.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Forquignon, docteur ès sciences, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de chimie.

— *Faculté des sciences de Caen.* — Un congé d'inactivité, pour raisons de santé, est accordé à M. Lemaire, chargé des fonctions de préparateur de physique.

— *Muséum.* — M. le professeur Frémy commencera son cours de chimie inorganique le mercredi 19 décembre 1883, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre, rue de Buffon, 63, et le continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure. Il exposera les propriétés générales des métaux classés en familles ; il insistera sur les applications de la chimie aux sciences naturelles.

Des conférences auront lieu deux fois par semaine, et les manipulations chimiques auront lieu tous les jours de midi à cinq heures, dans le laboratoire de chimie du Muséum, sous la surveillance du professeur, de l'aide-naturaliste et des préparateurs.

Les élèves qui désirent prendre part aux manipulations devront se faire inscrire immédiatement au laboratoire de M. le professeur Frémy, au Muséum.

— Dans notre dernier numéro nous annoncions une recrudescence du choléra à Alexandrie ; aujourd'hui nous apprenons qu'il vient d'éclater également dans la haute Égypte, à Siout, et dans les localités voisines de cette ville.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Pellarin, ancien chirurgien de la marine. Ses obsèques auront lieu demain samedi, 15, à midi, à Saint-Pierre de Montrouge.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15467.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA CLINIQUE. Leçon d'ouverture : L'obstétrique et la clinique d'accouchements. — HÔTEL-DIEU DE MARSEILLE. Note sur un cas de calculs extra-urétraux chez la femme. — Réflexions générales sur l'hypnotisme ; sensibilité, impressionnabilité et contractures réflexes à l'état de veille. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. PAJOT.

LEÇON D'OUVERTURE.

L'obstétrique et la clinique d'accouchements.

En prenant aujourd'hui possession de la chaire de clinique d'accouchements, je ne vous ferai point de discours, je me bornerai à exposer devant vous le programme que j'ai l'intention de suivre dans l'enseignement dont je suis chargé ici.

Un préjugé que nous rencontrons encore répandu dans le monde est celui qui consiste à considérer l'obstétrique comme une partie des plus étroites, des plus bornées de la médecine. Or ce préjugé est absolument faux, tant au point de vue théorique qu'au point de vue dogmatique.

Après les progrès accomplis depuis le commencement du siècle, l'obstétrique est, au contraire, un champ si vaste qu'il peut se diviser en plusieurs branches, dont chacune nécessiterait une étude à part et pourrait occuper la vie d'un homme.

Ainsi, peut-on nier que l'embryogénie fait partie de l'obstétrique et que, pour la bien connaître, il faille faire de l'embryogénie comparée ? Non, et certains hommes y ont consacré leur existence entière. Il en est de même de la tératologie, à laquelle un savant des plus éminents, — vous avez tous son nom sur les lèvres, — a consacré une partie de sa vie et sur laquelle il a publié, en trois gros volumes, un traité des plus remarquables. La tératologie est encore une branche que nous devons connaître. N'en devons-nous pas dire autant de la médecine légale dont plusieurs chapitres, celui des avortements notamment, nous appartiennent aussi. Enfin c'est la gynécologie que l'on peut diviser : 1° en gynécologie purement médicale, qui a trait aux maladies des femmes ; 2° en gynécologie chirurgicale, par l'intervention qu'elle réclame ; et 3° en gynécologie obstétricale qui a rapport à la reproduction, à la stérilité, cette maladie des riches, que par suite l'on ne voit que peu à l'hôpital, les pauvres venant rarement nous consulter pour elle.

Quelle somme donc de connaissances n'est-il pas nécessaire à l'accoucheur de posséder? Vous voyez donc bien que le préjugé qui veut de l'obstétrique faire une partie des plus étroites de la médecine est un préjugé faux au point de vue théorique. Il n'est pas plus vrai au point de vue clinique.

En effet, ici encore, les sujets sont variés et complexes. C'est la physiologie de la grossesse, de la gestation ; physiologie, direz-vous, qui n'est pas difficile à connaître. Eh bien ! c'est encore là une erreur. Je puis vous en donner des exemples. Il y a vingt-cinq ans, une femme était amenée à l'une des Sociétés les plus célèbres de Paris, — la Société de chirurgie, — pour un cas difficile. Presque tous les membres présents l'examinent et se prononcent pour l'existence d'une grossesse extra-utérine et la nécessité d'une opération. Cependant quelques confrères éprouvant des doutes, on propose d'en référer à Paul Dubois. Celui-ci arrive, voit la femme, l'examine à son tour et reconnaît une grossesse utérine pouvant se terminer seule et naturellement. On patiente, on temporise, bref on attend si bien que le terme de la grossesse arrive et que la femme accouche parfaitement.

Un autre exemple : M. Tarnier et moi, nous sommes appelés un jour à l'Hôtel-Dieu, — ceci se passait en 1860, — auprès d'une femme qui était entrée dans le service d'Horteloup. Tous les médecins et chirurgiens de l'hôpital l'avaient vue : les uns disaient qu'elle était enceinte ; les autres, qu'elle ne l'était pas. A notre tour, nous l'examinons avec attention et nous nous prononçons pour une grossesse de plusieurs mois. La femme se récrie, déclare formellement qu'elle n'est pas enceinte, que d'ailleurs depuis quatre ans elle n'a pas eu de rapports avec des hommes. « Gardez-la dans votre service le temps voulu, dis-je à Horteloup, et je veux qu'on me coupe la tête si elle n'accouche pas dans tant de mois. — Eh bien ! vous pouvez être certain qu'on vous la coupera », s'écrie-t-elle. Et... cinq mois plus tard, elle accouchait à terme ! déclarant encore qu'elle ne savait pas comment cela pouvait se faire. « Ce n'est pourtant pas par l'opération d'en haut », lui dis-je ! Enfin, pressée de questions, elle finit par avouer que certain soir... en remontant de la cave... — elle était domestique, — elle se sentit prise par la taille par un garçon marchand de vin qui la poursuivait depuis longtemps, et que, ma foi, en une seconde... Elle ne croyait cependant pas avoir crié trop tard ! ! !

Comme c'est facile, la grossesse ! n'est-ce pas ?

Il y a donc des cas d'une difficulté extraordinaire, même pour les plus compétents. Je vous citerai encore deux observations assez lointaines, appartenant à deux hommes qui ont joui d'une très grande notoriété et justement acquise.

Dans la première, il s'agit d'une femme se plaignant de souffrir de quelque chose du côté du bassin. C'était à la Charité; le chef du service, —pourquoi du reste ne pas dire son nom? — Cruveilhier, croit reconnaître la présence d'un abcès : il donne un coup de bistouri et il sort... du liquide amniotique et un fœtus de trois mois! Peu de jours après la femme succombait et Cruveilhier, au désepoir, jurait que de sa vie, désormais, il ne toucherait un bistouri. Dans le second cas, il s'agit d'un coup de trocart donné dans un utérus gravide pris par le chirurgien pour un kyste.

Comme c'est facile, la grossesse! n'est-ce pas? Et comme à côté de grossesses certainement faciles, il en est qui présentent parfois des difficultés inouïes!

Dans l'obstétrique, nous avons donc à étudier la grossesse physiologique, puis l'accouchement physiologique aussi. L'accouchement, c'est comme les traits du visage, c'est toujours la même chose et cependant cela ne se ressemble jamais. L'étude en sera faite ici désormais complètement; de telle sorte que nous ne trouvions plus de ces jeunes docteurs embarrassés comme celui que je rencontrais dernièrement auprès d'une femme en couches et qui me déclarait en toute franchise qu'il n'avait jamais vu faire un seul accouchement. Désormais donc si les jeunes médecins n'en ont pas vu, c'est qu'ils ne l'auront pas voulu.

La pathologie rentre encore dans l'obstétrique : c'est d'abord la pathologie de la grossesse, c'est-à-dire l'avortement, la femme enceinte malade en raison même de sa grossesse ou de toute maladie survenant pendant le cours de celle-ci, c'est-à-dire aussi l'influence des maladies sur la grossesse et de la grossesse sur les maladies existant antérieurement; enfin ce sont les accouchements difficiles. Si samedi dernier notre clinique avait été ouverte, vous auriez pu assister à un des accouchements que l'on ne fait pas tous les jours et dans lequel M. Doléris et moi, nous épuisâmes nos forces, pendant une heure, pour débarrasser la femme du produit de la conception. Les difficultés étaient telles que les quelques élèves qui nous entouraient désespéraient de nous voir le terminer heureusement.

Si, dans la partie de la médecine opératoire qui est relative à l'obstétrique, nous sommes aujourd'hui très avancés, cependant nous ne sommes pas en droit de dire qu'il ne reste plus d'x à chercher.

Rappelez-vous que, dans notre beau pays de France, il a fallu 45 ans et 2,700 personnes écrasées pour que l'on se décidât à établir les refuges tant réclamés; enfin, cependant le progrès marche; mais avec quelle lenteur! Eh bien, j'ai mis, moi aussi, quarante années à réclamer l'institution d'accoucheurs dans les hôpitaux de Paris, et au bout de ce temps j'ai fini par obtenir gain de cause.

Notre thérapeutique est donc, comme je le disais, très avancée, et s'il reste encore quelques progrès à faire, ce que je ne nie pas, ils sont, en réalité, peu nombreux.

Une étude que comprend encore l'obstétrique, c'est celle des nouveau-nés et de ce qui peut survenir chez eux pendant les quinze premiers jours qui suivent la naissance et qu'ils passent ici. Nous aurons aussi à étudier l'allaitement des premiers jours, la question du choix des nourrices, question qui a bien son importance dans la pratique civile.

Voilà donc, en résumé, ce que nous avons à apprendre dans cette clinique. Mais par quel moyen l'apprendrons-nous? Ceci m'amène à vous parler de deux réformes à faire et que l'on a déjà commencées du reste.

La première, indispensable, est relative à l'état sanitaire. Je ne crois pas qu'il soit permis de négliger les méthodes admises partout aujourd'hui et dont M. Tarnier a eu le premier l'initiative à la Maternité : je veux parler des antiseptiques appliqués dans toute leur extrême rigueur. La clinique d'accouchements de Paris n'a pas le droit de rester au-dessous de celle des autres pays, sous peine d'être la risée de l'Europe. Les méthodes antiseptiques seront donc appliquées ici complètement, je le répète, et dans toute leur rigueur, et vous y participerez tous personnellement, car je ferai afficher dans cet établissement les instructions auxquelles vous aurez à vous conformer dans l'intérêt même des malades. Aussi j'espère bien que nous ne verrons plus de ces épidémies meurtrières d'autrefois. Du reste, rien qu'en parcourant les salles de la clinique d'accouchements, que je n'avais pas visitées depuis vingt ans, je suis stupéfait de voir combien les opérations se terminent heureusement, de constater que nous n'avons pas de ces odeurs d'autrefois, que la clinique est saine et que l'on peut presque dire qu'elle sent bon. Ce progrès, j'en suis convaincu, continuera.

Quant à la seconde réforme, voici ce que j'ai à en dire : Représentant de la Faculté de Paris, nous vous devons l'instruction à vous et aux sages-femmes; il est vrai que si, à l'heure actuelle, on n'apprend pas ici grand'chose, on y apprendra par la suite, je m'y engage. On apprendra d'abord à examiner les femmes enceintes et 240 élèves par mois pourront le faire de la manière suivante, sans qu'il en résulte aucune fatigue pour la femme. En effet, tous les deux jours nous prendrons cinq femmes enceintes, et chacune d'elles sera examinée par quatre élèves inscrits *ad hoc*, au point de vue de la grossesse, sous notre direction et celle de M. Doléris; ce qui fait, par un calcul élémentaire, 20 élèves tous les deux jours, 60 par semaine ou 240 par mois. Ceux d'entre vous qui ne répondront pas à l'appel de leur nom seront placés à la queue; ceux qui, trois fois de suite, se seront mis dans ce cas, seront rayés. Voilà pour la grossesse.

Pour les accouchements, il en sera de même que du temps de M. Depaul qui a créé ici un musée et une bibliothèque, ce dont je loue fort sa mémoire et qui avait institué comme signal à la porte d'entrée de la clinique un store rouge; il n'avait malheureusement qu'un seul défaut, c'est qu'on ne le voyait pas. Désormais on le verra très facilement, de telle sorte que, sans avoir besoin d'entrer ici, vous saurez, en le voyant baissé qu'il y a un ou plusieurs accouchements à faire dans la salle; en le voyant levé, au contraire, qu'il n'y en a pas.

Une fois la femme accouchée, les quatre élèves qui l'auront examinée pendant sa grossesse seront chargés de lui donner leurs soins, bien entendu sous notre égide, mais de telle sorte que ces élèves n'auront à faire plus tard dans leur pratique journalière que ce qu'ils auront fait eux-mêmes ici.

Quand un accouchement difficile se présentera, les premiers inscrits feront eux-mêmes le diagnostic, pourvu toutefois que cela n'offre aucun danger pour la femme, la question d'humanité devant tout primer ici.

Tels sont les éléments d'instruction, — et ils sont nombreux, vous le voyez, — que vous pourrez trouver ici chaque jour.

Le but que je poursuis, en venant occuper la chaire de clinique d'accouchements, est un but scientifique élevé, et même si j'ose le dire, jusqu'à un certain point, patriotique. Il faut que cette clinique soit l'une des mieux tenues

et que l'on y puisse venir puiser une instruction complète.

Voilà ce que je voulais vous dire dans cette première réunion.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Chapplain.

Note sur un cas de calculs extra-urétraux chez la femme.

Par M. Ferdinand Giraud,

Interne du service; aide d'anatomie et de physiologie à l'École.

I

Le 11 avril 1882 entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Catherine, une femme de quarante-cinq ans, Julienne A..., née à Paris, mariée et mère de famille, sans profession fixe. Cette femme est muette et cette circonstance nous rend difficile l'interrogatoire : cependant, au moyen de demandes et réponses écrites, nous pouvons obtenir les renseignements qui nous sont nécessaires.

Elle se plaint de souffrir du bas-ventre. M. Chapplain l'examine et remarque à la partie médiane de la vulve, au-dessous du méat urinaire, entre les petites lèvres, une tumeur de la grosseur d'un œuf, arrondie, rougeâtre, paraissant située dans la cloison urétro-vaginale, et recouverte par la muqueuse de la paroi antérieure du vagin : au toucher, elle est dure et paraît renfermer des corps étrangers que l'on sent frotter les uns contre les autres.

Une sonde est introduite par le méat et pénètre dans la vessie sans encombre ; une certaine quantité d'urine s'écoule, elle est normale, la sonde est introduite une seconde fois, mais la courbure tournée vers le bas ; elle pénètre alors par un orifice assez étroit dans l'intérieur de la poche et heurte un corps dur qui donne tout à fait la sensation d'une pierre. Un détail à noter, c'est qu'il n'y a point d'écoulement urinaire. Cette tumeur paraît ne contenir que peu ou point d'urine.

Le diagnostic s'impose donc. Nous avons là une urétrocèle contenant des calculs urinaires. D'où viennent ces calculs ? où se sont-ils formés ? sont-ils nés sur place ? quelle est leur nature, leur nombre, etc. ? Tout autant de questions que nous essayerons de résoudre.

Malgré son infirmité, la malade se prête volontiers à nos questions et elle nous apprend ce qui suit.

Il y a deux ans environ, pendant une dispute avec une autre femme, elle reçut deux coups de pied dans la région du bas-ventre ou du périnée, et, depuis cette époque, elle souffre en cet endroit. Au début, elle n'éprouvait que des souffrances légères et supportables, sans autres manifestations de la lésion qui était en train de se développer, lorsque, il y a dix mois environ, elle s'aperçut, un jour, qu'elle portait à la vulve une petite grosseur, laquelle, depuis lors, a augmenté peu à peu et est devenue la tumeur pour laquelle elle vient se faire traiter.

Cette tumeur est douloureuse, surtout dans la station debout et pendant les tentatives de coït : la malade ajoute que depuis qu'elle s'en est aperçue, ses rapports avec son mari sont devenus presque impossibles.

Ses antécédents, au point de vue d'une lithiase urinaire, sont absolument nuls. Avant l'accident auquel elle fait remonter le début de la maladie, elle n'avait jamais rien éprouvé d'anomal du côté des organes urinaires. Jamais de souffrances dans les lombes, sur le trajet des uretères ou du côté de la vessie. Jamais de troubles du côté de la miction ou des urines ; elles sont toujours restées claires et limpides, sans dépôts, sans graviers. Jamais d'hématurie, enfin aucun symptôme pouvant faire penser à une diathèse calculeuse.

L'opération est faite le 24 avril. M. Chapplain pratique l'extraction des calculs par le procédé de la dilatation brusque. La malade est anesthésiée par le chloroforme ; un spéculum uni est introduit par le méat urinaire qu'il dilate jusqu'à 1 centimètre et demi environ, puis il extrait les calculs avec une pince à polype. Ils sont au nombre de 5, à forme polygonale, à facettes curvilignes concaves ou convexes et se correspondant les unes aux autres. Le plus gros a 22 millimètres de long et 18 de large : le plus petit est de la grosseur d'une graine d'orange. Leur poids total est de 12gr100. Ils sont mous, friables, blanchâtres : à la coupe, on remarque qu'ils sont formés de couches concentriques toutes analogues : on obtient ainsi une poussière semblable à de la craie : en effet, l'analyse chimique faite par M. Caillol de Poncy, professeur à l'École, montre qu'ils sont formés de phosphate de chaux et d'une petite quantité de carbonate de chaux.

Les suites de l'opération sont bonnes : la malade ne mange pas de toute la journée et reste, évidemment, sous l'influence du chloroforme, dans un état de malaise général ; mais le lendemain, ce malaise a cessé : il n'y a pas de réaction fébrile, elle se plaint seulement d'une légère douleur pendant la miction. Le surlendemain de l'opération, le 26 avril, elle se sent encore toute brisée et trop faible pour se lever. Mais la fièvre est toujours nulle, l'appétit revient et l'état général est bon. La tumeur est bien revenue sur elle-même, on la sent dure, petite et ratatinée : la malade n'a pas perdu ses urines, nous dit-elle, ses draps ne sont pas mouillés ; il y a eu seulement un léger écoulement du sang ; la douleur pendant la miction a augmenté et persiste pendant quelques jours encore, puis elle diminue, et la convalescence, si c'en est une, ne présente à considérer que l'apparition des règles à leur époque naturelle, le 30 avril, un peu de constipation et un léger écoulement d'urine. La malade sort le 5 mai de l'hôpital.

La rareté de l'affection qui nous occupe, nous a engagé à faire quelques recherches au sujet des calculs de l'urètre ou de ceux qui se forment dans une cavité dépendant de ce canal.

Les calculs de l'urètre chez l'homme sont assez fréquents : on en cite d'assez nombreux exemples, formés surtout autour de corps étrangers venus du dehors ou de pierres venues de la vessie. Chez la femme, un calcul de l'urètre sera toujours une curiosité pathologique : on comprend facilement que la brièveté du canal et sa dilatabilité sont des conditions très défavorables pour l'arrêt d'un corps quelconque dans sa cavité ; le moindre flot d'urine l'expulsera et l'empêchera ainsi de se recouvrir de couches calcaires et de former un calcul.

Quant aux pierres formées dans des cavités anomales dépendant de l'urètre, on en a quelques exemples chez l'homme. Nous n'en avons pas trouvé d'observations chez la femme, et c'est ce qui nous a engagé à faire quelques recherches au sujet de la formation de ces calculs, de leur développement et des moyens curatifs de la lésion.

Comment donc s'est formée la poche qui les renferme ? Comment se sont formés les calculs ? Tels sont les deux questions les plus importantes. Pour résoudre la première, écoutons ce que dit M. Simon-Duplay dans son étude sur les maladies de l'urètre chez la femme (1) :

« La lésion caractérisée par le développement, sur le trajet de l'urètre, d'une tumeur liquide en communication avec ce canal et donnant accès à l'urine n'a pas encore été étudiée. Les auteurs n'en parlent pas. Quelques faits ont été recueillis par Foucher, Gillette, Priestley, Simon. Ce sont des observations de tumeurs pleines d'urine, dont un des principaux symptômes consistait dans la sortie de l'urine pendant les rapports sexuels et dans la station debout : la femme, à ces moments-là, se sentait toute mouillée. Ces tumeurs pouvaient être soit une dilatation partielle de l'urètre, soit une cavité accidentelle creusée dans l'épais-

(1) *Archives de médecine*, juillet 1880.

seur des tissus péri-urétraux. Quel est le mode de développement des tumeurs de la dernière variété? Sont-elles congénitales, comme le pense L. Tait? Ce n'est pas probable, car elles apparaissent toujours entre vingt-cinq et cinquante ans et jamais dans la jeunesse. Sont-elles causées par l'ouverture dans l'urètre d'un kyste sébacé de sa paroi, comme c'est l'avis de Priestley? Ce fait doit être très rare et ne paraît pas démontré. Je suis donc porté à croire, ajoute M. Duplay, que l'affection a été le résultat d'une lésion accidentelle de la paroi inférieure de l'urètre, dans la production de laquelle la grossesse et surtout l'accouchement ont eu une large part. J'expliquerais volontiers le mode d'action de l'accouchement dans la production de la lésion en disant que la compression et le tiraillement de l'urètre lors du passage de la tête ont eu pour conséquences un affaiblissement ou le relâchement de la paroi inférieure du canal, d'où résulte soit la dilatation simple, soit une éraillure ou une déchirure limitée de cette paroi, permettant la sortie d'une petite quantité d'urine et la formation d'une poche urineuse. »

Telle n'est pas l'opinion de M. Tillaux qui, dans son *Traité d'anatomie topographique* (1), fait remarquer « que la cloison urétro-vaginale est très épaisse surtout en haut, où elle ne mesure pas moins d'un centimètre, qu'elle s'amincit en se rapprochant du méat et qu'il est rare qu'elle soit déchirée pendant l'accouchement, car elle échappe à la pression de la tête ».

Certes, le cas qui nous occupe n'est pas fait pour éclairer le sujet, car l'accouchement n'est pas ici la principale cause de la fissure initiale. Cette femme a eu plusieurs couches, il est vrai, et ces accouchements, si nous admettons l'opinion de M. Duplay, sont venus causer peu à peu un état de relâchement et d'affaiblissement du canal, qui a dû le rendre susceptible de se déchirer ou se contusionner bien facilement au moindre traumatisme. Mais l'accident qui lui arriva, il y a deux ans, ne doit-il pas être mis en première ligne pour donner la raison du fait? Ce coup de pied qu'elle reçut dans la région périnéale ne suffit-il pas pour expliquer une contusion du périnée et par suite une déchirure de l'urètre? Cette déchirure a été le point de départ d'un épanchement d'urine dans les tissus péri-urétraux, épanchement qui a augmenté peu à peu et a fini par former une véritable tumeur liquide enkystée.

Une observation citée dans l'ouvrage de MM. Voillemier et Le Dentu (2) présente une analogie frappante avec celle qui nous occupe. « M. Pierceau enleva à un pilote une pierre dans le scrotum, et dont la cause présumée était un coup de pied reçu six ans auparavant : il jugea avec beaucoup de fondement que le canal de l'urètre avait souffert une contusion qui donna lieu à une ouverture par laquelle l'urine s'était fait jour dans le tissu cellulaire et qu'elle y avait formé cette pierre par addition successive de couches tartreuses les unes sur les autres. »

D'autres faits pourraient nous expliquer la déchirure de l'urètre et la formation consécutive de la poche, si nous n'en connaissions déjà la raison. Pendant une séance de lithotritie, par exemple, on est exposé, en retirant l'instrument, à laisser, implantés dans les parois du canal, des petits fragments de pierres qui les déchirent, d'où formation de poches urineuses. L'onanisme ne pourrait-il pas aussi être incriminé? Les femmes qui ne peuvent mettre aucun frein à leur malheureuse passion, n'emploient-elles pas tous les moyens de la satisfaire? N'a-t-on pas mille exemples de corps étrangers de toutes natures, introduits dans l'urètre dans un but coupable et pouvant amener des déchirures de ses parois?

Mais ici rien de tout cela : pas de lithiase, pas d'opération antérieure chez notre malade. Son âge, sa situation de mère de famille, éloignent la supposition d'onanisme.

(1) Tillaux, *Anatomie topographique*, page 834.

(2) Voillemier et Le Dentu, *Traité des maladies des voies urinaires* (1868), p. 502 et suiv.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR L'HYPNOTISME.

SENSIBILITÉ, IMPRESSIONNABILITÉ ET CONTRACTURES RÉFLEXES A L'ÉTAT DE VEILLE ET DANS LES DIFFÉRENTES PÉRIODES DU SOMMEIL PROVOQUÉ.

Par M. Paul Magnin.

Je demande la permission d'exposer les résultats de quelques expériences que j'ai eu l'occasion de faire sur des malades hystéro-épileptiques du service de mon maître M. Dumontpallier. Ces expérience n'ont, il est vrai, que peu ou point de rapports entre elles, mais, chacune en soi, présente peut-être quelque intérêt.

1° Sur les nombreuses malades qu'il nous a été donné d'hypnotiser, nous avons, mon maître et moi, fait à diverses reprises la remarque suivante : Lorsque nous voulions les placer d'emblée (par un procédé classique) dans la période léthargique du sommeil provoqué, il nous arrivait souvent de les faire passer par la phase cataleptique, et cela surtout lorsqu'il s'agissait de sujets présentant quelque résistance aux manœuvres hypnogéniques. Même observation avait du reste été faite déjà par d'autres expérimentateurs (1).

Voulant un jour produire la léthargie d'emblée chez une malade, je lui appuyais sur le vertex (ce moyen chez elle réussissait très bien). Quelqu'un étant venu me parler, je cessai la pression et laissai là ma malade. Lorsque je revins auprès d'elle, je constatai qu'elle était endormie, mais en somnambulisme. Tenant compte de la remarque que je viens de dire plus haut, je me demandai si le fait ne tenait pas simplement à l'insuffisance de durée de l'action hypnogénique. Je touchai alors à nouveau le vertex de la malade, et, continuant la pression un instant, je la vis passer du somnambulisme en catalepsie et de la catalepsie en léthargie. Ainsi, chez cette malade, au moyen d'une même excitation, j'avais pu produire successivement les différents degrés du sommeil provoqué.

Même tentative sur d'autres sujets et, quel que fût d'ailleurs le procédé employé pour les endormir, même résultat.

En somme, chez les malades que nous avons observées, mon maître et moi, depuis l'état de veille jusqu'à la léthargie, nous avons pu constater tous les intermédiaires en passant, du moins au plus, d'abord par l'état somnambulique, puis par l'état cataleptique. Chez elle, la somniation provoquée s'est toujours montrée comme une névrose expérimentale à plusieurs degrés et ces différents degrés ont paru dépendre du rapport existant entre les fonctions obscurcies ou abolies et les fonctions persistantes ou excitées.

D'ailleurs entre les états que l'on a appelés francs (somnambulisme, catalepsie, léthargie), on en a observé d'autres que, par opposition, on a désigné sous le nom d'états mixtes (2). Ce ne sont là que des phases intermédiaires, les traits d'union entre les précédents et en résumé tous les différents états décrits dans l'hypnotisme ne sont que les différents degrés d'une même affection entre lesquels il ne saurait y avoir de transition brusque. L'hypno-

(1) P. Richer, *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie*. Paris, 1881, p. 380.

(2) Dumontpallier et Magnin, C. R. de la Société de biologie, 1882, p. 202.

tisme, d'après cela devrait être considéré comme un processus essentiellement progressif.

Si d'ailleurs le fait que nous énonçons n'est pas évident au premier abord, c'est que l'établissement d'une période de l'hypnotisme s'effectue avec rapidité et est d'une observation souvent fort difficile. Cela est si vrai que pendant des mois j'avais placé la malade dont je viens de parler, d'emblée, en léthargie par pression du vertex; et comme ce sujet était très sensible et, que d'autre part, la pression que je produisais était suffisante et, par habitude, peut être toujours à peu près la même, je n'avais pas vu que dans chaque expérience, elle devenait d'abord somnambule, puis cataleptique et alors seulement léthargique.

Le problème (sur nos malades) s'est donc trouvé réduit à une simple question de durée et d'intensité d'action en même temps que d'impressionnabilité plus ou moins grande du sujet.

Ce qui précède est du reste en rapport avec les idées émises au sujet du somnambulisme spontané et l'ordre dans lequel se montrent probablement, d'après MM. Ball et Chambard, les phénomènes qui constituent ce trouble fonctionnel du système nerveux, n'est pas sans me confirmer quelque peu dans ma façon de voir (1).

2° En répétant sur mes malades l'expérience classique, je dirai volontiers de la contracture latente, expérience qui, je n'ai pas besoin de le rappeler, est due à MM. Brissaud et Ch. Richet (2), j'ai constaté le fait suivant :

Lorsqu'on excite la surface cutanée du membre anémié, la contracture ne se produit pas dans ce membre (c'est là le fait connu), mais elle peut se montrer dans le membre du côté opposé. Seuls entrent en contracture les muscles qui sont sous-jacents à la région cutanée homologue de celle excitée sur le membre anémié. On peut alors faire cesser la contracture soit en agissant directement sur la zone cutanée correspondant aux muscles contracturés, soit en portant de nouveau l'excitation sur le point même primitivement excité. Le fait se produit d'une façon d'autant plus constante qu'on a eu soin de placer les deux membres sur lesquels on expérimente dans une position symétrique l'un par rapport à l'autre. Cette dernière remarque est d'ailleurs en rapport avec ce qu'a appris l'expérimentation sur les animaux (3).

Les résultats sont les mêmes, que l'expérience soit faite à l'état de veille ou en état d'hypnotisme (spécialement dans la période léthargique).

Remarque de détail : La contracture produite dans ces conditions est douloureuse à l'état de veille et donne aux malades une sensation de crampe très forte ; en état de somniation, au contraire, cette même contracture, quoique tout aussi intense, n'est nullement douloureuse. De plus, la malade, à l'état de veille comme en somnambulisme, extériore la sensation de l'excitant du côté contracturé, c'est-à-dire du côté opposé à celui sur lequel a porté l'excitation.

Dans ces expériences, il ne s'agissait que d'une excitation cutanée aussi minime que possible, la tête d'une épingle, par exemple, effleurant l'épiderme le plus légèrement possible.

3° Dans une de nos premières communications sur l'action des métaux dans l'hypnotisme (décembre 1881), M. Dumontpallier attirait l'attention de la Société sur les contractures d'ordre réflexe, qu'il était possible de produire chez les hystéro-épileptiques hypnotiques par excitation du tégument.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler ici que, ces contractures, nous les avons observées aussi bien à l'état de veille que dans toutes les périodes de l'hypnotisme (4) ; mais je tiens surtout à insister sur ce fait que, dans la période léthargique, le point de départ de l'excitation, dans toutes les expériences, a toujours été nettement cutané. Loin de moi la pensée de nier qu'il soit possible d'obtenir des contractures dont le point de départ soit l'excitation des nerfs sensitifs des muscles. Pour MM. Charcot et Richer (voir *Archives de neurologie*), c'est là, vous le savez, le mécanisme des contractures qu'ils ont décrites sous le nom d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Ce phénomène, ils le considèrent comme une exagération du réflexe tendineux et en font le caractère principal de la période léthargique de l'hypnotisme.

Mais il n'en est pas moins net que pour ce qui est de mes expériences, ce mécanisme ne saurait être invoqué. Je me souviens, entre autres faits, qu'un jour que je répétais quelques expériences sur une malade placée, par un procédé classique, dans la période léthargique de la somniation provoquée, une mouche vint se poser sur la zone cutanée correspondant au jambier antérieur du côté gauche et ce léger attouchement détermina immédiatement la contracture de ce muscle, d'où pied bot varus équin. Je reveillai la malade; mais, à mon grand regret, le pied bot persista. M. Dumontpallier, entrant dans le service à ce moment, remit la malade en léthargie et fit disparaître immédiatement le pied bot par attouchement léger de la peau au point même où elle avait été excitée. Il me semblera toujours difficile d'admettre que la mouche ait pu, à travers la peau, percuter, frictionner ou malaxer le tendon, le muscle ou le nerf.

Sur plusieurs de nos malades, d'ailleurs, il paraît y avoir une relation étroite entre les zones cutanées sensibles et les départements musculaires qui sont susceptibles d'entrer en contracture (1). Je ne vous citerai qu'une expérience : Une de nos malades présente souvent à l'état de veille une distribution assez irrégulière de la sensibilité, et, dans ce cas (pour ne prendre qu'un point particulier), elle est sensible des faces dorsales des avant-bras, anesthésique des faces palmaires ; sensible de la partie antérieure du thorax à gauche, anesthésique de la même région du corps à droite. Dans ces conditions, il n'est possible de provoquer la contracture que dans les muscles correspondant aux zones cutanées sensibles. Cela étant, je place la malade en léthargie. Je remarque alors que la contracture ne peut être produite que dans les mêmes muscles qu'à l'état de veille. Il y a donc maintenant sensibilité inconsciente ou, pour être plus correct, impressionnabilité cutanée sensitive là où, à l'état de veille, il y avait sensibilité.

Si alors, par un procédé quelconque, je transfère cette impressionnabilité cutanée de la face dorsale des avant-bras à la face palmaire et du côté gauche au côté droit de la poitrine, je ne puis plus faire entrer en contracture que les muscles correspondant à la face cutanée palmaire des avant-bras et au côté droit de la poitrine. Que si dans ces conditions je réveille la malade, je constate que les résultats restent les mêmes. J'ai donc provoqué, dans l'état léthargique le transfert de l'impressionnabilité cutanée et du même coup celui de l'aptitude à la contracture, et ce transfert persiste à l'état de veille.

La malade réveillée est sensible maintenant des faces palmaires des avant-bras, du côté droit de la poitrine et les muscles correspondant à ces régions sensibles sont maintenant les seuls susceptibles d'entrer en contracture. J'ajoute que les excitations employées ont toujours été trop minimes pour qu'il puisse être question d'irritations autres que cutanées.

Dans mes expériences, et cela aussi bien sur des malades hypnotiques qu'en dehors de toute somniation provoquée, j'ai pu obtenir des effets esthésiogènes par actions purement mécaniques faibles et répétées. J'ai réalisé de la sorte le transfert de l'impressionnabilité, de la sensibilité cutanée.

Un exemple et j'ai terminé : Une malade est à l'état de veille anesthésique totale, générale et spéciale, du côté gauche, sensible à droite. Je pique avec une épingle et à petits coups (d'une façon intermittente, mais prolongée) le côté anesthésique et au bout d'un

(1) E. Chambard, *Du somnambulisme en général*, etc. Th. Paris, 1881, p. 10.
Ball et Chambard, Art. SOMNAMBULISME, in *Dict. des sc. méd.*, 3e série, t. X, p. 332.

(2) Brissaud et Richet, *Progrès méd.*, nos 19, 23 et 24, 1880.

(3) Cayrade, *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, t. V, p. 360.

(4) C. r. Soc. de biologie, 1882, p. 147.

(1) Voir à ce sujet A. Tamburini et G. Seppeli, *Contribuzioni allo studio sperimentale dell' Ipnotismo.* Communicazione preventiva fatta al R. Instituto Lombardo nella seduta del 23 giugo 1881.

temps variable de quelques secondes, à dix, vingt minutes et plus suivant les malades, j'obtiens le transfert de la sensibilité tant générale que spéciale; que si, au lieu d'agir sur le côté anesthésique, j'ai porté ma piqûre sur le côté sensible, mêmes résultats. Ce côté devient anesthésique, tandis que le côté anesthésique recouvre la sensibilité. On pourrait dire dans ce cas que l'on obtient le transfert de l'insensibilité.

Mêmes résultats, enfin, si, au lieu d'agir sur la sensibilité générale, j'agis sur la sensibilité spéciale. La malade étant dans les conditions ci-dessus indiquées, le tic-tac d'une montre placée à petite distance de l'oreille anesthésique (bruit intermittent, mais prolongé) produira le transfert de la sensibilité spéciale et du même coup celui de la sensibilité générale.

Avec tous les excitants que j'ai employés (piqûre, frottement, chatouillement, chaleur, froid, etc.), j'ai, de plus, observé les phénomènes correspondant à ceux qui ont été décrits à propos de l'action esthésiogène des métaux, savoir : anesthésie de retour, anesthésie post-métallique et oscillations consécutives.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 décembre 1883. — Présidence de M. LABORDE.

COMMUNICATIONS

Le curare. — M. CHARLES RICHET présente, au nom de M. Stassala (de Naples), un travail sur l'action du curare dans la série animale. Il résulte des recherches de l'auteur qu'à mesure qu'on s'élève dans la série animale, on voit que l'action du curare est de plus en plus marquée.

Un monstre. — M. MATHIAS DUVAL présente un monstre non classé; c'est un agneau dont la tête offre un arrêt de développement : le bourgeon frontal à la partie supérieure, les deux bourgeons maxillaires supérieurs sur les côtés et le maxillaire inférieur à la partie inférieure sont très écartés les uns des autres; il en résulte un vaste hiatus qui constitue une véritable gueule de loup.

Des bacilles dans les crachats de phtisiques. — M. VIGNAL dit qu'on s'est demandé ce que pouvaient devenir les bacilles dans les crachats jetés par terre, foulés aux pieds, mouillés ou desséchés. Après avoir soumis des crachats de phtisiques à toutes ces causes d'altérations, M. Vignal a constaté que les bacilles contenus dans ces crachats étaient intacts et conservaient complètement leur pouvoir pathogénique.

En ayant injecté sous la peau de deux cobayes, ces deux cobayes moururent avec tous les organes tuberculeux.

La conclusion à tirer de ces recherches, c'est que les crachats de phtisiques jetés par terre sont loin d'être sans danger.

Fistules biliaires. — M. DASTRES passe en revue les différentes manières d'établir les fistules biliaires chez les animaux, pour l'expérimentation physiologique. Il fait observer qu'il ne suffit pas de lier le canal cholédoque, parce qu'au bout d'un certain temps la ligature tombe, et la bile reprend son cours normal. Il est préférable de couper le canal et, pour éviter les conséquences du traumatisme, il suffit de donner de la bile de bœuf aux chiens, ce qui leur permet de se maintenir sans perte de poids.

M. BALBIANI rappelle que la bile est un excitant du protoplasma.

M. LABORDE rappelle et discute les différents procédés mis en usage pour établir des fistules biliaires. Il fait observer à cette occasion que, même lorsqu'on a réséqué une partie du canal cholédoque, celui-ci se rétablit assez facilement.

M. DASTRES a plusieurs fois constaté ce même fait.

Des organismes inférieurs dans la suppuration. — M. STRAUS fait une communication sur le rôle des organismes inférieurs dans la production de la suppuration. Dans toutes les maladies médicales qui donnent du pus, telles que la variole, la pneumonie suppurée, les maladies infectieuses, etc., on trouve des organismes inférieurs dans ce pus. De même dans les maladies chirurgicales. Donc on pourrait dire que chaque fois qu'il y a suppuration, il y a des organismes inférieurs en jeu. Mais plusieurs auteurs allemands, ayant fait des expériences, sont arrivés à cette conclusion que, pour la production du pus, la présence d'organismes inférieurs n'est pas absolument nécessaire, et qu'on pourrait injecter sous la peau des animaux des substances dûment stérilisées sans provoquer d'abcès.

Dans le but d'éclaircir cette question, M. Straus a entrepris un certain nombre d'expériences sur des lapins, des cobayes et des rats. Afin de se mettre dans des conditions d'aseptie aussi rigoureuses que possible, il désinfecte la peau où doit porter l'injection, en la brûlant avec le thermo-cautère; il fait l'injection à l'aide d'une effilure de verre et brûle de nouveau la peau en stérilisant ainsi la plaie. M. Straus a injecté de l'essence de térébenthine, de l'huile de croton diluée dans de l'huile d'amandes douces, etc.

Avec l'essence de térébenthine, absence complète d'abcès; on trouve seulement sous la peau une petite poche remplie d'essence de térébenthine. Dans certains cas, il y a de véritables suppurations, et alors on constate toujours la présence de micrococcus. En résumé, il faut distinguer l'inflammation et la suppuration, deux phénomènes tout différents. Dans les cas où il y a suppuration, il faut l'attribuer à la présence d'organismes inférieurs.

Hystérie. — M. RICHER fait une communication sur les contractures provoquées chez les hystériques à l'état normal, en dehors de tout hypnotisme.

M. MAGNIN, à cette occasion, fait la communication suivante. (Voir plus haut.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite des décès, des mises à la retraite par application de la limite d'âge et de la création de nouveaux services, les mutations suivantes dans le service des hôpitaux de Paris ont été décidées, sauf modifications ultérieures, dans la séance de vendredi de la Société médicale des hôpitaux pour être effectuées au 1er janvier prochain :

M. Blachez passe de Necker aux Enfants-Assistés; M. Rendu passe de Tenon à Necker; M. Olivier passe de Saint-Louis aux Enfants-Malades; M. Lancereaux passe de la Pitié à Saint-Louis; M. Gouraud passe de Saint-Antoine à la Pitié; M. Dujardin-Beaumetz passe de Saint-Antoine à Cochin; M. Landrieux passe de Sainte-Périne à Saint-Antoine; M. Gérin-Roze passe de Bichat à Lariboisière.— M. Huchard passe de Tenon à Bichat.— M. Debove passe de Bicêtre aux Tournelles.

Enfin les huit médecins dont les noms suivent, passent du Bureau central dans les hôpitaux ci-après désignés :

MM. Troisier, Gaillard-Lacombe, Hanot, Du Castel, Dreyfus-Brisac, à Tenon. — M. Joffroy, à Bicêtre. — M. Labbadie-Lagrave, à la Maternité. — M. Robert Moutard-Martin, à Sainte-Périne.

— Par décision ministérielle, en date du 12 décembre 1883, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

Médecins-majors de première classe. — MM. Fournier, de la prison militaire et de la place de Lyon, pour l'hôpital de la Charité, dans ladite ville. — Carayon, du 48e d'infanterie pour la prison militaire et la place de Lyon. — Mouton, des hôpitaux de la division de Constantine, pour le 52e d'infanterie. — Le Cadre, du 136e d'infanterie, pour le 116e de même arme. — Marteau, du 17e d'artillerie, pour le 1er du génie. — Pierrot, des hôpitaux de Tunisie, pour l'hôpital du camp de Châlons.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Tanfin, des hôpitaux

de Tunisie, pour le 12e bataillon d'artillerie de forteresse. — Vuillemin, du 133e d'infanterie, pour le 19e de même arme. — Chopard, des hôpitaux de Tunisie, pour le 133e d'infanterie. — Dorange, du 106e d'infanterie, pour le 18e de même arme (provisoirement). — Bourdeloy, du bataillon du 20e d'infanterie détaché en Tunisie, pour la portion principale dudit régiment. — Sockeel, du bataillon du 25e d'infanterie détaché en Tunisie, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Riff, du bataillon du 39e d'infanterie à Givet, pour le 42e de même arme. — Fournier-Bergeron, du 3e tirailleurs algériens, pour le 39e d'infanterie. — Mignon, du 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, pour le 63e d'infanterie. — Béquin, du 63e d'infanterie pour le 3e spahis. — Audiguier, des hôpitaux de la division de Constantine, pour le 3e tirailleurs algériens. — Durand, des hôpitaux de la division d'Alger, pour le 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique. — Courtot, des hôpitaux de Tunisie, pour le 133e d'infanterie. — Bourbon, des hôpitaux de Tunisie, pour le 20e d'artillerie. — Renard, du 3e spahis pour le 15e d'artillerie. — Levêque, du bataillon du 48e d'infanterie détaché en Tunisie, pour le 2e de même arme. — Ferra, des hôpitaux de Tunisie, pour le bataillon du 48e d'infanterie détaché en Tunisie. — Clément, des hôpitaux de la division d'Alger, pour le 1er chasseurs d'Afrique. — Midon, des hôpitaux de Tunisie, pour le bataillon du 20e d'infanterie détaché en Tunisie. — Samier, du 1er chasseurs d'Afrique, pour l'hôpital de Versailles. — Coquand, du 15e d'artillerie, pour les hôpitaux de la division d'Oran. — Bimler, des hôpitaux de la division de Constantine, pour le 3e chasseurs d'Afrique. — Marix, des hôpitaux de Tunisie, pour le bataillon du 25e d'infanterie détaché en Tunisie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera son cours public d'anatomie le mardi 18 décembre 1883, à trois heures et demie, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, 2, rue Vauquelin, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15476.

N° 146. — JEUDI 20 DÉCEMBRE 1883. 56e ANNÉE. JEUDI 20 DÉCEMBRE 1883. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Histoire des Médecins arabes et de l'École de Salerne. — HÔTEL-DIEU DE MARSEILLE. Note sur un cas de calculs extra-urétraux chez la femme. — Diathèse de contracture chez les hystériques. — SÉANCE SOLENNELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CHRONIQUE. — Nouvelles scientifiques.

SEANCE SOLENNELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Véritablement les séances publiques de l'Académie de médecine deviennent maintenant par trop vides. Pas d'éloge d'un mort illustre; pas de lecture d'un caractère mi-littéraire et mi-scientifique, comme c'est la coutume d'en faire dans les sections de l'Institut : rien, en dehors du rapport général de M. le secrétaire Proust et de la proclamation des noms des lauréats.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire des Médecins arabes et de l'École de Salerne (1).

VI

Nous voici arrivés en face d'une question ardue, mais résolue en grande partie par la science moderne : Quelles ont été les voies par lesquelles la science médicale a pénétré ou est venue chez les Arabes ?

Il est certain que dans l'empire maladif de Byzance les violences politiques, ainsi que les persécutions, avaient éloigné les lettrés et les savants qui avaient émigré dans les contrées voisines ; d'autre part, la guerre sainte de l'Islam, les invasions sanglantes de soldats fanatiques, contribuaient à l'anéantissement des livres qu'il fallut retrouver ou remplacer avec beaucoup de peine dans la suite. En ce qui nous concerne, au temps de Mahomet, la littérature scientifique grecque était réfugiée en Perse, où elle était protégée par Chosroes, et en Syrie. Djondisabour avait académie et hôpital, où enseignaient des réfugiés juifs ainsi que des Nestoriens et des Jacobites.

Des traductions d'ouvrages grecs existaient en syriaque, en hébreu, en persan. On admet aujourd'hui, d'après les recherches les plus récentes, entre autres celles d'Ernest Renan, que ce sont principalement les Syriens qui ont traduit directement sur le texte grec, tandis que les autres peuples orientaux ont traduit généralement sur le syriaque; de la sorte le texte grec a passé par le syriaque pour arriver à l'arabe. Ceci est absolument vrai pour beaucoup d'écrits, mais ne s'applique pas à tout l'ensemble des traductions. Je tiens du docteur Lucien Leclerc que le grand mouvement de traduction opéré à l'instigation des Arabes et par eux, par Honeïn, par son fils Ishaq, son neveu Hobeïch, par Costa ben Luca, par Tsabet ben Corra, grands par la qualité autant que par la quantité, a pu et a dû se faire directement. Ces traducteurs savaient le grec et l'arabe; c'eût été une grande inutilité de faire un détour en passant par le syriaque. Disons toutefois que lorsque nous trouvons un ouvrage traduit directement du grec en arabe, la traduction est l'œuvre non d'un Arabe, mais plutôt d'un étranger.

Nous venons de voir que les traducteurs perses, syriens, juifs, chrétiens, ont introduit la médecine grecque chez les Arabes; mais ceux-ci ont-ils reçu de l'Inde quelques notions médicales ?

Le problème est à l'étude. Je puis vous dire à ce sujet que l'*Ayurvéda* de Suçruta n'est plus regardé comme une production d'un seul jet, mais comme un livre complexe formé de la fusion ou de l'amalgame d'œuvres diverses, à la manière des Livres hippocratiques. On avait donné tout d'abord à l'*Ayurvéda* une très ancienne origine ; Hessler la reculait au xe siècle avant notre ère ! Plus tard, on est tombé presque d'accord pour admettre que l'*Ayurvéda* de Suçruta était un corps de doctrine médicale ayant pénétré à Bagdad, au IXe siècle de notre ère, sous Almamon, à la faveur d'une traduction persane reproduite en arabe.

Haas a entrepris de démontrer que cette dernière opinion était erronée et la question a été reprise par A. Müller. Voici les pièces du débat. Je vous ai signalé avec soin, dans la littérature arabe, le livre curieux et de première importance, intitulé *Sources d'informations concernant les classes des médecins*, par Ebn abi Ossaïbiah. Le douzième chapitre traite des classes de médecins originaires de l'Inde, et renferme le passage suivant : « El Razi (Razès), dans son livre *le Continent* et dans plusieurs autres, a fait maints emprunts aux ouvrages d'un certain nombre d'Indiens, par exemple au livre de Sîrek l'Indien (nommé ailleurs Shanak), il en a fait aussi au livre de Susrud, etc. ». Les deux noms de Sîrek et Susrud avaient été identifiés avec ceux de Caraka et de Suçruta. Cette identification a été rejetée par Haas, et, pour lui, les Arabes n'ont eu, à cette époque, rien à connaître de la science mé-

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 décembre 1883.

dicale du bassin du Gange. A. Müller, étudiant de nouveau le douzième chapitre d'Ossaïbiah et ayant sous les yeux un manuscrit du Traité des poisons attribué à Sîrek, ou Shanak l'Indien, arrive à conclure que le livre de Shanak n'a pu être composé dans l'Inde, mais que l'auteur a utilisé au moins un des chapitres de l'*Ayurvéda* de Suçruta, enfin qu'il existe des concordances décisives entre les textes médicaux sanscrits et plusieurs passages du *Continent* de Razès.

En résumé le livre de Suçruta, probablement dans une forme primitive, était au VIII[e] et sûrement au IX[e] siècle aux mains des Arabes. Parmi les compilations auxquelles donnèrent naissance les livres indiens; plusieurs rédigées en persan furent traduites en arabe ; tel fut le livre de Susrud cité par Ossaïbiah. Ceux de vous qui voudraient de plus amples renseignements pourraient consulter avec fruit une étude par le docteur G. Liétard, parue dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* du 20 avril dernier, page 261.

La science médicale antique, apparaissant aux yeux des Arabes, les frappa d'admiration ; ce fut un véritable éblouissement. Les contingents fournis par la Perse et par l'Inde ont peu d'importance : c'est la médecine grecque qui domina chez les Arabes d'une manière exclusive et durable. Leur initiation est un fait unique dans l'histoire médicale ; elle fut soudaine et en très peu de temps complète dans toutes ses parties, provoquée par une foule d'hommes saisis d'enthousiasme, ayant à leurs gages des traducteurs qu'ils rémunéraient magnifiquement.

Je dois expressément vous rappeler que, dans tous les ouvrages arabes médicaux dont je vous ai donné une idée, dans les Commentaires, dans les compilations, dans les livres d'une forme plus originale, c'est la médecine grecque qu'on trouve constamment. N'en exceptez pas la chirurgie d'Abulcasis regardée comme infiniment plus originale que sa médecine. Le professeur Charles Daremberg, qui a pris la peine de confronter ligne par ligne cette chirurgie avec celle de Paul d'Égine, a reconnu que presque tous les chapitres sont un remaniement du livre de Paul, traduit lui-même antérieurement en arabe. Les chapitres d'Abulcasis sur la cautérisation sont empruntés à la chirurgie courante des médecins vulgaires ou toubibs. La botanique d'Ebn el Beithâr est aussi en grande partie extraite de la collection médicale d'Oribase, ainsi que l'a constaté Lucien Leclerc. Avenzoar, dans son *Teïssir,* a travaillé avec des documents presque tous perdus ; il est l'écho des anciens médecins, il appelle leur témoignage constant sous sa formule *Dicunt medici.* En définitive, c'est par un abus de langage qu'on a pu dire : la médecine arabe, car c'est toujours la médecine grecque presque seule, qui a été enseignée et pratiquée dans les khalifats d'Orient et d'Occident.

Il y a plus ; je suis persuadé qu'on pourra, dans l'avenir, combler des lacunes de la médecine grecque avec des documents arabes, car beaucoup d'écrits disparus pour nous ont été à la disposition des écrivains des khalifats. Quand les manuscrits des bibliothèques espagnoles seront mis au jour, ils seront fort utiles, non point pour la médecine arabe qui, je le répète, n'existe pas réellement, mais pour la médecine grecque d'où ils proviennent.

Si l'esprit d'initiative faisait défaut chez les Arabes, il ne faudrait pas croire leur culture intellectuelle peu élevée ou négligée. Loin de là ; une imagination ardente et une curiosité insatiable leur a fait délaisser les prescriptions de Mahomet contre l'étude profane et en raison de la pente naturelle vers la chose défendue. L'instruction nationale littéraire avait fait les progrès les plus rapides ; il fut un moment où les Arabes furent passionnés pour toute espèce de professeur et pour toute espèce de leçon, leur envie de savoir et de connaître poussée de la sorte à l'extrême. Remarquez-le bien, cet enthousiasme s'est peu à peu éteint, les étrangers traducteurs, les derniers médecins philosophes, n'ont pas exercé une influence décisive. Le fatalisme devait opposer une barrière aux efforts vraiment scientifiques. Aussi, quand la source étrangère a été épuisée, les acquisitions nouvelles ont-elles été faibles ou nulles. C'est que le peuple musulman, à toutes les époques, a préféré le rebouteur ou le magicien, comme le toubib de nos jours. La science médicale a été admirée par les grands et les lettrés, elle a été dédaignée par le vulgaire.

L'essor arabe a été merveilleux et rappellera toujours une mémorable époque. Les légendes, les contes des *Mille et une Nuits* plaisent et séduisent par leur charme oriental. L'histoire, avec sa calme impartialité, les réduit à leur valeur ; elle reconnaît qu'il n'y a pas eu de médecine arabe, comme elle a jugé dans Haroun al Raschid, souverain, tour à tour brave, magnifique, libéral, bienfaiteur de ses peuples, l'homme perfide, capricieux, ingrat, ayant montré d'injustes défiances, des goûts bizarres, d'inexplicables caprices. Haroun personnifiait la domination arabe, raffinée, despotique.

Les philiâtres arabes comme ceux d'Alexandrie et de Rome admiraient la médecine ; mais quand il arriva que le khalifat de Bagdad fut esclave sous une garde turque, quand le khalifat de Cordoue, démembré par les guerre, tomba pièce par pièce, la science médicale s'amoindrit. Il y a plus, elle redevint primitive et populaire : le brillant essor arabe avait pris fin sans retour.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Chapplain.

Note sur un cas de calculs extra-urétraux chez la femme (1).

Par M. Ferdinand Giraud,

Interne du service; aide d'anatomie et de physiologie à l'École.

II

Comment, maintenant, se sont formés les calculs ? C'est la seconde question que nous nous sommes proposé de résoudre.

Si nous ouvrons l'ouvrage de Voillemier, nous y trouvons, à propos des corps étrangers de l'urètre, qu'il en reconnaît trois espèces, et que ceux de la deuxième espèce sont formés dans l'urètre ou dans une cavité communiquant avec lui.

C'est le célèbre Louis qui en a parlé le premier, nous dit-il ; « il se forme, plus souvent qu'on ne le croit communément, des pierres par l'urine infiltrée d'une manière particulière dans les cellules du tissu graisseux qui avoisine les réservoirs et canaux naturels de cette liqueur. » Il cite plusieurs malades opérés de la pierre et chez qui on trouva des fragments calcaires dans le périnée.

Il serait inutile de réfuter cette étrange théorie d'après laquelle l'urine pénétrerait dans les tissus comme par imbi-

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 décembre 1883.

bition et s'épaissirait dans les cellules graisseuses, de manière à former des calculs.

Les faits analogues à ceux de M. Pierceau sont assez rares : on trouve aussi des calculs chez les opérés de la taille ; leur noyau doit être un fragment de pierre resté dans les lèvres de la plaie ; cependant on ne peut contester que dans tous les points où l'urine séjourne, elle a une grande tendance à former des dépôts.

Cette opinion se retrouve dans tous les auteurs qui se sont occupés de l'urine et des dépôts urinaires. « Dans les calculs formés spontanément, la stagnation de l'urine est une cause de la formation du noyau. Toutes les fois que l'urine devient alcaline, des sédiments de phosphate terreux se précipitent, la fermentation qui s'établit alors, faisant rapidement avec l'urée du carbonate d'ammoniaque, ne tarde pas à rendre toute la masse du liquide alcalin ; le phosphate de chaux, qui n'est soluble que dans une urine acide ou neutre, se précipite : ainsi se forment les calculs de phosphate de chaux (1). »

« Je noterai encore, dit plus loin M. Voillemier, la composition chimique : jamais je n'ai rencontré de dépôt formé dans le canal qui ne fût exclusivement composé de phosphate de chaux ; les concrétions vésicales, au contraire, sont constituées par les éléments les plus divers, et le plus souvent par de l'acide urique. Il résulterait de là que quand le calcul trouvé dans l'urètre présenterait un noyau d'acide urique oxalique ou autre, de phosphate ammoniaco-magnésien, d'oxalate de chaux, etc., avec une enveloppe de phosphate calcaire, on pourrait affirmer qu'il s'agit d'un calcul de la vessie; que si le calcul était entièrement de phosphate de chaux, on devrait présumer qu'il se serait formé dans l'urètre. »

Leroy d'Étiolles (2) cite, lui aussi, quelques observations de pierres formées par l'infiltration de l'urine après une taille ou après une déchirure accidentelle de l'urètre; dans tous les cas, les calculs étaient phosphatiques.

Il est facile de comprendre, d'après tout ce qui précède, le mécanisme de la formation de la pierre dans le cas qui nous occupe. Il y a eu d'abord formation d'une poche urineuse ; l'urine qui y séjournait devenant alcaline, il y a eu précipitation de phosphates ; ces petits graviers formés sur place ont été les noyaux autour desquels sont venues se déposer de nouvelles couches phosphatiques. La coupe d'une de ces pierres le fait bien voir du reste ; toutes les couches sont homogènes, toutes sont friables, blanchâtres, analogues à de la craie ; ce n'est pas là l'aspect des pierres dures et brunâtres d'acide urique ; le centre lui-même ne diffère ni comme couleur ni comme aspect des couches périphériques, ce qui est bien une preuve de la formation sur place de ces calculs. Nous venons de voir en effet que les concrétions vésicales sont constituées le plus souvent par des noyaux d'acide urique ou oxalique ; on aurait retrouvé trace de ces matières à l'analyse, si le calcul était venu de la vessie ou des reins.

Du reste, rien dans les renseignements donnés par notre malade n'avait fait supposer une lithiase rénale, ou une diathèse urique, qui, comme le fait remarquer le docteur Paul Hybord (3), sont beaucoup plus rares que chez l'homme ; c'est sans contredit à cette immunité relative qu'il faut attribuer la rareté des calculs dans le sexe féminin. Chez la femme, en effet, la gravelle, la goutte, sont des faits presque exceptionnels et se manifestent souvent par des désordres d'une autre nature, des névroses par exemple. Aussi, chez elle, la pierre consécutive à un grain calculeux s'observera-t-elle exceptionnellement.

Le genre d'affection qui nous occupe présente peu de symptômes fonctionnels. Phillips, qui est le seul auteur où nous ayons vu la question traitée d'une façon spéciale, note bien « quelques douleurs passagères et plus ou moins vives, et de légers troubles dans la miction, rarement de la rétention d'urine, quelquefois de l'incontinence ; ces troubles urinaires sont probablement sous l'influence d'une cystite de voisinage (1). »

Nous n'avons rien noté de semblable chez notre malade qu'une gêne un peu douloureuse par suite de la présence de la tumeur à l'orifice vulvaire. Cette tumeur sera toujours contenue dans la paroi urétro-vaginale, car c'est elle qui est la plus exposée aux traumatismes ou aux diverses causes de fissures, et l'urine ne séjournerait pas dans une cavité formée au-dessus de l'urètre aux dépens de la paroi supérieure. C'est surtout à l'examen par la vue et le toucher que l'on reconnaîtra la présence des calculs, et on ne peut faire erreur sur la nature de la lésion. Tout au plus serait-il de quelque utilité de faire le diagnostic différentiel entre une urétrocèle et une cystocèle.

Mais le lieu d'implantation ferait reconnaître d'où dépend la poche ; elle appartient à l'urètre, si elle se trouve à la partie inférieure du vagin, juste derrière le méat, entre les petites lèvres ; elle dépend de la vessie si elle est située plus profondément dans l'intérieur. Un autre moyen de diagnostic est le cathétérisme de la poche ; si l'on introduit une sonde dans la tumeur, la cystocèle donnera un peu d'urine ; en sondant la tumeur urétrale on n'aura pas d'écoulement urinaire.

Quant au diagnostic étiologique, ce que nous avons dit de la composition chimique de ces calculs nous montre qu'on le fera facilement après l'opération par l'examen des pierres extraites. Il y aura de grandes chances pour qu'une pierre toute composée de phosphate ou de carbonate de chaux se soit formée sur place, tandis qu'un calcul à noyau urique ou oxalique viendra très probablement de la vessie ou du rein.

Les auteurs qui se sont occupés des calculs de la vessie tant chez l'homme que chez la femme, ont eu à étudier et à comparer entre elles les diverses méthodes proposées pour l'extraction, je veux dire la dilatation, la lithotritie et la taille ; toutes ont des avantages et des inconvénients, toutes ont des indications et des contre-indications. Mais ici l'une d'elles prime les deux autres. Pourquoi, en effet, dans le cas qui nous occupe, aller proposer la taille ou la lithotritie lorsque la dilatation suffira certainement ?

Dans l'extraction d'un calcul vésical, le grand inconvénient de la dilatation est l'incontinence d'urines consécutive ; mais c'est le seul, et encore cette incontinence n'est pas bien prouvée : sur dix cas que nous avons cités dans la thèse de P. Hybord, trois seulement présentèrent cette complication, et encore sur ces trois cas deux fois elle ne fut que passagère et cessa au bout d'un certain temps. A quoi est-elle due ? Évidemment à ce que le sphincter vésical est

(1) *Dictionnaire de Jaccoud.* Formation des calculs.

(2) *Traité de la gravelle.*

(3) Paul Hybord, *Des calculs de la vessie chez la femme et les petites filles.* Thèse, Paris, 1872.

(1) Ch. Phillips, *Traité des maladies des voies urinaires*, 1860.

intéressé et dilaté outre mesure et ne peut revenir tout à fait à son état normal, du moins provisoirement. Mais ici le sphincter n'est pas intéressé par l'instrument; la dilatation ne porte que sur la partie antérieure de l'urètre, et si quelques pertes d'urine persistent après l'opération, il faut les mettre sur le compte d'un peu de cystite ou d'atonie du muscle.

Pourquoi donc, lorsqu'on a à sa disposition une méthode si simple, si rapide et si inoffensive, aller tenter la lithotritie ou la taille, qui toutes deux exposent à des accidents autrement sérieux, à des complications autrement graves? Un seul fait pourrait faire hésiter, ce serait si la pierre avait un diamètre bien supérieur au degré de dilatation qu'on ne peut donner à l'urètre sans crainte de déchirure. Mais nous pensons que rarement le malade attendra, pour réclamer les secours de l'art, que sa pierre en soit arrivée à ce degré de développement : qu'elle ne puisse sortir par le méat urinaire, même à son plus haut degré de dilatation.

DIATHÈSE DE CONTRACTURE CHEZ LES HYSTÉRIQUES.

Par MM. S.-M. Charcot et Paul Richer.

Chez les hystériques, la diathèse de contracture se rencontre sous deux formes répondant chacune à l'une des deux variétés de la contracture provoquée pendant les diverses phases de l'hypnotisme.

En effet, pendant deux des phases ou états nerveux de l'hypnotisme (état léthargique et état somnambulique), la contracture musculaire peut être obtenue, mais par des procédés différents et propres à chacun de ces deux états. Ainsi, pendant la léthargie, la contracture succède aux excitations mécaniques profondes portées soit sur les tendons, soit sur les masses musculaires, soit sur les nerfs, tandis que pendant le somnambulisme il faut pour amener un résultat analogue des excitations exclusivement cutanées, légères, superficielles.

En dehors de toute influence hypnotique, nous retrouvons dans la contracture provoquée chez les hystériques les mêmes différences.

A. — Chez certaines malades (et c'est le plus grand nombre), la diathèse de contracture présente les plus grandes analogies avec le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de la léthargie hypnotique. La contracture succède au choc répété des tendons, à la malaxation musculaire, au froissement des troncs nerveux, à la faradisation musculaire, à l'application du diapason vibrant, au tiraillement des membres. Parfois, un effort musculaire violent de la malade elle-même conduit au même résultat. A cause des analogies signalées plus haut, cette forme de la diathèse de contracture mérite le nom de *variété léthargique* pour la distinguer de la forme suivante.

B. — Dans d'autres cas, en effet, la diathèse de contracture ne se révèle que sous l'influence des excitations cutanées superficielles et, à cause des analogies qu'elle présente alors avec la contracture provoquée de la période somnambulique de l'hypnotisme, mérite le nom de *variété somnambulique*. Dans cette seconde forme, comme dans le somnambulisme provoqué, l'excitation mécanique profonde portée sur les tendons, les muscles ou les nerfs demeure sans résultat.

La diathèse de contracture, au même titre que l'anesthésie et l'amyosthénie avec lesquelles elle présente d'assez étroites relations, doit être classée parmi les symptômes dits permanents de la grande hystérie. Elle joue un rôle important dans la pathogénie de certaines formes de contracture (contractures traumatiques) et ne présente pas un intérêt moindre au point de vue du pronostic.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 décembre 1883. — Présidence de M. Gavarret.

RAPPORT

M. Proust, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1882.

PRIX DE 1882

Prix de l'Académie. — Question : *De l'athérome artériel généralisé et de son influence sur la nutrition des organes.* — Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Un mémoire a concouru. — L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur Hippolyte Martin, chef du laboratoire de la clinique des maladies des enfants.

Prix Portal. — Question : *Le système lymphatique au point de vue pathologique.* — Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur A. Poulet, professeur au Val-de-Grâce.

Prix Bernard de Civrieux. — Question : *Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice.* — Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. Deux mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix à MM. L. Landouzy, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et G. Ballet, chef de clinique à la même Faculté.

Prix Capuron. — Question : *Des lochies dans l'état normal et dans les états pathologiques.* — Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. Deux mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Eustache, de Lille (Nord).

Prix Barbier. — Ce prix était de la valeur de 4,000 francs. Six ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Willems, médecin principal de l'hôpital civil à Hasselt (Belgique), pour ses travaux *sur l'inoculation de la pleuropneumonie.*

Prix Godard. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur la pathologie interne. Il était de la valeur de 1,500 francs. Treize mémoires ont concouru. — L'Académie partage le prix entre : 1° M. Leloir, docteur en médecine à Paris, pour *ses recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse* ; 2° MM. Feltz et E. Ritter, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy, pour leur travail *sur l'urémie expérimentale.* Elle accorde des mentions honorables à M. le docteur A. Borius, pour son ouvrage *sur les maladies du Sénégal* ; à M. le docteur Gilbert Ballet, pour *ses recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif, le rein sénile,* etc.

Prix Desportes. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale et pratique. Des récompenses pouvaient être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. Il était de la valeur de 2,000 francs. Trois ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1° 1,000 francs à M. le docteur Durozier ; 2° 500 francs à M. le docteur Capmas, médecin de l'Asile du Vésinet ; 3° 500 francs à M. le docteur Liégeois, médecin à Bainville-aux-Saules (Vosges).

Prix Henri Buignet. — Deux ouvrages ou mémoires ont concouru. Il n'y a pas lieu de décerner le prix. — L'Académie accorde une mention honorable à M. le docteur Gaucher (de Paris).

Prix Orfila. — Ce prix était de la valeur de 4,000 francs. Il n'y a pas eu de concurrents.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, devait être accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages pussent subir l'épreuve du temps, il était de condition rigoureuse qu'ils eussent au moins deux ans de publication. — La valeur de ce prix était de 3,000 francs. Quatre ouvrages ont concouru. — L'Académie décerne le prix ainsi qu'il suit : 1° 1,000 francs à M. le docteur

Sanné, pour son *Traité de la diphtérie*; 2° 1,000 francs à M. le docteur Alfred Poulet, pour son *Traité des corps étrangers en chirurgie*; 3° 1,000 francs à M. le docteur Paul Latteux, pour son *Manuel de technique microscopique*.

Prix Falret. — Question : *Des vertiges avec délires*. Ce prix était de la valeur de 1,500 francs. Un seul mémoire a concouru. — L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur Garnier (Paul), inspecteur des asiles d'aliénés du département de la Seine.

Prix Saint-Lager. — Il n'y a pas de concurrents.

Prix Saint-Paul. — Treize mémoires et quatre-vingt-deux lettres de personnes croyant posséder des moyens de guérison du croup ont concouru. — Il n'y a pas eu lieu de décerner le prix. Mais l'Académie accorde un encouragement de 500 francs à M. Leloir, docteur en médecine à Paris, pour son travail intitulé : *Contribution à l'étude de la structure et du développement des productions pseudo-membraneuses sur les muqueuses et sur la peau*.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — Question : *Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France*. — Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Douze mémoires ont concouru. — L'Académie partage le prix entre : MM. les docteurs Aubert, médecin-major de 2e classe au 28e régiment d'infanterie, et Bec (Léon), médecin à Mézel (Basses-Alpes). Elle accorde en outre : 1° *des médailles d'argent* à MM. les docteurs Caradec fils, de Brest (Finistère), et Coutaret, chirurgien en chef de l'hôpital de Roanne ; 2° *des médaille de bronze* à MM. les docteurs Deligny (Lucien), de Toul (Meurthe-et-Moselle), John Lemoine et Gauché, de Bayonne (Basses-Pyrénées).

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 807.

Médailles accordées a MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 1134.

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1880. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 734.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1884

Prix de l'Académie. — Question : *De la présence des bacilles dans les crachats et de leur valeur séméiologique*. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Portal. — Question : *Anatomie pathologique des cancers*. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Civrieux. — Question : *De la sclérose en plaques disséminées*. — Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix Capuron. — Question : *Traumatisme et grossesse ; leur influence réciproque*. — Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix Barbier. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. Des encouragements peuvent être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés. — Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix Godard. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie interne. — Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. — Il sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers, et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix Daudet. — Question : *Du lymphadénome*. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix Vernois. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. — Il sera de la valeur de 800 francs.

Prix Lefèvre. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné au meilleur ouvrage contre la mélancolie. — Il sera de la valeur de 2,500 francs.

Prix Falret. — Question : *Des folies diathésiques*. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Orfila. — Question : *De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc*. — D'après les intentions du testateur, « la question doit être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. Ainsi, que deviennent ces poisons après avoir été absorbés ? Dans quels organes séjournent-ils ? A quelles époques sont-ils éliminés et par quelles voies ? Quels troubles amènent-ils dans les fonctions ? Quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent ? Quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang ? Quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets ? Enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques avant la mort, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues dans les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang ? Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang, il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation, passé laquelle il n'est plus possible de les déceler. — Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ces toxiques jusque dans le sang et dans les organes où ils ont été portés par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui les rendra inertes ou beaucoup moins actifs ? » — Ce prix sera de la valeur de 6,000 francs.

Prix de la commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : *De l'étiologie et de la prophylaxie de la scrofule dans la première enfance*. — Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuse. » — Le prix ne devra être donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs, pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphtérite*. — Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement, qui sera décerné tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphtérite lui auront paru mériter cette récompense.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des mis-

sions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1883 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1883. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Barbier, Godard, Huguier, Desportes, Buignet, Vernois, Lefèvre et Saint-Paul, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Conditions communes à tous les concours. — Les concurrents, pour tous les prix, sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages et mémoires envoyés au concours. Les auteurs auront la liberté de faire prendre copie (*à leurs frais*) des manuscrits, au secrétariat de l'Académie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 décembre 1883, M. Damaschino, agrégé, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris.

— Par décret, en date du 17 décembre 1883, M. Musset, docteur ès sciences, est nommé professeur de botanique à la Faculté des sciences de Grenoble.

— Par décret, en date du 17 décembre 1883, M. Mathieu (Raoul), fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 18 décembre 1883, M. Hyades, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Ont été autorisés à porter les décorations étrangères suivantes qui leur ont été conférées :

Commandeur du Nicham-Iftikhar : MM. les médecins-majors de première classe Barthélemy, Blaise et Salomon.

Officier du Nicham-Iftikhar : MM. les médecins-majors de deuxième classe Boucher, Charropin, Klein, Forgemol, Pierrot et Tanfin. — M. le pharmacien-major de deuxième classe Breuil. — M. le médecin aide-major de première classe Torthe.

— Par décision ministérielle, en date du 12 décembre 1883, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Vogelin, du 42e d'infanterie, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; Belliard, du 25e dragons, pour la direction du service de santé du 11e corps d'armée.

Pharmacien-major de deuxième classe. — M. Weill, des hôpitaux de la division d'Alger, pour l'hôpital de Perpignan.

Pharmacien aide-major de première classe. — M. Grellety, de l'hôpital de Perpignan, pour l'hôpital de La Rochelle.

Concours des prix de l'internat. — Pour l'épreuve orale du concours des prix de l'internat des hôpitaux de Paris, les questions ont été :

A. — Première division (élèves de troisième et quatrième années) : 1° Affections syphilitiques de la langue ; — De l'angine de poitrine.

B. — Deuxième division (élèves de première et deuxième années) : 1° Signes et diagnostic des myomes utérins ; — 2° Signes et diagnostic des différentes formes de la pneumonie lobulaire aiguë.

— *Concours de l'internat.* — Les questions données aux candidats du concours de l'internat des hôpitaux de Paris pour l'épreuve orale sont jusqu'à ce jour :

1. Rapports de l'œsophage ; corps étranger de l'œsophage. — 2. Sinus de la dure-mère ; signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — 3. Nerfs de la main ; signes et diagnostic du tétanos. — 4. Articulation radio-carpienne ; complications de la scarlatine. — 5. Rapports du larynx ; laryngite striduleuse. — 6. Muscles de la langue ; signes et diagnostic du cancer de la langue. — 6. Rapports de la vessie chez la femme ; causes et signes de la rétention d'urine. — 7. Vaisseaux et nerfs du rectum ; causes et signes du rétrécissement du rectum. — 8. Nerf moteur oculaire commun ; sa paralysie.

— *Concours de l'externat.* — Les dernières questions données pour l'épreuve orale du concours de l'externat des hôpitaux de Paris ont été :

1. De la manière de faire une autopsie. — 2. Réduction des fractures et soins consécutifs. — 3. Hydarthrose. — 4. L'anthrax. — 5. Des injections hypodermiques. — 6. Des lavements.

— Le prix de médecine navale, pour l'année 1883, vient d'être décerné à M. le docteur Maurel, médecin de première classe. — Un témoignage de satisfaction a été accordé à M. Friocourt, médecin principal, et à M. Chevalier, médecin de première classe.

— MM. les médecins de deuxième classe de la marine Jeanne, Brouillet et Bitschine viennent de donner leur démission.

— *Hôpital de Limoges.* — Ont été nommés titulaires pour deux années : MM. Léonet, Vincent et Nugon. — MM. Mazin et David avaient été nommés internes suppléants à la suite du dernier concours supplémentaire.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Sont nommés : 1° internes : MM. Roux, Laplane, Schnell et Martin ; 2° internes suppléants : MM. Jacques et David.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Nabias, licencié ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle, en remplacement de M. Lamic, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Hochstetter est nommé, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Leroy, appelé à d'autres fonctions.

Un congé d'un an, sans traitement, à partir du 1er décembre 1883, est accordé, sur sa demande, pour raisons de santé, à M. de Guerne, préparateur d'histoire naturelle.

M. Duponchelle, licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur d'histoire naturelle, pendant la durée du congé accordé à M. de Guerne.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Marc, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de chimie organique, en remplacement de M. Rogemond, démissionnaire.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le docteur Paucellier est nommé chef de clinique interne.

M. le docteur Huber est nommé chef de clinique externe.

— *École de médecine de Limoges.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1882-1883 :

Médecine. — Première année : prix, M. Léonet. — Troisième année : prix, M. Lajugie.

Pharmacie. — Première année : prix, M. Faur. — Deuxième année : prix, M. Blondet ; mention honorable, M. Lafont. — Troisième année : prix, M. Lyraud.

Travaux pratiques. — Première année : 1er prix, M. Faur ; 2e prix, M. Artolozabal ; mention honorable, M. Cluzeau. —

Deuxième année : 1er prix, M. Lafont ; 2e prix, M. Blondet. — Troisième année : prix, M. Lyraud.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. Sausse, bachelier ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur de physique pendant la durée du congé accordé à M. Guesdon.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Burais est maintenu dans les fonctions de préparateur de botanique.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Lachmann, licencié ès sciences naturelles, est chargé de diriger des conférences pratiques de botanique.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — Un congé est accordé, pour raisons de santé, à M. Bannerant, préparateur de chimie.

M. Wolff, bachelier ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur de chimie.

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — M. Bélugou, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Béliard (de Crécy), Boucherot (de Petit-Quevilly), et Louis Hébert, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris.

— Le concours pour trois places de médecin inspecteur des écoles, ouvert à Lyon, vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Boyer (Jean), Audry et Carry.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance a composé, ainsi qu'il suit, son bureau pour l'année 1884 :

Président, M. Paul Richard ; vice-présidents, MM. Barbette et Gibert ; secrétaire général, M. Passant ; secrétaire général adjoint, M. Chevallereau ; secrétaires annuels, MM. Regnauld et Lecoconnier ; trésorier, M. Guyet ; archiviste, M. Toledano.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les étudiants consignataires pour les examens du lundi 17 et du mardi 18 décembre 1883 seront appelés du 3 au 12 janvier 1884.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15476.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Du bruit de flot ou de clapotage de l'estomac comme signe de dilatation stomacale. — Mal perforant aux deux pieds, d'origine spinale, chez une femme. — Instruments et Appareils. — Livres d'étrennes. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du bruit de flot ou de clapotage de l'estomac comme signe de dilatation stomacale.

Les maladies de l'estomac sont depuis quelque temps l'objet d'une attention particulière; elles ont donné lieu dans ces dernières années à d'importantes publications, et, tout récemment encore, la Société médicale des hôpitaux a mis à son ordre du jour la question difficile et obscure du diagnostic différentiel du cancer de l'estomac et des diverses sortes de dyspepsies. M. Audhoui, qui a déjà publié plusieurs ouvrages sur ce sujet, notamment un petit traité du nettoiement des voies digestives et du lavage de l'estomac et un traité plus complet des maladies de cet organe, vient d'ouvrir à l'hôpital de la Pitié un cours clinique sur ces affections. Nous détacherons de ses deux premières leçons quelques considérations sur la dilatation de l'estomac et sur la valeur sémiologique et diagnostique du clapotage ou bruit de flot stomacal.

Le clapotage considéré comme phénomène pathologique, est ce bruit de flot que l'on entend lorsque l'on imprime au tronc un mouvement brusque de latéralité. Il est produit par le mouvement oscillatoire d'un liquide contenu dans l'estomac : c'est le signe de la présence de ce liquide dans ce viscère.

Le clapotage peut être provoqué par succussion, par impulsion brusque avec une main, ou par les deux mains comme pour chercher la fluctuation; il peut être provoqué par les mouvements du malade.

Aujourd'hui le clapotage est considéré comme le signe de la dilatation de l'estomac. Il a été décrit en 1833 par Duplay père, qui avait observé que le bruit de flot disparaissait à la suite du vomissement qui vide l'estomac, mais qu'on le fait reparaître lorsqu'on fait boire le malade. Chomel, dans son Traité de la dyspepsie, publié en 1855, s'attachant aux désordres fonctionnels, fait du clapotage le signe pathognomonique d'une dyspepsie spéciale qu'il appelle la dyspepsie des liquides. Il supposait que l'estomac, digérant encore les aliments solides, ne pouvait plus digérer les liquides et il ordonnait, en conséquence, à ces malades de ne boire que très peu.

M. Audhoui ne partage pas l'opinion de Chomel, il n'admet pas la dyspepsie des liquides. Les liquides dont on constate la présence dans l'estomac par le bruit de flot ou de clapotage, ne proviennent pas toujours des boissons; ils sont en partie le produit de la sécrétion exagérée et anomale des glandes salivaires et des follicules muqueux de l'estomac, et, en partie, le résultat même de la mauvaise digestion des aliments solides qui se liquéfient dans l'estomac; d'où de nouvelles masses de liquides qui viennent s'ajouter aux précédents.

Étant donné les conditions de la production des liquides dans l'estomac, quelles sont les causes de leur rétention? Pour expliquer la rétention des liquides dans l'estomac, on a invoqué deux causes principales, l'inertie de cet organe et le rétrécissement du pylore. Comment l'inertie stomacale amène-t-elle ce résultat? L'estomac inerte, ne se contractant pas sur les liquides qu'il contient, se laisse distendre et se dilate. Sans doute, dit M. Audhoui, le bruit de flot est un signe de la dilatation de l'estomac. Mais il croit qu'on se fait généralement une fausse idée de cette dilatation en tant que lésion permanente. On la diagnostique sur le vivant par des signes indubitables. Mais on se tromperait grandement si l'on croyait que cette dilatation peut toujours être retrouvée à l'autopsie. Voici quelques faits qui démontrent le contraire.

L'année dernière, dit M. Audhoui, un homme qui avait commis beaucoup d'excès est entré dans le service, dyspeptique au plus haut degré et portant, en outre, une double affection du cœur et des reins. Il vomissait des flots de bile, buvait beaucoup et vomissait la plupart de ses boissons. On avait constaté chez lui une dilatation considérable de l'estomac. Cet homme étant venu à succomber aux suites d'un empoisonnement urémique, on fut très surpris, à l'autopsie, de trouver l'estomac vide et ayant ses dimensions normales.

Un deuxième fait qui s'est passé également dans le service, est celui d'une femme en couche qui fut prise de fièvre puerpérale. Cette femme avait été en proie à des vomissements énormes pendant toute la durée de sa grossesse, pendant et après le travail d'accouchement. On n'a pas songé pendant sa vie à rechercher chez cette femme les signes de la dilatation. Elle meurt. On fait l'autopsie. On trouve un estomac rempli de liquides et qui descendait jusqu'au voi-

sinage du pubis. On vide cet estomac par une ponction, après avoir lié ses deux orifices. L'estomac revenant sur lui-même reprend aussitôt ses dimensions normales.

Un troisième fait est celui du malade dont M. Dujardin-Beaumetz a rapporté tout récemment l'histoire à la Société médicale des hôpitaux. Il s'agissait d'un homme qui avait un rétrécissement fibreux du pylore. On diagnostique une dilatation de l'estomac. Le malade meurt. On fait une injection d'alcool dans l'estomac, auquel on trouve les dimensions régulières. M. Dujardin-Beaumetz attribue le retrait, dans ce cas, à l'injection alcoolisée. M. Audhoui croit pouvoir interpréter le fait autrement ; il s'est passé dans ce cas ce qui a eu lieu dans le fait précédent, le retrait spontané de l'estomac par sa contractilité naturelle.

Voilà autant de faits qui prouvent que l'atonie ou l'inertie de l'estomac joue un rôle important dans la production des phénomènes qui sont l'objet de cette étude, alors même que cette atonie ne va pas jusqu'à faire perdre à l'estomac sa contractilité et qu'elle n'entraîne pas une dilatation organique permanente, et même dans les cas de rétrécissement du pylore.

Toutefois l'inertie en elle-même n'est pas toujours une chose très grave. On peut la combattre par la suppression des boissons, d'une part, et par l'usage des amers d'autre part.

On la combat surtout par les douches froides en ceinture, par le massage au moyen duquel on fait passer les liquides de l'estomac dans le duodénum. On a essayé aussi, mais sans succès, l'application de l'électricité.

Mais il y a des cas où cette inertie est telle qu'elle résiste à tous les efforts de la thérapeutique, qu'elle devient irrémédiable. Malgré toutes les tentatives de sondage et de pompage, l'estomac ne se vide point et dans ces cas d'inertie absolue, le clapotage persiste toujours et quand même.

Il importait, pour donner au bruit de flot ou de clapotage sa véritable valeur diagnostique, de bien établir les caractères qui différencient ce bruit de flot pathologique d'avec le même bruit qui peut se manifester physiologiquement, immédiatement après l'ingestion de boissons ou d'aliments liquides, par exemple.

Chomel prétendait qu'il n'y avait point de clapotage à l'état normal, que toutes les fois que l'on constatait le bruit de flot, c'était le signe d'une dyspepsie. C'est une erreur, suivant M. Audhoui. Beaucoup de médecins, M. Luton entre autres, ont signalé l'existence du bruit de flot à l'état normal, après la boisson. M. Audhoui a constaté de son côté la réalité du fait par des expériences faites dans son service. Mais l'important était d'en établir la durée. Elle varie suivant les sujets, suivant la quantité de liquides ingérés et suivant leur consistance. Le temps durant lequel on a pu obtenir le clapotage a varié de 20 minutes à 2 heures et 2 h. 30 min. Dans ce dernier cas il s'agissait de liquides épais, de potages. Il y a à distinguer aussi dans ces constatations les différences de ton et d'ampleur du bruit, etc.

Ces constatations dont nous sommes obligé d'abréger les détails, sont importantes au point de vue physiologique, mais surtout au point de vue pathologique, car il importe pour le diagnostic de ne pas confondre un phénomène normal avec un phénomène morbide. Pour que le clapotage puisse être considéré comme un signe pathologique, il faut qu'il soit prolongé très longtemps après l'ingestion de liquides dans l'estomac et qu'on le retrouve à un moment où un estomac sain devrait être nécessairement vide. Non seulement le clapotage pathologique subsiste très longtemps, plusieurs heures après les repas, mais il ne cesse même presque jamais d'exister.

En résumé, le clapotage pathologique se distingue du bruit de flot normal en ce que, tandis que celui-ci ne se produit qu'immédiatement après l'ingestion de liquides dans l'estomac, qu'il est passager et dure peu, l'autre, au contraire, se manifeste en dehors de la condition de l'ingestion de liquides et persiste d'une manière presque ou même permanente. C'est donc le plus longtemps possible après le repas qu'il faut rechercher ce signe dont on peut tirer les conséquences les plus importantes pour la thérapeutique.

Mal-perforant aux deux pieds, d'origine spinale, chez une femme.

M. Trélat, dans l'une de ses dernières leçons, nous a fait l'histoire d'un fait très rare de mal-perforant double, d'origine spinale, chez une femme.

On connaît aujourd'hui les conditions les plus ordinaires du développement de cette lésion trophique désignée depuis une trentaine d'années sous le nom de mal-perforant. On sait, — et M. Trélat a plusieurs fois dans ses leçons eu l'occasion de signaler ou de rappeler ces faits, — que c'est presque toujours sur des hommes qu'on observe cette lésion et particulièrement sur des individus exposés par leur profession à avoir presque constamment les pieds exposés au froid, à l'humidité ou au contact de corps rudes, à des marches forcées ou à une station debout longtemps prolongée. Tels sont, par exemple, les charretiers, les terrassiers, les balayeurs des rues, les casseurs de glace et enleveurs de neige, etc. Sous l'influence de ces marches excessives, de ces fatigues, de ce contact prolongé avec la boue, la glace ou la neige, de ces refroidissements fréquents, on voit les pieds devenir rouges, durcir sur les points d'appui de la surface plantaire, qui deviennent le siège de durillons et bientôt d'ulcères gagnant en profondeur jusqu'au squelette du pied et donnant souvent lieu consécutivement soit à des névrites de voisinage, soit à des athéromes des vaisseaux. Tout récemment encore, la *Gazette des hôpitaux* publiait une leçon de M. Monod sur ce même sujet, pendant qu'il suppléait M. Trélat, leçon dans laquelle le jeune professeur exposait en quelques mots l'état de la science sur ce point, ce qui nous dispense en ce moment de plus amples détails à cet égard. Venons au fait.

Le cas de mal-perforant dont nous a entretenu M. Trélat, offre un intérêt tout particulier, d'abord à cause du sexe du sujet, — il s'agit d'une femme, — ce qui déjà constitue une circonstance rare et tout à fait exceptionnelle ; et, en second lieu, parce que, contrairement à ce qui se présente le plus habituellement chez les hommes qui viennent dans les hôpitaux avec un mal-perforant résultant des actions physiques ou mécaniques que l'on connaît, ici on voit se développer successivement sur les deux pieds, spontanément, sans l'intervention d'aucune cause vulnérante extérieure, la lésion trophique en question. Voici l'histoire de cette malade.

Une femme âgée de quarante-huit ans entre à l'hôpital Necker le 17 novembre dernier. C'est une femme petite, nerveuse, pâle, très vive, toute vibrante, au regard pénétrant, à la mimique exagérée. Tout, en un mot, indique chez elle un état nerveux excessif. Elle est sans profession, elle n'est point mariée et n'a jamais eu d'enfants.

Cette femme a eu, à l'âge de vingt ans, du pemphigus de la jambe droite, puis de la jambe gauche. Il y a près de dix-huit ans, en 1866, sans cause appréciable, il lui est survenu un durillon sous le gros orteil du pied droit, au niveau de la face inférieure de l'articulation de la première avec la deuxième phalange. Sur ce durillon s'est formée une ampoule pleine de sérosité. La malade a suivi un traitement composé d'injections d'eau blanche, d'huile de foie de morue, de cautérisations au nitrate d'argent et de bains de mer.

En même temps elle a eu de l'anesthésie, qui s'est étendue à toute la jambe droite; douleurs lancinantes très vives par crises et traversant la jambe, mais seulement à partir du genou. Ces douleurs étaient très violentes et les crises assez souvent répétées.

La maladie a duré environ quatre ou cinq ans. Le mal-perforant a guéri complètement.

Aujourd'hui 17 novembre, on constate encore une cicatrice de ce mal-perforant du gros orteil, droit une subluxation de la deuxième phalange sur la première, une anesthésie complète à la piqûre et au froid de toute la jambe droite jusqu'au genou. On voit même des traces de contusions superficielles, taches noirâtres qui tiennent à ce que la malade ne sentant pas se contusionne la jambe contre le cerceau destiné à protéger l'autre pied. Il y a encore de loin en loin des accès de douleurs assez vives, mais les accès sont beaucoup moins fréquents qu'ils n'étaient autrefois. Depuis quatre ans il n'y en a eu que trois ou quatre au plus.

Maintenant c'est le pied gauche qui est atteint. L'affection du pied droit remonte à dix-sept ans. Celle du pied gauche date de sept ans. Celle-ci a eu un même début, elle a un même aspect. Mais contrairement à ce qui s'est passé il y a dix-sept ans, la malade n'a jamais éprouvé de douleur dans le pied, ni dans la jambe gauche.

Voici quel est son état actuel : ulcération occupant la partie interne de la face plantaire du gros orteil au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange. Épaississement de l'épiderme qui forme une collerette blanchâtre facile à détacher par le grattage, après pansement humide. Cette collerette entoure un petit pertuis dans lequel on peut introduire le stylet. Ce stylet arrive jusqu'à la phalange qui paraît dénudée en un point, au niveau du rebord de la tête de la phalange. Écoulement d'un peu de sérosité.

L'anesthésie est loin d'être complète. Un peu de retard dans la sensibilité qui est émoussée notablement, sans être abolie.

Outre les phénomènes du côté du gros orteil, on observe :

1° Sur le dos du quatrième orteil du pied gauche une petite ulcération avec écoulement de pus et croûte, aujourd'hui cicatrisée;

2° Une déformation très particulière des orteils qui sont subluxés et déformés en griffe et surtout avec une déviation des deuxième, troisième et quatrième orteils, qui forment une griffe à trois branches, ne paraissant se rapporter qu'à un seul métatarsien;

3° Une déformation de la voûte du pied qui est devenue notablement exagérée.

Cette déformation du pied dans son ensemble existe aussi sur le pied droit. Les orteils sont également déformés, mais offrent une autre disposition, ils sont comme renflés à leur extrémité et en spatule.

La malade raconte aussi qu'elle a perdu plusieurs fois les ongles des gros orteils, deux fois à l'un, trois fois à l'autre.

La démarche de cette femme est très caractéristique : outre qu'elle se fatigue facilement et ne marche qu'avec une grande difficulté, elle fauche légèrement du pied droit, de sorte que la partie antérieure du pied ne quitte pas complètement le sol et traîne à chaque pas.

Du pied gauche elle frappe le sol avec son talon. Si on fait tenir la malade debout, en lui disant de fermer les yeux, elle reste un moment immobile, mais perd bientôt son équilibre et tomberait si on ne la retenait pas. Le sol sur lequel elle marche lui paraît mou comme du coton et semble fuir sous ses pieds. Les mouvements réflexes sont abolis.

Pas de douleurs d'ailleurs en ceinture, ni de douleurs térébrantes; pas de céphalalgie ni de douleur dans les parties supérieures du corps. Pas de troubles respiratoires ni cardiaques. Rien du côté du tube digestif. Aucun trouble du côté des organes utéro-ovariens.

On ne saurait, en présence de cette succession et de cet ensemble de phénomènes, méconnaître chez cette malade l'existence d'une ataxie locomotrice et de la lésion spinale probable correspondante. C'est là le point particulièrement intéressant de l'histoire de cette femme. Ici ce n'est point aux causes extérieures communes, physiques ou mécaniques, à l'action de l'humidité, du froid ou des pressions ou des chocs répétés sur la surface plantaire des pieds, — aucune de ces causes n'ayant pu être constatée, — qu'il faut faire remonter l'origine, le début et l'évolution des deux mal-plantaires dont cette femme a été atteinte ; c'est à l'état de la moelle. Le fait, bien que rare, n'est pas sans précédent. On sait que l'origine nerveuse du mal-perforant avait déjà été soupçonnée et même indiquée par MM. Duplay et Morat, d'une part, et par M. Lucain, de l'autre. M. Lucain, en 1868, établissait trois classes de mal-perforants : les uns le rattachant aux ulcères proprement dits, d'autres se rapportant à des lésions vasculaires, la troisième relevant d'une altération du système nerveux; et il rapportait des exemples de cette troisième classe, tel notamment que le fait de Dolbeau où le mal-perforant est survenu à la suite d'une compression de la moelle produite par une fracture des vertèbres et celui qui a été observé par M. Sézary sur un sujet atteint d'atrophie musculaire progressive. Tout le monde connaît le mémoire de MM. Duplay et Morat portant sur un certain nombre de cas dans lesquels ils ont trouvé dans les tubes nerveux une lésion dégénérative analogue à celle qui se produit après la section des nerfs et qui rapportent également des faits qui les ont conduits à penser qu'on pourrait ranger le mal-perforant parmi les lésions trophiques consécutives aux lésions du système nerveux, tel qu'un cas d'ulcère développé après une blessure du sciatique par une balle, un autre où l'on voit le sciatique comprimé par une tumeur hydatique devenir le point de départ d'un ulcère perforant du pied, enfin une observation de mal-perforant se manifestant dans le cours d'une ataxie locomotrice progressive. Parmi les faits de mal-plantaire ou mal-perforant rapportés dans le tome Ier des *Leçons de clinique chirurgicale* de M. Péan, nous trouvons un cas où cette lésion s'est manifestée également chez un homme qui présentait depuis deux ans des phénomènes d'ataxie locomotrice.

Enfin, M. le docteur Grasset (de Montpellier), dans son beau Traité des maladies du système nerveux (leçons faites à la Faculté de médecine), dit avoir lui-même observé un mal-plantaire perforant aux deux pieds chez une jeune femme atteinte de sclérodermie et d'asphyxie locale des

extrémités dont il a rapporté l'histoire dans une précédente publication. La participation du système nerveux, dans ce cas, était marquée en dehors de l'asphyxie locale par les plaques d'anesthésie constatées dans plusieurs régions du corps.

C'est certainement dans cet ordre de faits que prend naturellement sa place l'observation intéressante que nous a fait connaître M. Trélat.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Nouveau pèse-bébés.

Par M. Eugène Desfossés.

Ce pèse-bébés, fabriqué par M. Mathieu, a obtenu le prix Barbier 1882.

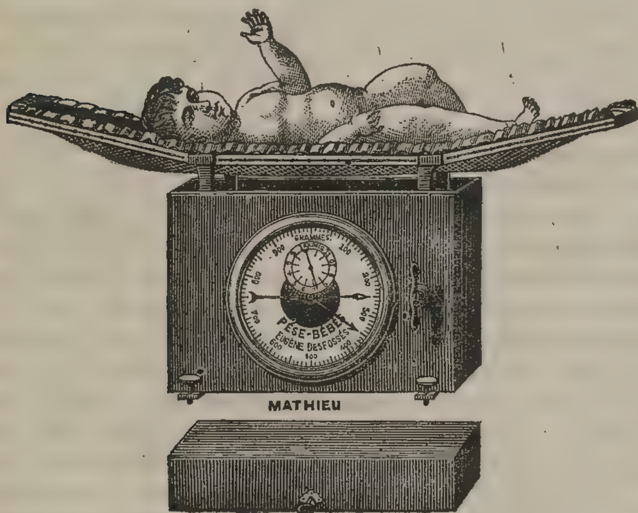
Il se compose d'une boîte qui renferme le mécanisme, d'un hamac destiné à recevoir l'enfant, d'un cadran qui enregistre le poids et d'une clé.

Dans ce hamac de longueur et de largeur suffisantes, l'enfant doit être pesé nu : par cela même, toutes tares se trouvent supprimées.

Deux aiguilles, se mouvant sur le cadran, indiquent : l'une, les grammes, et l'autre les kilos. Les divisions sont espacées de manière à rendre la lecture du poids facile et prompte.

La clé placée à droite du cadran empêche les mouvements de l'enfant de se traduire par l'oscillation des aiguilles : elle rend la pesée presque instantanée. A l'état de repos, elle évite la fatigue des couteaux de la balance.

L'aiguille-index, semblable à celle des baromètres, sert à indiquer la dernière pesée faite ; elle est surtout précieuse dans le cas de pesées avant et après la tétée. On peut ainsi se rendre compte, en un clin d'œil, de la quantité de lait absorbé par l'enfant.



On pose l'enfant sur le hamac ; on tourne lentement la clé ; les aiguilles indiquent le poids en kilos et en grammes ; on dispose l'aiguille-index et on retourne la clé.

Cet appareil offre donc comme avantages :

La suppression des poids, des curseurs, des tares, etc., et de toutes espèces de calculs ;

La rapidité dans l'obtention du poids (quelques minutes suffisent pour obtenir une pesée rigoureusement exacte).

C'est une balance automatique juste et sensible comme la meilleure des balances.

On peut substituer au hamac un plateau de cuivre ; dans ce cas, l'appareil peut remplir un double but : il devient en même temps une balance de ménage.

Dans un autre modèle, le hamac se replie ; la boîte comporte un couvercle et l'appareil a la forme et les dimensions d'une cave à liqueurs.

Le poids maximum que peut donner l'appareil est de 12 kilogrammes.

LES LIVRES D'ÉTRENNES.

I. **La Syrie d'aujourd'hui** (1), par M. le docteur Lortet. — II. **Le Monde physique** (2), par M. Guillemin. — III. **L'Éclairage électrique** (3), par M. du Moncel. — IV. **Les Merveilles du feu** (4), par M. Bouant. — V. **Les Forêts** (5), par M. Lesbazeilles.

I. M. le docteur Lortet est un naturaliste éminent que la Faculté de médecine de Lyon a placé à sa tête comme doyen. Autrefois le naturaliste quittait peu son cabinet de travail ; on comptait ceux qui avaient pu se rendre dans nos colonies et sur place étudier la nature. Mais aujourd'hui les déplacements deviennent si faciles qu'on veut tout voir par ses yeux. Et c'est à un de ces désirs que nous devons la très remarquable relation que nous présentons à nos lecteurs.

L'étude des éponges fibreuses occupe depuis plusieurs années M. Lortet. Déjà en 1873 et en 1875, il avait été les étudier en Grèce et à Beyrouth.

Les éponges fibreuses se rencontrent sur toutes les côtes de la Phénicie, mais elles sont abondantes surtout dans la baie de Beyrouth, là où le fond de la mer est pierreux. Ce n'est pas avec le scaphandre qu'on opère à Beyrouth ; les Syriens sont tous d'excellents nageurs et préfèrent plonger. Cependant, pour éviter la fatigue et les efforts que nécessite la natation descendante, ils se font entraîner rapidement par une dalle pesant plusieurs kilogrammes, qu'ils tiennent à deux mains. Ces dalles, en marbre blanc, taillées en forme d'écusson, portent à une de leurs extrémités un trou dans lequel on passe une corde qui permet de remonter facilement l'appareil ainsi que le pêcheur lorsqu'il se sent fatigué. Ces dalles sont couvertes d'une inscription religieuse chrétienne ou musulmane. « Nous sommes à Dieu et nous retournons à lui. » « Je me remets à la garde de Dieu. » Ces invocations expriment les sentiments qui agitent ces pauvres pêcheurs dont la vie est courte. L'arrêt complet de la respiration pendant plusieurs minutes, la gêne de la circulation, le refoulement du sang de la périphérie dans les parties internes du corps, leur occasionnent en peu d'années des crachements de sang et des lésions mortelles du cœur. Ces pêcheurs sont exposés à d'autres dangers presque aussi redoutables : dans les rochers ils peuvent être saisis par d'énormes poulpes qui les enlacent avec leurs bras puissants garnis de milliers de ventouses, les attirent avec une force irrésistible dans les grottes sous-marines et les font périr misérablement au fond des eaux. D'autres fois, les requins mordent les plongeurs aux bras, aux jambes, ou les entraînent au loin après leur avoir coupé un membre avec les dents tranchantes dont leur gueule est garnie. Ces animaux voraces étaient très rares dans cette partie de la Méditerranée avant le percement de l'isthme de Suez ; mais depuis l'ouverture de cette grande voie maritime ils sont venus en foule, paraît-il, de l'océan Indien, de la mer Rouge, et se sont multipliés surtout dans les eaux tièdes des côtes de la Syrie et de l'Asie Mineure.

Nous sommes forcé de nous faire violence pour ne pas suivre M. Lortet dans les détails si intéressants qu'il nous donne sur la pêche, le commerce et l'anatomie des éponges. Nous ne donnerions qu'une idée insuffisante de ce beau livre.

M. Lortet est un naturaliste ; mais, à part cette étude des éponges, où s'accuse le *trahit sua quemque voluptas*, il est d'une

(1) Un vol. gr. in-4°. Prix, 50 fr. — Paris, Hachette et Cie.
(2) Un vol. in-8° jésus. Prix, 20 fr. — Paris, Hachette et Cie.
(3) Deux vol. in-16. Prix, 4 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.
(4-5) Un vol. in-16. Prix, 2 fr. 25 — Paris, Hachette et Cie.

grande sobriété de détails zoologiques et botaniques. Une phrase jetée çà et là, un oiseau nommé par son nom scientifique, une tortue et parfois une plante, nous laissent entrevoir le naturaliste. Mais il n'oublie pas qu'il écrit pour les gens du monde, et sa narration vive, intéressante, remplie de faits, d'anecdotes, d'excellentes études anthropologiques et ethnologiques, entraîne le lecteur qui s'arrache aux charmes de la lecture pour admirer les illustrations si remarquables de ce volume.

L'impression laissée par ce voyage est très heureuse; on croit avoir vu la Syrie, et certes l'auteur n'a rien ménagé pour donner le désir de repasser par les lieux qu'il décrit avec tant de charme.

Parti de Marseille pour Alexandrette, notre voyageur nous promène de Beilan à Tripoli; voici Beyrouth, Sidon, Tyr, Saint-Jean d'Acre, Haïfa, Nazareth, Samarie, Jérusalem. Puis, après avoir admiré la mosquée d'Omar et le tombeau de Rachel, nous verrons Hébron, Bethléem, Jaffa; nous gagnerons la mer Morte, le Jourdain, Jéricho, Singil, le Thabor, Tibériade et son lac, Arbèle, Magdala, le lac Phiala, Damas et Ba'albek; enfin de Gebeil regagnant Beyrouth, nous aurons parcouru toute la Syrie, et nous garderons le souvenir d'un voyage où tout rappelle les grandeurs passées.

Au moment où M. Lortet quittait la France, il passait près de l'écueil de Lavezzi et il rappelle la perte de la *Sémillante.* Il y a bientôt trente ans que cet affreux malheur eut lieu, et nous ressentons encore la douleur de ce sinistre. C'était dans les premiers jours de l'année 1855, — la date de cette année nous est précise, nous partions pour la Crimée, — la frégate la *Sémillante* était chargée de troupes pour Sébastopol. On ne la revit plus; mais parmi les corps rejetés à la côte se trouvait celui du brave commandant Jugan, dont l'uniforme boutonné jusqu'au menton, montrait qu'il était mort à son poste. Parmi les officiers, il en est un dont le souvenir a été conservé. Le jeune Laprairie, au dernier moment, embarque à la place d'un camarade empêché : il avait déjà été une fois victime d'un naufrage et était resté trois jours sur une épave. Cette fois il ne devait plus revoir les siens, la *Sémillante* se perdit *corps et biens.* Il faut avoir vécu dans cette grande famille de la marine pour bien comprendre ce que ces trois derniers mots *corps et biens* renferment de douleurs et de regrets!

Mais nous ne voulons pas rester sur cette impression si pénible; nous devons à M. Lortet de vifs remerciements pour la belle page qu'il vient d'ajouter à la littérature des voyages, et à l'éditeur, tous nos sincères éloges pour le luxe déployé dans la « Syrie d'aujourd'hui », qui contient 364 gravures d'une exécution très remarquable, une grande carte de la Palestine et huit cartes partielles.

II. M. Amédée Guillemin continue l'œuvre qu'il a entreprise sous le titre : « le Monde physique » ; nous présentons à nos lecteurs le tome quatrième, consacré à l'étude de la chaleur.

Notre savant vulgarisateur divise son étude en deux parties : la première retrace les phénomènes de la chaleur et leurs lois; la deuxième, les applications des phénomènes et des lois de la chaleur.

Après avoir étudié la chaleur dans la nature, M. Guillemin expose les phénomènes généraux de dilatation et la thermométrie; il fait connaître la dilatation des solides, des liquides et des gaz. Il montre les changements d'état des corps : fusion, solidification, surfusion, dissolution, sursaturation, ébullition et vaporisation des liquides, condensation des vapeurs et liquéfaction des gaz. Il aborde ensuite l'histoire de la calorimétrie : voici les chaleurs spécifiques des solides et des gaz, puis les chaleurs latentes de fusion et de vaporisation. Mais la chaleur se propage et l'auteur nous retrace l'histoire de la chaleur rayonnante et de la conductibilité; il nous fait connaître les sources de chaleur, d'origine cosmique ou chimique; il termine cette première partie par des notions de thermodynamique.

Jusque-là nous sommes en présence d'un véritable traité de physique d'une clarté parfaite et d'une lecture facile. Mais c'est dans la seconde partie que se montre tout le talent de démonstration de M. Guillemin.

Le chauffage, les applications diverses des lois de la chaleur, la dilatation, la distillation, l'évaporation, la production industrielle du froid ouvrent cette seconde partie. M. Guillemin nous présente ensuite l'histoire de la machine à vapeur, son mécanisme moteur, ses divers types; la navigation à vapeur, la locomotion et les machines à vapeur combinées, à air chaud et à gaz.

Il termine son livre par un chapitre consacré à l'utilisation de la chaleur solaire; c'est dire que M. Guillemin nous présente les recherches les plus complètes sur la chaleur : et le générateur Mouchot surprendra bien des lecteurs.

En résumé, ce quatrième volume du *Monde physique* fera aimer la science et, par ses belles illustrations, complète les qualités descriptives de son auteur.

III. « L'Éclairage électrique », de M. du Moncel, fait partie de la « Bibliothèque des merveilles ». C'est une bonne fortune pour les petites bourses, car M. du Moncel s'est fait un si grand nom parmi les « électriciens » que son livre aurait bien pu prendre les grands formats. Mais ne le jugeons pas à sa taille et n'oublions pas que tout ce qui sort de la plume de M. du Moncel en électricité mérite la plus grande attention.

Pour bien nous faire comprendre l'éclairage électrique, M. le comte du Moncel a eu besoin de deux volumes. Le premier traite des générateurs de lumière, le second des appareils de lumière.

Un coup d'œil historique, quelques définitions importantes, le mode de propagation de l'électricité, les unités électriques et les appareils de mesures électriques : tels sont les premiers points d'entrée en matière, et nous arrivons aux générateurs en lumière électrique.

Ceux-ci sont de divers ordres : voltaïques, thermo-électriques ou magnéto-électriques. M. du Moncel les étudie avec soin et nous fait connaître ensuite les différentes machines d'induction employées pour l'éclairage électrique. De ces machines, les unes sont historiques; les autres à courants continus ou alternatifs. Il faut distribuer la lumière électrique; les divers systèmes sont passés en revue et le premier volume se termine par l'étude des compteurs d'électricité.

Nous arrivons aux appareils de lumière. Nous savons ce que c'est que la lumière électrique, ce qu'on entend par arc voltaïque; il nous reste à connaître les organes excitateurs de la lumière électrique. Cette lumière peut être produite par l'arc voltaïque, par l'incandescence, par la semi-incandescence, par une transformation à l'aide d'une action inductrice, par l'intermédiaire de corps mauvais conducteurs et enfin par des réflexions multiples.

Voici les lampes électriques : les unes sont à arc, d'autres à incandescence et semi-incandescence. Tous les systèmes communs passent sous nos yeux.

Les problèmes se multiplient, l'auteur les aborde; il nous montre le rendement économique des lampes électriques et les applications diverses de la lumière électrique; la chirurgie a son chapitre.

IV. « Les Merveilles du feu », de M. Bouant, nous rappellent le rôle du feu dans l'antiquité. L'auteur expose l'origine et les adorateurs du feu; nous retrace l'importance du foyer; le feu dans les cérémonies religieuses et son action dans les supplices et les épreuves.

Un second chapitre est consacré à la théorie du feu : celui-ci est produit soit par les actions mécaniques, soit par les actions chimiques, et nous pouvons nous rendre compte de « ce que c'est que le feu ».

Mais il faut utiliser la chaleur du feu; de là, l'étude des combustibles et du chauffage dans les laboratoires, dans les appartements, dans l'industrie. La chaleur se transformera en travail mécanique. Le feu éclaire, on utilisera sa lumière, et après les anciens procédés d'éclairage nous verrons leurs perfectionnements récents, puis les nouveaux procédés et l'éclairage public.

Le soleil est une source de chaleur et de lumière ; les hommes l'ont adoré. M. Bouant termine son intéressante étude en nous retraçant l'origine du feu soleil et du rôle du soleil dans la nature.

V. M. Lesbazeilles consacre, à son tour, un volume à l'histoire des forêts.

Il commence par nous dire l'influence des forêts sur l'atmosphère et sur la vie animale, leur rôle passé et présent dans la formation du sol cultivable et leur action sur les pluies, les cours d'eau et le climat. Les forêts couvraient le globe, l'homme les a détruites. La Gaule et l'ancienne France avaient de grandes forêts, on les a défrichées ; les abus ont suivi les droits d'usage ; les forêts se sont appauvries et notre état forestier est des plus pénibles. Il a fallu régénérer par des plantations la Sologne ; les dunes et les landes ont reçu des plantations de pins.

M. Lesbazeilles nous conduit dans les forêts des montagnes ; il nous montre l'action du déboisement sur les torrents et la bienfaisante action du reboisement. Il nous entretient de l'exploitation des bois, des ouvriers des forêts, de leurs produits. Puis il nous transporte dans l'Amérique du Nord, dans l'Amérique tropicale, dans l'Inde, et termine son livre par l'influence des forêts sur l'esprit de l'homme et l'amour des bois.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé hier soir, jeudi 20 décembre 1883. Les élèves reçus ont été classés dans l'ordre suivant :

A. *Internes titulaires :*

1. MM. Belin, Monprofit, Panné, Villemin, Potocki, Martin de Gimard, Girode, Butruille, Lancry, Planchard.

11. Lejars, Jeanselme, Despréaux, Hischmann, Demoulin, Derville, Lauth, Villar, Jacquet, Foubert.

21. Gaume, Godet, Leflaive, Hontang, Léonardon-Lapervenche, Budor, Wins, Chochon-Latouche, Cahn, Lavie.

31. Courtade, Secheyron, Guinon (Georges), Aurière, Raymond, Engelbach, Lepage, Ballue, Grattery, Nourric.

41. Demelin, Regnauld (Eugène), Le Roy, Barraud, Champeil, Péraire, Duchon-Doris, Jouliard, Semelaigne, Chrétien.

51. Gioux, Polguère, de Tornery, Didier, Camescasse, Gomet, Léonard.

B. *Internes provisoires :*

1. MM. Guinon (Louis), Récamier, Bonnet, Dubarry, Leudet, Wurtz, Crivelli, Mantel, Lefèvre, Reboul.

11. Valat, Besançon (Émile-Julien), Guimaraès, Demars, Martin du Magny, Graverry, Roulland, Roland, Plicque, Gautier.

21. Thouvenet, Leriche, Deroche, Alexandre, Bouygues, Lyot, Dutil, Parmentier, Dumoret, Balme.

31. Mullot, Pinel-Maisonneuve, Klippel, Dupré, Cohen, Gillet, Binaut, Lallemant, Filibilin, Martha.

41. Franc, Vilcoq, Secrétan, Bataille, Maurin, Benoit (Henri), Dieudonné.

— Les trois dernières questions données pour l'épreuve orale du concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris, ont été : 1° Enveloppes du testicule ; hématocèle vaginale. — 2° La veine-porte en dehors du foie ; symptômes et diagnostic de l'ictère grave. — 3° Description du duodénum ; symptômes de l'occlusion intestinale.

— La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris qui ont concouru en 1883, aura lieu jeudi prochain, 27 décembre, à deux heures de l'après midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

Dans cette même séance aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1883, pour entrer en fonctions le 1er janvier 1884.

Les cartes de placement dans les hôpitaux seront délivrées à MM. les élèves internes de deuxième, troisième et quatrième année, le lundi 24 décembre, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, et à MM. les élèves internes de première année et internes provisoires, le même jour, à trois heures.

Elles seront délivrées à MM. les élèves externes de deuxième et de troisième année, le mercredi 26 décembre, à une heure et demie, et à ceux de première année : première moitié de la liste, le jeudi 27 décembre, à trois heures ; deuxième moitié de la liste, le vendredi 28 décembre, à onze heures.

— Par décret, en date du 18 décembre 1883, M. Meige, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 28 juin 1878, a été nommé au grade de médecin principal de deuxième classe, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale (emploi vacant par organisation).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des maladies de l'enfance, suivi d'un formulaire complet de thérapeutique infantile, par le docteur Edward Ellis, médecin en chef honoraire de l'hôpital Victoria pour les enfants malades, de l'hôpital de la Samaritaine pour les femmes et les enfants, ancien assistant de la chaire d'obstétrique au collège de l'Université de Londres. Traduit sur la quatrième édition anglaise et annoté par le docteur L. Waquet et précédé d'une préface de M. le docteur Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. Un fort volume in-18 de 600 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Contusion et néoplasme, de la prédisposition aux tumeurs, par M. le docteur René Le Clerc. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Agenda médical pour 1884, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par le professeur Trousseau et le docteur Constantin Paul. — 2° *Mémorial obstétrical*, par M. le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech, pharmacien de première classe. — 4° *Code médical et professionnel*, par le docteur Legrand du Saulle. — 5° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur de Valcourt. — *Plus, un calendrier à deux jours par page*, la liste des médecins pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins inspecteurs des eaux minérales ; maisons de santé de Paris et des environs ; la liste des divers journaux scientifiques ; *les Facultés et écoles préparatoires de médecine de France, les écoles de médecine militaire et navale*, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales ; des modèles de rapports et certificats ; le tableau des rues de Paris, etc. ; format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75 ; cartonné à l'anglaise : 2 francs ; divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 3 francs.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; n° 2, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; n° 3 et petite trousse en soie, 5 fr. ; n° 4, en maroquin, 7 francs ; n° 5, avec fermoir en maillechort, 9 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15400.

N° 148. — MARDI 25 ET JEUDI 27 DÉCEMBRE 1883. 56e ANNÉE. MARDI 25 ET JEUDI 27 DÉCEMBRE 1883. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE......... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Charité. Inflammation des gaines des tendons des fléchisseurs de la main. Guérison par la compression. — Diabète consécutif à la chloroformisation pour une opération de rétrécissement de l'urètre. — Enquêtes de Paris sur les ouvriers en cuivre, en bronze et en laiton. — Société médicale des Hôpitaux. — Livres d'étrennes. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

Inflammation des gaines des tendons des fléchisseurs de la main. Guérison par la compression.

(Observation recueillie par M. Brunon, interne du service.)

Le 22 juin 1883, au milieu de son travail, le nommé X..., boucher aux abattoirs, sent un « craquement » se produire dans son poignet droit. Le travail consistait à introduire la main sous la peau d'un mouton pour la détacher des aponévroses.

Immédiatement les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont extrêmement douloureux, il faut cesser tout travail. Très peu de temps après cet accident (une heure, dit le malade), le gonflement commence et va en augmentant jusqu'au moment de l'entrée.

Le soir même un médecin applique un vésicatoire au niveau de la face antérieure du poignet et empiétant sur l'avant-bras. Pendant trois jours le gonflement augmente; il y a de l'insomnie, de l'anorexie et des douleurs dominantes très vives dans la région palmaire.

Le 25 juin (quatrième jour), le malade se présente à l'hôpital. La main et le poignet sont considérablement tuméfiés. La main a un aspect monstrueux : les doigts ont un volume double du volume normal; les deux faces palmaire et dorsale de la main ont une forme globuleuse; au niveau de l'articulation du poignet il y a une sorte d'étranglement, puis une nouvelle tuméfaction remontant environ à trois travers de doigt au-dessus du pli articulaire.

Toutes les parties tuméfiées sont chaudes et extrêmement douloureuses au moindre mouvement du malade, au moindre attouchement du chirurgien. Les doigts sont légèrement rétractés, il y a donc une griffe commençante. Les mouvements de flexion et d'extension sont impossibles.

Au-dessus du poignet, à la face palmaire de l'avant-bras, il y a une fluctuation profonde franche. Enfin il n'y a pas de rougeur vive, pas d'œdème de la peau, pas de fièvre intense.

M. Després diagnostique une synovite des gaines du poignet avec épanchement.

Comme le vésicatoire qu'il aurait prescrit avait été déjà appliqué, il fait faire immédiatement de la compression à l'aide d'ouate remontant jusqu'au milieu de l'avant-bras; le pouce seul est libre. M. Després juge inutile de garder le malade à l'hôpital.

Le traitement par compression a été très douloureux pendant quelques heures, puis les douleurs ont diminué et la nuit le malade a pu dormir : c'était la première fois depuis l'accident initial. Le lendemain la santé générale était complètement rétablie et localement les douleurs avaient disparu.

Sixième jour. On enlève l'appareil.

La tuméfaction générale a diminué de moitié : en particulier, celle du poignet, qui formait une tumeur circonscrite invitant réellement à se servir du bistouri, a diminué très notablement. La douleur est aussi beaucoup moindre.

On applique de nouveau un appareil compressif, après avoir mis 100 pointes de feu autour du poignet.

Onzième jour. La tuméfaction a encore diminué, mais elle n'a pas complètement disparu. On maintient la compression.

Seizième jour. On enlève l'ouate, qui est remplacée par un spica fait avec une bande de flanelle.

22 *juillet*. — Trentième jour. Les mouvements du poignet sont douloureux; cette articulation est immobilisée avec l'ouate et une bande silicatée.

Les mouvements de flexion des doigts se font assez facilement; à l'état de repos, les doigts restent cependant toujours dans une demi-flexion.

Les mouvements provoqués sont encore assez douloureux. La tuméfaction a presque complètement disparu aux deux faces de la main.

7 *septembre*. — Il ne persiste plus qu'une légère tuméfaction généralisée à la main. Les mouvements des doigts ne sont plus douloureux, l'index seul est encore un peu raide et ses mouvements sont douloureux.

En résumé, on se trouvait ici en présence d'un de ces cas d'inflammation des gaines des tendons fléchisseurs consécutive à un travail exagéré. Le malade est évidemment exposé, par son métier même, aux écorchures et aux petites plaies de la main, et d'autre part la main et le poignet ont été pris d'emblée sans inflammation préalable d'aucun doigt.

Depuis Dolbeau il existe une sorte de trouble dans les indications thérapeutiques qu'on doit suivre dans cette affection. Les uns, croyant à une angioleucite profonde, préconisent bien les incisions préventives, s'il y a fluctuation. Les autres, croyant à l'inflammation primitive des gaines, veulent des incisions hâtives *quand même*. M. Després croit à l'efficacité des révulsifs appliqués dans les quarante-huit heures du début et de la compression méthodique ensuite. On ne devra faire des incisions que si la suppuration est manifeste, et elle le sera s'il y a une douleur excessive à la pression, de l'œdème de la peau et une fièvre intense.

Mais ces cas sont exceptionnels.

La fluctuation seule ne suffit pas pour indiquer des incisions, elle doit être accompagnée des signes précédents. De même que les arthrites aiguës ne doivent pas être ouvertes, sans mûre réflexion, dit M. Després, de même les inflamma-

tions aiguës des gaines tendineuses ne doivent pas être ouvertes dans la grande majorité des cas.

La compression suffit.

DIABÈTE CONSÉCUTIF A LA CHLOROFORMISATION

POUR UNE OPÉRATION DE RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE

Par le Dr A. Fort, à Rio-de-Janeiro.

M. H..., vingt ans, Brésilien, a un rétrécissement très étroit. Je le dilate insensiblement, avec beaucoup de difficultés, et je parviens, après plusieurs jours, à pouvoir introduire le cathéter cannelé de l'électrolyseur. Nous étions en octobre 1882.

Le malade est très pusillanime, il demande le chloroforme. Il était tellement exalté que j'ai cédé à sa prière. Il est rare que je consente à donner le chloroforme pour opérer un rétrécissement; je ne l'ai donné que quatre fois sur plus de 200 opérations.

J'applique la lame de platine de l'électrolyse Jardin, je ferme le courant et en quelques secondes l'opération est terminée.

Le jour même de l'opération, le malade se plaint d'uriner beaucoup. Les jours suivants, la quantité d'urine augmente et le malade, au bout de quatre jours, rend 8 litres d'urine. Avant l'opération, ses urines étaient naturelles; elles avaient été analysées. Elles ne contenaient rien d'anomal. La polyurie et le diabète sucré dataient donc du moment de l'opération. Il y avait plus d'un kilogramme de sucre par jour.

J'ai cru à un diabète passager. J'ai envoyé le malade en province dans sa famille, où il a subi un traitement médical et le régime ordinaire des diabétiques. Mais aucune amélioration ne s'est manifestée.

La polyurie et le diabète ont continué. Le malade a eu de l'incontinence d'urine. Il a beaucoup maigri et il s'est manifesté de l'amblyopie.

Nous sommes en février 1883. La quantité d'urine a un peu diminué, mais il y a de temps en temps de l'incontinence. Le malade est maigre et ses urines sont toujours sucrées.

Le malade meurt en avril 1883. Je ne l'ai pas vu dans les derniers mois.

Je ne connais aucun cas analogue à celui-ci. Le malade m'était parfaitement connu, et depuis longtemps avant l'opération. Il n'est pas douteux pour moi que la maladie a débuté le jour même de la chloroformisation. Doit-elle être attribuée à la chloroformisation ou à l'action du courant électrique? Il est difficile de répondre à cette question.

J'ai électrolysé deux autres malades de la même manière; après chloroformisation, il ne s'est rien produit de particulier. J'espère que cette observation provoquera la publication de cas analogues, afin d'éclairer ce point obscur de pathogénie du diabète.

ENQUÊTES SUR L'IMMUNITÉ CHOLÉRIQUE ET TYPHOÏQUE

SUR LES OUVRIERS EN MÉTAL BLANC ET LES OUVRIERS EN CUIVRE, EN BRONZE OU EN LAITON (1).

Par M. le docteur V. Burq.

B. Enquête sur le métal blanc. — *a. Succursale de Bornel.* — Une lettre de la maison de vente, sise rue Hauteville, 4 et 6, nous disait déjà le 25 août :

« La fabrique (du faubourg du Temple) n'a été fondée qu'en 1880. Nous ne pouvons donc, en ce qui nous concerne, rien vous dire relativement aux épidémies antérieures à cette date.

« Mais le chef de la fabrique a questionné quelques ouvriers qui, depuis longtemps, travaillent dans la partie. *Ils ont répondu qu'ils ne connaissaient pas de camarades ayant été atteints par les dernières épidémies.* D'ailleurs, si vous désirez en interroger quelques-uns, nous ne voyons pas d'inconvénient à ce que vous alliez à la fabrique.

« *Pour la Société des couverts alfénides*, Lecesne. »

Nous nous sommes hâté de profiter de la permission. Après avoir visité l'usine, nous y avons interrogé les ouvriers. L'un d'eux, fils d'un cuivreux, mort à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, et cuivreux lui-même depuis quarante ans, nous a tenu ce langage en présence du contre-maître et d'autres ouvriers :

« Je connais des centaines d'ouvriers de ma partie, et je n'en sais pas un seul qui ait été atteint soit par le choléra, soit par la fièvre typhoïde. Quant à la petite vérole, je n'en ai connu qu'un cas qui a guéri. Je crois, comme tous mes camarades, que le cuivre est un préservatif de ces maladies. »

Ainsi donc voilà, d'une part, les cuivreux de Bornel frappés, comme pas un, par la fièvre typhoïde et, d'autre part, les ouvriers d'une succursale de la même usine qui sont unanimes pour déclarer que les ouvriers de leur partie ont été, ainsi qu'eux-mêmes, toujours respectés aussi bien par la fièvre typhoïde et la variole que par le choléra! Est-ce clair? Et où trouver les causes de cette différence ailleurs que dans les conditions hygiéniques déplorables des premiers et contre lesquelles il n'y a point de préservatif qui tienne?... Mais poursuivons.

Nous avons enquêté ensuite successivement toutes les principales maisons qui font concurrence à celle de l'Alfénide. Nous y avons apporté d'autant plus de soins qu'à tout prendre, il pouvait fort bien se faire que les propriétés du cuivre fussent plus ou moins masquées par le nickel et le zinc qui ensemble entrent pour 1/2 à 3/5e, dans la composition du métal blanc. Partout la vertu prophylactique du cuivre a été affirmée plus que nous ne nous y attendions par les déclarations suivantes :

b. « J'occupe à Paris 120 ouvriers environ et presque le double à mon usine de Courtalin.

« *En temps d'épidémie de fièvre typhoïde, je n'ai jamais eu un seul ouvrier atteint.*

« *Il en est de même pour les cas de choléra...* »

« *27 août.* Desclerc. » (Ancienne maison Gombaut, fondée en 1821.)

c. « Depuis plus de quarante ans que nous travaillons les métaux et principalement le cuivre, nous n'avons jamais eu à constater, parmi les 80 ouvriers que nous occupons, *aucun cas cholérique ni typhoïque.*

« Tout porte donc à croire que les poussières de cuivre, loin d'être nuisibles, peuvent être considérées comme un *anti-épidémique.* « *27 août.* Cailar et Bayard. »

d. « L'usine de Méry a été fondée par moi en 1860. Le personnel a varié entre 60 et 180 ouvriers de 1861 à 1877, époque à laquelle je vendis mon usine à la maison Christofle qui l'a transférée dans son usine de Saint-Denis.

« Je ne me souviens pas *avoir eu un seul cas de choléra* parmi mes ouvriers en 1865-1866.

« Pour les autres maladies je ne puis me prononcer. » (*4 septembre.* Chéron.)

e. « Notre personnel est de 40 personnes. La maison a été fondée en 1815.

« Depuis 1858, je m'occupe des affaires et *je n'ai jamais vu*, dans mes ateliers, de *cas de choléra*, de *fièvre typhoïde, petite vérole* ou *autre maladie épidémique.*

« Je me souviens aussi avoir entendu mon grand-père et mon père signaler le même fait.. » (*1er septembre.* Veyrat.)

f. Nous passons maintenant à la maison Christofle. Nous l'avons réservée pour la fin parce qu'elle dépasse toutes les autres en importance et qu'elle fait suite, pour ainsi dire, à l'usine de Bornel

(1) Voir le numéro du 24 novembre 1883.

qui, pendant nombre d'années, a travaillé pour elle, et à celle de Méry dont elle a acheté tout le matériel. La maison Christofle, au lieu de s'en tenir à des appréciations d'ensemble, a bien voulu faire à notre intention un dépouillement de ses bulletins médicaux et dresser un état duquel nous extrayons ce qui suit.

L'usine de M. Christofle a un personnel de 600 ouvriers, dont 400 sont en contact direct avec le cuivre.

Depuis l'année 1876, inclusivement, époque à laquelle la maison s'est mise elle-même à fabriquer le couvert en métal blanc, on a compté 1,745 malades, dont 9 affectés de fièvre typhoïde et 9 de variole.

TOTAL : 18 cas de maladies épidémiques, *dont aucun ne fut mortel.*

Ce chiffre 18, n'étant que 1/96 de 1,745, est déjà très significatif par lui-même. Mais il acquiert une importance bien autre quand, faisant ce qui aurait dû être fait pour les cuivreux de Bornel, on précise la spécialité du travail de ces 9 typhoïques et de ces 9 varioleux.

Il ne faut point oublier, en effet, que parmi les ouvriers de maisons telles que celle de M. Christofle ou de M. Halphen, les uns, comme les dérocheurs, les argenteurs, les doreurs, les brunisseurs, les aviveurs, etc., ne font aucune poussière cuivreuse ; d'autres, les découpeurs, les lamineurs, les retoucheurs, les graveurs, etc., n'en font que très peu, tandis que les ébarbeurs, les limeurs, et surtout les polisseurs, en font en général autant qu'il est nécessaire pour que la préservation ait lieu, de sorte qu'il ne saurait être permis d'englober tous ces ouvriers sous une même dénomination pour en tirer cette conséquence qu'ils ont droit à la même immunité. Donc la maison Christofle a fait la distinction voulue, et il s'est trouvé qu'il y avait parmi les 9 typhoïques : 1 chauffeur, 1 galvanoplaste, 1 gratte-boësseur (1), 2 brunisseurs, 1 orfèvre, 1 guillocheur, 1 graveur et 1 ciseleur; et parmi les 9 varioleux, 1 employé de bureau, 1 décapeur, 1 gratte-boësseur, 3 brunisseurs ou brunisseuses, 1 graveur et 2 ciseleurs.

TOTAL : 3 ciseleurs, préservation du deuxième degré; 2 graveurs, préservation du dernier degré, et pas un monteur, limeur et polisseur !

Cette statistique si précise peut se passer de commentaires.

Ajoutons qu'en 1869, un grand fabricant de métal blanc de la rue de Lyon, n° 55, nous écrivait :

« Dans ma fabrique, en 1865-1866, aucun de mes ouvriers n'a été atteint par l'épidémie de choléra. » (6 *avril*. COTTIAU.)

C. ENQUÊTE SUR LES OUVRIERS EN CUIVRE VÉRITABLES. — Après en avoir fini avec les ouvriers en métal blanc, nous sommes revenu aux ouvriers en cuivre, en laiton ou en bronze, qui furent le point de départ de nos recherches, et qui, eux, ne prêtent point aux mêmes controverses sur la spécialité de leur travail, celle-ci ressortant généralement de l'indication même de la profession.

L'enquête a été faite ici par simples lettres qui portaient toutes le questionnaire suivant :

1° Combien d'ouvriers occupez-vous en moyenne ?

2° Avez-vous jamais observé parmi eux choléra, fièvre typhoïde, variole ou une maladie épidémique quelconque ?

3° Pouvez-vous dire si oui ou non le cuivre est nuisible à la santé de vos ouvriers ?

4° Avez-vous fait, de par ailleurs, quelque observation conforme ou en opposition avec les faits observés dans vos ateliers ?

Tous les destinataires, estimant sans doute que la thèse que nous soutenons depuis si longtemps est aussi juste que féconde, se sont empressés de répondre.

Sur la deuxième question, *toutes les réponses*, — nous disons toutes, — ont été négatives.

Voici des extraits des plus importantes :

Fonderie et fabrique de bronzes. — Le 23 juillet 1857, M. Thiébaut père, fondateur de la grande fonderie si connue, ancien maire à Paris, nous écrivait la lettre suivante, qui fut communiquée en 1878 au Congrès international d'hygiène :

« En 1849 j'occupais 140 ouvriers et 190 en 1854. Pas de décès par le choléra.

« Je pourrais croire que le cuivre est un préservatif, car, lorsque les journaux ont fait mention de cette découverte, je me suis inquiété de la vérité du fait (préservation) et je n'ai rencontré aucun cas de choléra parmi les 4 à 500 ouvriers en cuivre que je connais. »

Neuf années après, le 31 mars 1866, le même M. Thiébaut nous écrivait encore :

« Pendant la dernière épidémie nous n'avons eu aucun cas de maladie... Le nombre d'hommes que j'occupais pendant ce temps variait entre 250 à 300. »

Voici maintenant la lettre que nous avons reçue de MM. Thiébaut fils, qui ont donné une si grande extension à l'industrie de leur maison.

g. « Nous ne pouvons que vous confirmer la lettre que vous a écrite M. Thiébaut en 1857 et vous dire que, depuis cette époque, les faits qu'elle signale ont été parfaitement confirmés.

« Nous n'avons jamais constaté *aucun cas de choléra* parmi notre personnel.

« Nous n'avons pas eu non plus *un seul cas de fièvre typhoïde* pendant la dernière épidémie.

« Nos contre-maîtres, qui connaissent à peu près tout le personnel des autres fonderies, affirment qu'il en a été de même chez nos confrères.

« Il y a donc tout lieu de croire que le *cuivre est un préservatif*, puisque en temps d'épidémie nous n'avons pas eu d'accident.

« Nous ajouterons que les ouvriers employés à la manutention des vieux cuivres *n'ont jamais éprouvé aucun malaise* de ce fait. » (1er *septembre*. THIÉBAUT frères.)

L'affirmation de MM. Thiébaut est corroborée à peu près dans les mêmes termes par la maison Laveissière et Secrétan, Société au capital de 25 millions de francs, qui occupe 350 ouvriers en moyenne dans son usine de Saint-Denis, par MM. Brocquin et Lainé, et par M. Moltz, chefs des deux fonderies les plus importantes de Paris après celle de MM. Thiébaut.

Passons à la fabrique des bronzes.

h. « Je ne puis que vous confirmer ce que je vous ai dit dans le temps. Mes ateliers fonctionnent depuis plus de trente années. Je n'ai *jamais* eu parmi mes ouvriers (le chiffre n'en est pas indiqué, mais nous savons qu'ils s'élevaient à environ 500 au moment de l'épidémie de choléra de 1865-1866), à l'exception d'un ciseleur que je vous ai cité, de *cas de choléra*, de *fièvre typhoïde*, de *variole* ou de *toute autre maladie épidémique*.

« Je puis vous dire que ceux de mes ouvriers qui sont en contact continuel avec les poussières de cuivre, sont tous dans un très bon état de santé. » (4 *septembre*. BARBEDIENNE.)

Il ne sera point inutile de faire remarquer que les ateliers de M. Barbedienne sont situés rue de Lancry, c'est-à-dire non loin de la caserne du Château-d'Eau où la fièvre typhoïde fit, en 1876-1877, tant de victimes.

La déclaration de M. Barbedienne étant d'accord avec celle de M. Tournié, le secrétaire trésorier actuel de la Société du Bon-Accord, 1 cas de fièvre typhoïde, 1 cas de diphtérie et 1 cas de variole, — total : 3 cas en soixante-quatre années, — nous n'avons pas poussé plus loin, cette fois, nos investigations du côté de la fabrique de bronzes. En agir autrement, c'eût été à n'en pas finir, tant cette industrie occupe de bras à Paris.

CHAUDRONNERIE EN CUIVRE. — *i.* « Ma maison existe depuis 1780. Les ateliers de chaudronnerie en cuivre occupent environ 70 hommes.

« Je ne me souviens pas de maladies épidémiques ayant sévi parmi eux.

« J'ai interrogé les plus vieux ouvriers de ma maison, et il m'a été dit que, lors du choléra de 1849, on n'a pas connu de cas de

(1) On appelle *gratte-boësseur* l'ouvrier qui, après l'argenture ou la dorure d'une pièce, la frotte dans toutes ses parties, avec un pinceau fait de fils de laiton très fin, pour enlever l'excès d'or ou d'argent.

contagion chez des chaudronniers en cuivre et que depuis on n'a pas vu non plus de ces ouvriers atteints de *fièvre typhoïde*, de *choléra* ou de *petite vérole*. Du reste, aucun de mes ouvriers ne porte des traces de cette dernière maladie.

« Cette année deux cas de fièvre typhoïde — non suivis de mort — ont été observés dans mes ateliers; l'un chez un forgeron et l'autre chez un jeune apprenti. » (2 *septembre*. ÉGROT.)

Rappelons que la grande maison Cail, de Grenelle, nous écrivait, en 1866 :

« Notre personnel, dans la dernière épidémie, était d'environ 3,000 ouvriers.

« 21 hommes ont été atteints et 4 sont morts, savoir : 2 fondeurs en fer, 1 chaudronnier en fer et 1 homme de peine.

« *Aucun de nos ouvriers en cuivre*, qui étaient au nombre de 230, n'a éprouvé d'atteinte de l'épidémie. » (15 *mars* 1866. CAIL et Cie.)

INSTRUMENTS DE MUSIQUE. — *j*. « Je persiste en tous mes dires antérieurs, à savoir que les ouvriers dans les instruments de musique en cuivre ne sont pas sujets au choléra.

« Quant à la fièvre typhoïde, il n'est point dans mes souvenirs d'en avoir observé un seul cas.

« Je n'ai pas observé davantage, dans les ouvriers de ma partie, des cas de petite vérole ou d'angine couenneuse.

« Je suis né dans la facture des instruments de musique et ne l'ai point quittée depuis plus de soixante ans. Je ne puis chiffrer, même approximativement, le nombre d'ouvriers que j'ai pu employer ou connaître. Ils se comptent par milliers. » (1er *septembre*. A. SAX, rue de Rocroy, 26.)

OPTIQUE. — *k*. « Ma maison a été fondée en 1818, elle occupe en ce moment une centaine d'ouvriers.

« Je n'ai jamais eu aucun cholérique, pas plus pendant les épidémies de 1853-1854 et de 1865-1866 que pendant celles de 1832 et de 1849.

« En fait de fièvre typhoïde, je me souviens d'en avoir eu deux cas survenus l'un et l'autre au cours d'une autre maladie. (Chômage.)

« Enfin, en 1877, j'ai perdu un apprenti mort au mois de septembre.

« Je n'ai aucun cas de petite vérole à vous signaler. » (15 *septembre*. E. BARDOU, 55, rue de Chabrol.)

Nous arrêtons là nos citations. Nous rappellerons, avant de conclure, que les enquêtes faites, *sur documents officiels*, au sujet des épidémies de fièvre typhoïde de 1876-1877 et 1882-1883, n'ont donné, ensemble, pour tous les ouvriers en cuivre de Paris que 4 décès !

CONCLUSION. — Ainsi donc, sauf d'infimes exceptions, à Paris : immunité constante, par rapport à la fièvre typhoïde et la variole aussi bien que par rapport au choléra, non seulement des ouvriers en cuivre et en bronze ou en laiton, mais même des ouvriers en métal blanc dans la composition duquel le cuivre n'entre cependant que pour 1/2 à 3/5, de sorte que, au lieu de nous borner à qualifier de *probable* l'immunité typhoïque de ces ouvriers, nous pouvons maintenant dire hautement qu'elle est *presque aussi certaine que l'immunité cholérique*. Et comme l'on ne saurait prétendre expliquer cette immunité si patente ni par des émanations sulfureuses, ainsi qu'on l'a fait récemment pour les grilleurs de pyrites des mines de cuivre de Fahlen, en Suède, ni par autre chose que par les poussières mêmes du métal mis en œuvre ; comme l'on ne saurait non plus continuer à arguer que d'autres professions ont été également respectées vu que nous avons démontré que les vidangeurs et les égoutiers, si souvent cités, furent au contraire littéralement décimés, que les tanneurs et les gaziers ont payé à la maladie un tribut au-dessus de la moyenne, comment ne pas en conclure qu'en se mettant dans les mêmes conditions d'imprégnation cuprique que les ouvriers en cuivre les plus épargnés, on a de grandes chances, *nous ne disons pas la certitude*, puisque nous avons cité nous-même 16 décès cholériques et 4 typhoïques d'échapper tout au moins au choléra et à la fièvre typhoïde.

D'autre part, démonstration que si les ouvriers de l'usine de Bornel n'ont point été préservés de la fièvre typhoïde comme ceux d'Ercuis ou, mieux encore, comme leurs camarades de la succursale de cette usine fondée à Paris en 1880, cela tient à ce qu'ils vivent dans des conditions hygiéniques qui les mettent absolument hors la loi de la préservation cuprique.

Et maintenant que nous avons mis hors de doute ce fait si plein de conséquences pratiques, à savoir : que les sels de cuivre, quand ils sont ingérés tous les jours en quantité suffisante et que rien ne vient entraver leur action ou agir en sens inverse, ont la vertu, au bout d'un certain temps, « de modifier le milieu organique humain de manière à le rendre impropre à la pullulation des germes morbides du choléra et de la fièvre typhoïde », et vraisemblablement de la variole, de la diphtérie et d'autres maladies infectieuses, parmi lesquelles il y aura peut-être un jour à inscrire aussi la fièvre jaune; maintenant que sur la question de l'immunité cuprique professionnelle nous pouvons considérer notre tâche comme finie, il nous reste à accomplir ce double devoir : premièrement, de remercier les honorables confrères, le docteur Gey (de Méru) surtout, et tous les grands industriels, MM. Christofle, Desclerc, Cailar et Bayard, Veyrat, Thiébaut, Barbedienne, Laveissière, A. Sax, Bardou, etc., etc., pour l'empressement qu'ils ont mis à nous fournir les moyens d'avoir raison encore une fois des envieux et des impuissants; et secondement, d'adresser l'expression de notre profonde gratitude à la rédaction de la *Gazette des hôpitaux*, pour avoir généreusement ouvert à la défense les portes qui ailleurs se sont fermées après avoir été grandement ouvertes à l'attaque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 décembre 1883. — Présidence de M. MILLARD.

COMMUNICATIONS

Angine de poitrine. — M. **HUCHARD** présente un travail qu'il a fait sur l'angine de poitrine. Il distingue la vraie angine de poitrine, toujours mortelle, des fausses angines de poitrine, dont on peut obtenir la guérison. Il démontre que la première est due à une ischiémie cardiaque.

Comme traitement, indépendamment des injections de morphine dont on connaît les bons effets, il vante d'une façon toute spéciale les inhalations de nitrite d'amyle et insiste sur l'importance du traitement préventif, c'est-à-dire d'une bonne hygiène, de l'iodure de potassium et surtout de l'iodure de sodium.

Alimentation par le rectum. — M. **MILLARD** présente un travail de M. Laboque (d'Arcachon) sur le rejet des liquides par la plaie trachéale à la suite de la trachéotomie et sur l'importance, en pareil cas, de l'alimentation rectale. Il a pu ainsi, pendant dix jours, nourrir exclusivement par des lavements un enfant récemment trachéotomisé. Cet enfant prenait cinq lavements par jour, un premier lavement simplement évacuateur, puis quatre lavements contenant chacun quatre cuillerées de peptone, ce qui représente à peu près 250 grammes de viande.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — M. **RENDU** présente des pièces anatomiques provenant d'un malade mort dans son service à l'hôpital Tenon.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, très grand, assez bien développé, qui, dans son enfance, n'avait jamais pu courir et se trouvait assez vite fatigué à la suite du moindre exercice musculaire. C'est là le seul trouble fonctionnel que l'on trouve dans ses antécédents. Il n'a jamais eu de rhumatismes. Lorsqu'il entra à l'hôpital, il se plaignait depuis huit ou dix mois de palpitations du cœur, d'anxiétés, d'oppressions, toussait un peu, présentait

en un mot toutes les apparences d'un cardiaque aortique : anémie profonde, vertiges, dyspnée, palpitations, suffocations, etc. A l'auscultation du cœur, on trouve un souffle rude à la base, présentant tous les caractères d'un souffle de rétrécissement, mais ne coïncidant ni avec le premier ni avec le second temps. La pointe battait dans le cinquième espace intercostal, en dedans du mamelon. Le premier bruit était normal, correct ; puis venait le petit silence au milieu duquel se produisait un bruit rude, prolongé, couvrant la diastole. C'était donc un bruit post-systolique ou prédiastolique. Le pouls était petit et serré, mais régulier. Il y avait un peu d'albumine dans les urines.

L'état de ce malade présenta d'abord une notable amélioration sous l'influence du repos, d'une bonne alimentation et des toniques. Au mois de septembre, il prit froid, et, en quelques jours, offrit un état typhoïde très accentué, si bien que M. Barié, qui remplaçait alors M. Rendu, pensa qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde. Mais bientôt une hématurie vint montrer qu'il s'agissait d'une néphrite aiguë et ce malade présenta tous les caractères de la maladie de Bright ; il fut pris d'une congestion pulmonaire et succomba vers la fin du mois de novembre.

A l'autopsie, on trouva un cœur volumineux ; le cœur droit était énorme, le cœur gauche semblait être un appendice. Les parois ventriculaires droites mesuraient 3 centimètres d'épaisseur. Il y avait un rétrécissement de l'artère pulmonaire extrêmement serré ; au delà du rétrécissement, elle était, au contraire, très dilatée. Il y avait donc une tension notable en amont comme en aval du point rétréci. On constatait également l'existence d'une endartérite végétante. La valvule tricuspidienne était normale ; jamais d'ailleurs le malade n'avait présenté de signes d'insuffisance tricuspidienne. Il n'y avait pas d'infarctus pulmonaire, ni la moindre trace de turberculose. Il s'agissait d'un rétrécissement acquis, mais remontant aux premières années de la vie.

Pleurésie hémorragique.— M. ROBERT MOUTARD-MARTIN communique l'observation d'un homme de soixante-quatorze ans, qui s'est présenté à l'hôpital Necker avec toutes les apparences d'un cardiaque : essoufflement et dyspnée depuis plusieurs mois, irrégularité du pouls, état athéromateux des artères. Cependant l'auscultation ne révèle aucun souffle au cœur ; il y a seulement de l'arythmie. Du côté des poumons, congestion, râles muqueux et sous-crépitants à gauche ; à droite, matité presque complète, petits râles fins après la toux, peu d'égophonie, vibrations à peine abolies, peu de souffle. Le foie est d'un volume considérable. On constatait donc, en un mot, les signes d'une pleurésie. M. Grancher porta le même diagnostic.

Une ponction fut faite qui amena 2,000 grammes environ d'un liquide sanguinolent. Ce liquide, le lendemain, était pris en masses fibrineuses. Il s'agissait donc d'une pleurésie hémorragique, pleurésie qui ne semblait symptomatique ni de tubercules, ni de cancer. Après la ponction, il y eut un souffle doux pendant quarante-huit heures, puis les mêmes signes reparurent. M. Moutard-Martin fit successivement trois ponctions avec une seringue de Pravaz. Ces trois ponctions restèrent sans résultat. Le liquide ne s'est donc pas reproduit.

Ce malade, au devant du foie très développé, présentait une petite tuméfaction d'apparence fluctuante. C'était plutôt de la fausse fluctuation ; il y avait donc lieu d'hésiter entre un lipome et un kyste hydatique. La ponction n'ayant pas amené de liquide, c'était donc d'un lipome qu'il s'agissait.

Ce malade est aujourd'hui à Bicêtre et, sauf un peu de congestion pulmonaire, jouit aujourd'hui d'une très bonne santé. Cette observation présente donc un double intérêt, d'abord la nature hémorragique du liquide chez un homme de cet âge, en second lieu la guérison d'une pleurésie hémorragique par une seule ponction.

La séance est levée.

LES LIVRES D'ÉTRENNES (1).

VI. Histoire des Romains (2), par Victor DURUY. — **VII. Nouvelle Géographie universelle** (3), par Élisée RECLUS. — **VIII. Histoire d'un pont** (4), par Félix NARJOUX. — **IX. Les Nains et les Géants** (5), par Édouard GARNIER.

II

VI. Le tome VI de l'*Histoire des Romains* nous conduit de l'avènement de Commode à la mort de Dioclétien.

La onzième période comprend l'histoire des princes africains et syriens (180-235). Commode, Pertinax et Didius Julianus, Sévère et les guerres contre Niger, Albinius et les Parthes. La figure de Septime Sévère (193-211) se détache tellement en relief, que M. Duruy en profite pour jeter un coup d'œil sur son gouvernement et nous fait connaître sa cour, Plautianus et Julia Domna ; puis sa législation et administration, Papinien ; il nous montre enfin Sévère en Bretagne. Il étudie ensuite l'Église au commencement du troisième siècle et la persécution sous Sévère.

Caracalla, Macrin et Élagabal se succèdent de 211 à 222. Caracalla avait accordé le droit de cité à tous les habitants de l'empire. Le doux, pieux et faible Alexandre Sévère se débat contre les séditions qui éclatent partout; il faut casser des légions entières. L'empire est ébranlé, il doit repousser les envahisseurs ; les Sassanides menacent l'empire, il faut dégarnir la ligne du Rhin et du Danube afin de fortifier celle de l'Euphrate et du Tigre, et pour veiller de plus près sur cet ennemi l'empire finira par déplacer le centre de sa puissance, en reportant sa capitale de l'Occident à l'Orient.

Le choc ne peut plus être évité et les Romains dirigent leurs expéditions et contre les Perses et contre les Germains ; Maximin devient l'élu des troupes et Sévère est assassiné avec sa mère.

La douzième période nous montre l'anarchie militaire (235-268) et le commencement de la décadence. Nous venons de voir les troupes jeter le manteau de pourpre sur les épaules de Maximin, un soldat de fortune. La faveur populaire ne sera pas longue et sept empereurs se succèderont en quatorze ans, de 235 à 249. Ce sont d'abord Maximin, puis Gordien I et Gordien II, puis Pupien et Balbin, puis Gordien III, puis Philippe. Arrêtons-nous et jetons un coup d'œil sur ce milieu du IIIe siècle ; le monde barbare, l'armée romaine et l'administration méritent un moment de méditation. L'industrie, le commerce et les arts sont en décadence ; la dépopulation devient inquiétante.

Mais Dèce monte sur le trône, rétablit la censure dans la personne de Valérien qui lui succèdera ; les barbares ravagent l'empire ; Valérien persécute les chrétiens. Enfin apparaissent les empereurs provinciaux.

La treizième période sur laquelle se termine le VIe volume de l'*Histoire des Romains* nous fait assister au raffermissement de l'empire par les princes illyriens (268-305). La première invasion est repoussée par Claude II ; deux ans après, Aurélien prend la pourpre. Puis, en neuf ans, à la suite d'une tentative de restauration sénatoriale, nous voyons successivement Tacite, Florianus, Probus, Carus, Carinus et Numérianus. Dioclétien et Maximien nous présentent la dyarchie, bientôt elle devient tétrarchie, sous l'inspiration de Dioclétien qui réorganise l'administration et la législation. Il ouvre l'ère des martyrs (303-311), abdique en 303 et meurt en 313.

Quatre mémoires intéressants forment un appendice à ce nouveau volume que sa richesse en gravures, en cartes et en chromolithographies maintient à la hauteur des volumes précédents.

VII. L'Asie antérieure forme le sujet du neuvième volume de la *Nouvelle Géographie universelle* et complète l'étude de l'Asie, que

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 décembre.

(2) Un magnifique vol. in-8o jésus. Prix broché, 25 fr. — Paris, Hachette et Cie.

(3) Un magnifique vol. in-8o jésus. Prix broché, 30 fr. — Paris, Hachette et Cie.

(4-5) Un vol. in-16. Prix broché, 2 fr. 25. — Paris, Hachette et Cie.

M. Reclus a présentée successivement sous les titres d'Asie russe, d'Asie orientale, de l'Inde et l'Indo-Chine et enfin d'Asie antérieure, chacune de ces divisions formant un volume.

Après des considérations générales, l'auteur nous fait connaître l'Afghanistan, le Baloutchistan, la Perse et la Turquie d'Asie. Cette dernière dénomination est vaste : elle comprend le Lazistan, l'Arménie et le Kourdistan, le littoral du Pont, les bassins du lac du Van, du Haut-Euphrate, du Tigre et de l'Euphrate; le bas Kourdistan, la Mésopotamie et l'Irak-Arabi. L'étude de la Turquie d'Asie comprend encore l'Asie Mineure, Cypre, la Syrie, la Palestine et le Sinaï.

Un dernier chapitre est consacré à l'Arabie.

Si nous disons maintenant que cette description a exigé plus de neuf cents pages, cinq cartes en couleur tirées à part, cent cinquante-cinq cartes dans le texte et quatre-vingt-cinq vues et types gravés sur bois, on se fera une idée de cette mine si riche de faits géographiques, ethnographiques et anthropologiques qui ont fait le succès si mérité de la *Nouvelle Géographie universelle.*

Vouloir seulement soulever le voile des études de mœurs si curieuses de la vie orientale nous entraînerait trop loin et le temps nous presse. Nous laissons aux lecteurs le charme de ces découvertes.

VIII. Tout le monde comprend l'utilité d'un pont, mais combien savent par quelle filière a passé l'invention de ces voies précieuses. C'est ce que M. Narjoux nous retrace et son *Histoire d'un Pont* se fait lire avec plaisir.

Il divise les ponts en anciens, en moyen âge et en modernes.

C'est d'abord le pont gaulois, le pont de bois des Romains, le pont de pierre de la conquête romaine, celui de l'empire gallo-romain et de l'invasion des Barbares, le pont franc et le pont carlovingien.

Puis, avec le moyen âge, nous trouvons les frères Pontifes auxquels on doit, entre autres, le célèbre Pont Saint-Esprit. Les défenses des ponts, le péage, le pont couvert, nous livrent leurs secrets au milieu d'une fable agréable destinée à masquer le côté technique. Après le pont de bateaux, nous voyons le nouveau pont de Vauban; le halage et la vapeur nous amènent insensiblement aux ponts modernes.

Ces derniers sont ou suspendus ou de pierre : enfin le dernier mot actuel est aux ponts de fer (arcs et poutres).

Près de 300 pages illustrées ont suffi pour nous donner une idée très juste des difficultés de la construction d'un pont et des progrès de l'intelligence humaine.

IX. Un dernier livre pour clore cette série. Il nous est présenté par M. Garnier, qui a fait des recherches très intéressantes sur *Les Nains et les Géants.*

L'auteur nous entretient d'abord des peuples nains; puis il étudie le nanisme au point de vue pathologique et nous montre les nains dans l'histoire.

Les nains ont été en titre d'office chez les souverains, les princes et les grands seigneurs, non seulement dans l'antiquité, mais en Orient, en Europe, au moyen âge et dans les temps modernes. M. Garnier raconte la vie des plus célèbres. Puis il les suit dans les foires, les représentations publiques et nous montre jusqu'aux affiches des Barnums et une réduction fort curieuse d'une réclame de l'Alhambra de Londres.

Les géants ne fournissent pas à l'auteur un chapitre moins intéressant.

Il les suit dans l'écriture sainte, dans la mythologie et les historiens de l'antiquité; et, suivant le même plan, il étudie les peuples géants, et le gigantisme au point de vue physiologique et pathologique. Il nous présente enfin les géants célèbres, ceux qui se sont montrés en public ou dans les foires. L'ensemble de cette étude est d'une lecture attrayante et mérite de nous arrêter quelques instants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — M. Lancereaux désirant rester à la Pitié, M. Gouraud conserve son service à Saint-Antoine; M. Hallopeau passe de Saint-Antoine à Saint-Louis, et M. Tennesson passe de Tenon à Saint-Antoine.

— Par décret, en date du 14 décembre 1883, une médaille d'or de première classe a été décernée à M. le docteur Fouquet, médecin de la Société de bienfaisance du Caire, pour son dévouement exceptionnel lors de la dernière épidémie cholérique survenue en Égypte.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Auvard, interne à la Maternité, est nommé aide au laboratoire de la clinique d'accouchement, en remplacement de M. Doléris, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Roussy, préparateur du laboratoire de thérapeutique, est nommé chef de ce laboratoire, en remplacement de M. Jaillet, démissionnaire.

M. Varenne, pharmacien de première classe, est nommé préparateur du laboratoire de thérapeutique, en remplacement de M. Roussy, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Parisot (Pierre) est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Schmitt, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Curie, préparateur de minéralogie à la Faculté des sciences de Paris, est nommé maître de conférences de minéralogie, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1883-1884.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la glycosurie ou diabète sucré, son traitement hygiénique, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine. Deuxième édition, augmentée d'une cinquième partie sur la glycosurie. 1 fort vol. gr. in-8°. — Prix : 15 francs. — Paris, Alcan.

Hygiène des Européens dans les pays intertropicaux, par le professeur Nielly. 1 vol. in-18° avec 19 planches. — Prix : 5 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude médico-philosophique sur les formes, les causes, les signes, les conséquences et le traitement de l'onanisme chez la femme, par le docteur Pouillet. Quatrième édition. 1 vol. in-18°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'intervention chirurgicale dans les hernies étranglées compliquées d'adhérences avec gangrène, entérectomie et entérorraphie, par le docteur Barette. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude sur l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires, par le docteur J. Berthaut. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Coccoz.

Contribution à l'étude du lichen planus, par le docteur Lavergne. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'action des courants électriques continus appliqués au voisinage du cerveau et des résultats qu'ils produisent, en particulier dans l'œil, par le docteur Gillet de Grandmont. Grand in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Leçon d'ouverture du cours de clinique de M. le professeur Jaccoud. In-8°. — Prix : 0.75. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15507.

9

Excellente clientèle à prendre de suite, à 3 heures de Paris. Très pressé. Affaires, 15,000f. Prix, 12,000f. — S'adr. à M. Pignot, 47, r. Monsieur-le-Prince, Paris.

131

ANALYSE DE DÉCEMBRE DU

Lait pur et non écrémé DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de décembre, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1,034,40
	gr.	
Beurre par litre	56.700	
Albumine	5.000	
Caséine	37.700	
Sucre de lait	52.400	
Sels	7.900	
Total des matières fixes	159.700	159.700
Eau par litre		874.700

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.568
Acide sulfurique	0.214
Chaux	1.823
Magnésie	0.234
Potasse	2.092
Soude	0.371
Silice, chlore, acide carbonique, fer et perte	0.598
Total	7.900

PRIX :

Dans les dépôts	75 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	80 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les commandes à M. L. Nicolas, propriétaire-agriculteur, 22, rue de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif.

73

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

Sirop MINERAL SULFUREUX **Crosnier** goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

162

Pastilles Géraudel

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des voies respiratoires.**

Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury International de l'Exposition Universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. — Pendant la succion de ces pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces pastilles doivent leur efficacité. — L'étui : **1** fr. **50** dans toutes les phar[ies].

GÉRAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

125

Vins d'Ossian Henry, membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences,* etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

90

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

11

Elixir alimentaire **Ducro.** Viande, Alcool, Écorce d'Oranges amères.

Phtisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

83

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

4

Sirop du docteur Dufau,

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie.

Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.

DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.

Affections du cœur, albuminurie et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

Les stigmates de maïs ont été expérimentés depuis deux ans avec le plus grand succès dans les maladies de la vessie.

Ils ont produit des résultats remarquables dans un grand nombre de cas où les divers moyens habituellement employés avaient échoué. Ils peuvent, d'ailleurs, être employés alternativement ou concurremment avec ceux-ci : goudron, térébenthine, eaux minérales, etc.

Les stigmates de maïs en décoction produisent les mêmes effets que l'extrait, mais ce dernier, et son sirop, présentant toujours la même composition, ont une action qui est toujours identique, et, sous un même volume, on peut prendre une bien plus grande dose de médicament.

Deux à trois cuillerées de sirop par jour suffisent le plus ordinairement. On doit le prendre à jeun de préférence, et dans une tasse ou un verre d'eau froide ou chaude, ou bien de tisane.

Dans tous les cas on obtient une boisson théiforme très-agréable à boire et dont on ne se fatigue point.

3 fr. le flacon dans les principales pharmacies.

Thé du docteur Dufau

AUX STIGMATES DE MAÏS.

1 fr. 50 la boîte.

NOTA. — Les stigmates de maïs donnant un rendement très-variable en principes actifs, on a réservé pour ce thé les stigmates dont le titre n'est pas inférieur à 25 pour 100.

Dépôt général : Pharmacie Lagnoux, 19, rue des Missions, à Paris.

113

Gravelle, Diathèse urique et phosphatique.

Pilules benzoïques Rocher

au *Bromure de lithium*, à l'*Essence de juniperus oxycedrus* et aux *Alcaloïdes du quinquina* (Quinine, Cinchonine, Cinchonidine).

Chaque pilule, du poids de 0g20, contient ces produits dans des proportions égales, et neutralise environ 0g50 d'acide urique.

Ces pilules ont obtenu un succès remarquable dans le traitement du **Catarrhe vésical, Cystite chronique, Néphrites et Coliques néphrétiques, Rhumatismes chroniques, Névralgies et Névroses du col de la Vessie,** et en général dans la plupart des affections des **Reins,** de la **Vessie,** de la **Prostate** et de l'**Urètre.**

LE FLACON DE 60 PILULES, **5 fr.**

Pharmacie Rocher, 1, r. Perrée (Temple), Paris.

31

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, r. *Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

17

Quassine Frémint

Pilules contenant chacune 2 centigrammes de **quassine amorphe.**

TONIQUE AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF.

A donné d'excellents résultats contre *anorexie, dyspepsie atonique, débilité générale, vomissements spasmodiques, irrégularité des fonctions digestives, constipation,* etc.

Doses : de 1 à 3 pilules avant les deux principaux repas.

Le flacon, 3f. — 18, r. d'Assas. Paris, et les ph[les].

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

40

Solution de Salicylate de Soude

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin,** toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

Détail : *Dans les bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie,** rue Racine, Paris.

38

Capsules Mathey-Caylus

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros : Clin & Cie, 14, rue Racine, Paris.

Détail : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

46

Véritables Grains de Santé

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex nº* 603).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt : Phie Leroy, 2, r. Daunou, et toutes ph[ies].

4

RACHITISME, MALADIES DE PEAU, SYPHILIS.

Le Rob Lechaux

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, rue Sainte-Catherine, 164, **Bordeaux,** *contient exactement 40 centigrammes d'Iodure de potassium par cuillerée à bouch.*

Le **ROB LECHAUX** est un excellent produit, qui a depuis longtemps fait ses preuves dans de nombreuses affections d'origine dyscrasique, telles que : la *syphilis invétérée,* les *adénopathies strumeuses,* les *Anémies graves et rebelles,* le *Rachitisme,* etc., etc.

Dans le **ROB LECHAUX,** les sucs de **Cresson,** de **Salsepareille rouge** et d'**Écorce d'Orange** sont savamment combinés à l'**Iodure de potassium,** et c'est grâce à cette combinaison que l'on peut éviter à coup sûr les *Gastralgies,* les *Entéralgies* que produit trop souvent l'iodure administré en solution.

Le flacon : 4 fr., dans toutes les pharmacies.

54

Sirop de Papaïne TROUETTE-PERRET.

Maladies d'estomac, gastrites, gastralgies diarrhées chroniques, vomissements des enfants, etc. Une cuillerée à bouche après chaque repas. Gros, 165, rue St-Antoine. Dépôt toutes ph[ies].

7

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales ph[ies].

80

Sirop-Zed (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE.)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise,* agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs ; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phtisiques, affections des bronches, insomnies,* etc. *Dr. Zed*

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

N° 149. — SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1883. 56e ANNÉE. SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1883. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion du Jour de l'An, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. Urémie mécanique et urémie toxique. — Académie de Médecine. — Société de Chirurgie. — Nouvelles. — Table des Matières.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour la première fois depuis sa fondation, l'Académie s'est décidée à supprimer entièrement une de ses séances hebdomadaires. Le jour de l'an tombait un mardi, et elle ne se réunira pas avant le mardi suivant, 8 janvier.

Et cependant à son ordre du jour figure une question sur laquelle elle est invitée à donner son avis le plus tôt possible : c'est la question de la trichinose, qui a déjà été l'objet de vifs débats parlementaires.

M. Brouardel vient d'être chargé d'aller observer en Allemagne, conjointement avec M. Granger, une épidémie de cette affection. A son retour, il a rédigé, exclusivement au point de vue de l'hygiène publique, un rapport, très bien fait du reste, qu'il a lu à l'Académie et qui tendrait à innocenter de la façon la plus absolue les viandes de porcs américaines des accusations portées contre elles.

En effet, dans l'épidémie en question, épidémie produite par un porc indigène, et qui avait déjà causé en quelques semaines quarante-deux décès, il a été nettement constaté que les atteintes de la maladie devenaient de moins en moins graves à mesure que l'intervalle entre le moment où l'animal trichiné avait été tué et celui où sa chair était consommée devenait plus grand.

Au bout de six jours, ceux qui en mangeaient pouvaient bien être encore malades, mais faiblement et jamais au point d'en mourir.

Or les viandes de porc d'Amérique mettent plus de six jours pour arriver en France, sans compter le temps qu'on emploie à les préparer pour l'exportation. Quelque trichinées qu'elles fussent, on pourrait donc les manger, même crues, sans craindre de voir apparaître, avec son appareil de symptômes formidables, la trichinose mortelle.

Mais alors on s'est donc trompé en Allemagne quand on y a attribué des épidémies meurtrières de trichinose à la consommation de viandes de porc importées d'Amérique ? En effet, le trajet d'Amérique en Allemagne est encore plus long que le trajet d'Amérique en France. Si les trichines s'affaiblissent progressivement et rapidement après la mort de l'animal qui les porte, elles devaient être tout à fait sans action quand on les a incriminées.

C'est là une conclusion logique de faits incontestables habilement groupés ; et cette conclusion, M. Brouardel la développe avec complaisance.

Il n'a pas pu voir les rapports des médecins qui ont observé les épidémies en question, mais il s'appuie sur l'opinion de M. le professeur Wirchow pour les soupçonner d'inexactitude.

Suivant lui, il est très probable que les quartiers de porc importés d'Amérique en Allemagne n'y ont jamais causé d'accidents, ou du moins d'accidents sérieux ; et comme il a vu qu'il avait suffi d'une cuisson très incomplète, de cinq minutes, pour faire disparaître, dans des saucisses préparées avec la chair du porc allemand déjà hachée depuis quelques jours, la moindre trace de nocuité, il ne croit pas qu'il y ait rien à craindre en France, où d'ordinaire on cuit la viande de porc.

Comme le rapport s'appuie sur des observations certaines, consciencieusement et savamment recueillies, la démonstration paraît complète au premier abord.

Malheureusement la question se complique par un examen plus approfondi.

En effet, ce n'est pas la mort de l'animal trichiné, ce n'est pas le temps écoulé depuis cette mort, dont le résultat est l'affaiblissement progressif et enfin la mort des trichines, qui suffisent à expliquer l'innocuité relative signalée par M. Brouardel, c'est le sel mêlé à la viande et qui agit sur les trichines comme un poison lent. M. Colin a mis ce point hors de doute en rappelant de nombreuses expériences faites précédemment par lui.

Or, si dans de la viande hachée, mêlée de sel, telle que l'ont consommée les malades observés par MM. Brouardel et Granger, l'action de cette substance, disséminée partout, doit s'exercer également, régulièrement, dans toutes les parties, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de porcs expédiés par quartiers, et qui peuvent n'avoir subi qu'une salure très insuffisante. Il peut se trouver encore, au centre des morceaux, des trichines parfaitement vivaces, qui ont échappé à l'action du sel et qui pourraient échapper encore à une cuisson trop peu prolongée.

Ainsi la question reste entière ; d'autant plus entière que si dans les villes, particulièrement à Paris, la viande de porc se mange toujours cuite, il n'en est nullement de même dans les villages de nos provinces de l'Est. C'est là surtout qu'on pourrait craindre des épidémies de trichinose,

et que ces épidémies, si elles se produisaient, risqueraient d'être méconnues.

Il est vrai que les porcs indigènes peuvent eux-mêmes être trichinés, et qu'en dehors d'une cuisson complète, il n'est aucune garantie qui soit pleinement efficace.

— C'est presque à l'unanimité que, cette fois, M. Fauvel a été élu vice-président, et il en a paru très vivement touché.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Urémie mécanique et urémie toxique.

Les deux malades dont je vais vous entretenir aujourd'hui, appartiennent au service de M. Peter et sont couchés au nº 2 et au nº 15 de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Ils sont atteints tous deux d'une affection profonde, chronique du rein, et par insuffisance urineuse ils sont menacés tous deux aussi d'accidents urémiques.

Le nº 2 est atteint de néphrite parenchymateuse et les urines sont en ce moment un peu plus considérables que ces jours derniers où il avait des accidents comateux. Le nº 15 présente à la fois une diminution de la quantité des urines et aussi de leur densité, ce qui est très important à constater. Il ne suffit pas, en effet, de faire deux litres d'urine par jour, mais il faut que celle-ci contienne la quantité voulue, normale, de principes extractiles.

L'urémie comporte tout un cortège symptomatique qui peut se manifester de façons très différentes : sous la forme nerveuse, c'est-à-dire par une névralgie très douloureuse, ou par du délire, ou par du coma, ou sous la forme convulsive, sous la forme gastro-intestinale (envies de vomir, vomissements), sous la forme respiratoire, et subitement alors survient une dyspnée intense comme un accès d'asthme pouvant aller jusqu'à l'apnée, sans aucun râle dans la poitrine. C'est, dans ce cas, une dyspnée d'origine bulbeuse par suite de l'intoxication du sang. Tels sont les accidents dont sont menacés nos deux malades.

Des autopsies bien faites ainsi qu'une étude clinique des plus attentives, m'ont fourni la conviction que les troubles urémiques reconnaissent deux causes :

1º Le défaut de quantité des urines ; les malades n'en rendent que 100 ou 200 grammes par jour, de telle sorte qu'ils accumulent dans le sang une quantité d'eau telle qu'elle amène l'hydrémie des centres nerveux et les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence. Ces malades pèchent par excès d'eau dans l'économie et leur système vasculaire laisse sourdre de l'eau de tous côtés. De là des phénomènes d'infiltration. Les individus s'inondent eux-mêmes et de tous côtés sont atteints de troubles organiques et fonctionnels.

Dans l'urémie toxique, c'est la qualité de l'urine qui fait défaut ; les malades n'expulsent, cette fois, que de l'eau et conservent, dans l'économie, les principes tels que l'urée, l'acide urique, les matières extractiles, etc.

Ainsi les premiers gardent trop d'eau par devers eux et inondent leurs vallées, tandis que les autres ont leurs rives desséchées. Dans le premier cas les troubles consécutifs sont d'ordre mécanique, dans le second ils sont d'ordre toxique. Dans ce dernier cas les 20 et quelques grammes d'urée, les 50 centigrammes d'acide urique, les 50 centigrammes de matières extractiles que l'on devrait retrouver à l'état normal dans les urines, n'y sont plus ; ils ne sont plus expulsés, mais ils restent dans l'organisme. C'est la somme de ces principes restant dans le sang qui constitue alors l'urémie dite toxémie.

De ces deux grands faits résultent de grandes différences dans le traitement à faire intervenir.

Ainsi le nº 2 est un urémique mécanique ; aussi est-il infiltré partout, de haut en bas : ascite, œdème pulmonaire, etc. C'est un inondé chez lequel on devra solliciter la fonction rénale de se laisser traverser par les principes aqueux, chez lequel on devra recourir aux agents capables de modifier la tension artérielle, tels que la digitale par exemple. Mais comme l'altération profonde des reins laisse peu de chances de succès, on devra tenter de faire sortir cette eau par toutes les voies possibles ; par les purgatifs, les drastiques à petite dose qui sont sans inconvénient. La méthode cutanée est peut-être bonne aussi par l'exsudation, mais elle est dangereuse parce qu'elle est infidèle, qu'elle ne donne pas toujours les succès sur lesquels on compte.

Le nº 15, au contraire, est un exemple de toxémie. En effet il n'excrète pas suffisamment d'urée, d'acide urique, de créatine et de matières extractiles. De là la nécessité d'un tout autre traitement, car si l'on fait de la sudation, la sueur étant composée presque exclusivement d'eau, son sang sera, par suite, d'autant plus sirupé et le poison sera proportionnellement en quantité plus grande dans ses veines. Un litre de sueur ne contient que 5 milligrammes de principes extractiles, d'où le sang sera plus intoxiqué que la veille par suite de la diminution d'un litre d'eau passé dans les sueurs.

Il est donc ainsi prouvé que le traitement doit être basé sur la quantité et sur la qualité des urines, lesquelles sont absolument nécessaires à connaître.

En 1867, M. Hardy, dont j'étais alors le chef de clinique, m'avait demandé d'aller chez une de ses clientes en proie à une céphalée atroce. A mon arrivée, je la trouvais presque dans le coma ; je ne pouvais tirer d'elle aucune parole, et comme tous les agents thérapeutiques avaient échoué, M. Hardy m'avait prescrit de faire des injections de morphine. J'obtins tout d'abord une certaine amélioration, mais le soir il survenait des phénomènes convulsifs, c'est-à-dire des accidents urémiques ; le pronostic était des plus graves, la malade était menacée de succomber dans les quarante-huit heures. Je passai la nuit auprès d'elle, un peu de calme s'était manifesté pendant quelques heures ; mais, dès le lendemain matin, le délire, le coma, paraissaient de nouveau, s'accompagnant de temps à autre d'accidents convulsifs. Tout espoir de la sauver était perdu, lorsque tout à coup, la nuit suivante, une détente se produisait ; la malade donnait des marques d'intelligence ; les souffrances, atroces quelques instants encore auparavant, avaient disparu. C'était une véritable résurrection dont on s'empressait de rendre responsables les pratiques religieuses, tandis qu'en réalité les règles étaient venues et en telle abondance que, selon l'expression de la religieuse qui la gardait, elle était pleine de sang. Les règles avaient produit ce miracle. Il s'agissait, chez cette jeune femme, de toxémie, d'urémie sèche. Malgré ses trente-quatre ans, la diathèse goutteuse qui régnait dans sa famille depuis Henri III était, chez elle, des plus prononcées. Malheureusement, quelques mois plus tard, des accidents analogues se produisaient auxquels cette fois elle succombait.

Ce qu'avaient fait les règles chez cette malade, c'est ce que vous devrez faire chez les toxémiques, c'est-à-dire les saigner pour les débarrasser au plus vite du poison qui

intoxique tous leurs viscères, les saigner et non les purger; car si cette femme, au lieu d'avoir ses règles, avait eu de la diarrhée par exemple, les accidents urémiques, au lieu de s'amender, auraient acquis une intensité plus grande encore. Vous ferez une aussi bonne besogne en lui tirant 200 grammes de sang que si votre malade rendait sept litres d'urine normale. N'hésitez donc pas de suivre la pratique de nos anciens maîtres qui ne craignaient pas d'ouvrir la veine chez les toxémiques. Il vous faudrait obtenir 280 grammes de matières alvines ou de sérum venant pleuvoir sur la muqueuse intestinale pour correspondre à 1 litre d'urine normale donnant 30 grammes d'urée et 450 centigrammes de matières extractiles, tandis que 200 grammes de sang équivaudront, je le répète, à 7 litres d'urine normale.

Quant à la méthode sudorale, j'en suis d'autant moins partisan que l'on ne sait jamais ce que l'on fait ; je dirais plus, c'est une folie d'y avoir recours, car elle peut, en outre, amener un état syncopal dangereux ; elle détermine, en tous cas, une fatigue très grande des malades, et cela pour le plus maigre des résultats. Je pourrais même citer de véritables désastres qui ont été la conséquence de la thérapeutique sudorale. Ne vous servez, pour rien au monde, de pilocarpine ou de jaborandi. Ce dernier est loin d'être toujours égal à lui-même et de plus vous ne savez pas ce qui va se passer du côté de la salivation, diarrhée, etc.

Si cependant vous voulez frapper sur la muqueuse intestinale, ne le faites qu'avec la plus grande prudence et après avoir soigneusement diagnostiqué si vous avez affaire à une urémie d'ordre mécanique ou d'ordre toxémique, et donnez encore la préférence à la saignée lorsqu'il s'agira de débarrasser l'organisme de ces principes extractiles qui l'intoxiquent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1883. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

M. le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Vidal, comme membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Davaine.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Vidal prend place parmi ses collègues.

M. le Ministre de l'intérieur informe l'Académie qu'il a mis à sa disposition pour l'année 1883 une somme de deux mille francs dont le montant est destiné à accorder des récompenses aux auteurs des meilleurs mémoires sur la mortalité des enfants du premier âge et à la publication des rapports de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance.

M. le Ministre du commerce transmet plusieurs demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Labbé relatif au traitement de la tuberculose pulmonaire.

2° Un travail de M. le docteur Bitot (de Bordeaux), intitulé : Note critique des principaux faits relatifs aux centres psychomoteurs.

3° Une note de M. Lepage (de Gisors), intitulée : Examen de quelques extraits de quinquina, de belladone et de ciguë du commerce de la droguerie.

4° Une série de manuscrits et d'ouvrages de M. Bouillaud offerte à l'Académie par M. le docteur Auburtin.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

M. COLIN (d'Alfort). La plupart des propositions de M. Sée, formulées en termes absolus, me paraissent devoir être mises à l'index pour deux grandes raisons : parce qu'elles sont en contradiction avec les faits connus et surtout parce qu'elles manquent de démonstration.

Il est impossible de nier la présence dans l'air de bacilles soit à l'état de spores, soit à l'état adulte; il n'est pas possible de soutenir que le milieu ne leur convient pas à cause de la température qu'ils y trouvent, car il n'est pas rare dans les jours d'été que l'atmosphère ait une température se rapprochant de celle de l'homme. Enfin les crachats qui représentent des océans pour ces éléments si petits offrent à ceux que la respiration peut y introduire de l'extérieur les conditions de pullulation les plus favorables. Rien ne l'empêche de se multiplier à l'infini dans ce milieu visqueux, dans les cavernes, où il se rencontre en même temps que les microbes si nombreux résultant de la putréfaction.

M. Sée, qui ne semble plus attacher d'importance à la forme et aux dimensions du bacille des crachats des phtisiques, insiste seulement sur la propriété que ce bacille aurait et aurait seul de produire la tuberculose. Mais voilà précisément le point contestable entre tous.

M. Sée ne cite aucune expérience personnelle. Il se borne à invoquer les affirmations de M. Koch. Mais ces affirmations auraient eu besoin d'être vérifiées par d'autres expérimentateurs et le contrôle est d'autant plus indispensable qu'il importe de s'assurer de l'isolement absolu des bacilles, car la présence d'autres éléments tuberculeux dans les substances inoculées, invaliderait toutes les conclusions de M. Koch et de M. Sée.

On a parlé de tubercules sans bacilles résultant d'inoculations et qui étaient restés stériles entre les mains de M. Martin. Mais les mêmes sont devenus inoculables il y a quinze jours entre celles de M. Malassez et, suivant ce dernier, ces pseudo-tubercules produits sans bacilles ont fini par en montrer après quelques générations.

La théorie du bacille générateur exclusif du tubercule et agent de la virulence tuberculeuse ne manque pas seulement de démonstration expérimentale, mais est inconciliable avec un grand nombre de faits observés sur des animaux.

En résumé, dit M. Colin, je doute de tout ce qui a été dit du bacille tuberculeux, de sa spécificité, de son origine, de sa virulence exclusive, de son rôle morbigène ; j'attends sur tous ces points de nouvelles études plus complètes que celles dont on nous parle.

ÉLECTIONS

L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau pour l'année 1884.

M. le vice-président Alphonse Guérin devient de droit président.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un vice-président.

Le nombre des votants étant de 54, la majorité est de 27.

MM. Fauvel obtient	49	suffrages.
Bergeron	3	—
Jules Guérin	1	—
Moutard-Martin	1	—

En conséquence, M. Fauvel est proclamé vice-président de l'Académie.

M. FAUVEL remercie en termes émus l'Académie.

M. Proust, secrétaire annuel, est maintenu par acclamation.

L'Académie procède ensuite, par la voie du scrutin, à l'élection de deux membres du conseil.

Sont élus : MM. Moutard-Martin et Trélat.

L'Académie procède en dernier lieu au renouvellement partiel des commissions permanentes pour 1884.

Sont élus :

Épidémies. — MM. Féréol et Le Roy de Méricourt.

Eaux minérales. — MM. J. Lefort et Vidal.

Remèdes secrets. — MM. Méhu et Eugène Caventou.

Vaccine. — MM. J. Guérin et H. Bouley.

Hygiène de l'enfance. — MM. Th. Roussel et Brouardel.

LECTURES

De la dilatation intermittente et progressive de la trompe d'Eustache. — M. MENIÈRE lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

1° Il est indispensable, au point de vue du diagnostic et au point de vue du traitement, de ne jamais faire le cathétérisme de la trompe sans introduire de suite une bougie en gomme ;

2° La dilatation intermittente de la trompe peut être faite progressivement par le procédé très simple, dont je viens de donner la description ;

3° Les bougies, trempées dans des solutions médicamenteuses et au contact pendant un certain temps avec la muqueuse de la trompe, fournissent au médecin otologiste un excellent moyen de traitement.

COMMUNICATION

Épidémie de trichinose d'Emersleben, des mois de septembre, octobre et novembre 1883. — M. BROUARDEL vient rendre compte à l'Académie, spécialement au point de vue de l'hygiène, d'une mission qu'il a remplie conjointement avec M. Granger, qui en exposera les résultats cliniques et anatomo-pathologiques. Cette épidémie, dans laquelle 252 personnes ont été atteintes plus ou moins gravement, et 42 avaient déjà succombé lors du départ de MM. Brouardel et Granger, a été causée par la mise en vente de la chair d'un porc trichiné, hachée menu et mangée crue par la plupart des consommateurs. Le porc avait été élevé à l'étable. La viande en provenant avait été mêlée avec la viande d'un autre porc qui ne paraît pas avoir été contaminée. Elle avait été examinée au microscope par l'inspecteur local qui, était de bonne foi, car il en a mangé et s'est trouvé au nombre des malades. Les cas ont été d'autant plus graves que le temps écoulé depuis la mort du porc était moins long quand on en a mangé. Ce qui restait de viande hachée au bout de quelques jours servit à faire des saucisses, mais une cuisson de cinq minutes suffit pour empêcher ces saucisses de produire aucun accident chez ceux qui en mangèrent.

M. Brouardel a adressé à ce sujet à M. le ministre du commerce un rapport détaillé dont il donne lecture et qui conclut ainsi :

1° Ainsi que l'ont toujours affirmé le comité consultatif d'hygiène, l'Académie de médecine et les divers savants qui se sont occupés de la question, la cuisson de la viande de porc assure au consommateur une immunité absolue ;

2° Le temps qui s'écoule entre le moment où un porc trichiné est abattu et celui où sa viande est ingérée, a une influence notable sur l'intensité des accidents qui peuvent résulter de sa consommation. Plus cette durée s'allonge, plus les accidents perdent de leur gravité. A Emersleben, le même hachis trichineux a déterminé la mort de 33 pour 100 de ceux qui en ont mangé le lendemain de la mort de l'animal ; six jours plus tard, aucun des consommateurs n'a eu d'accidents mortels ;

3° La recherche de la trichine dans la viande de porc est facile quand l'animal est entier, probante quand elle est pratiquée par des micrographes compétents, devient longue, difficile et peut rester infructueuse, même pratiquée par ces micrographes, lorsqu'il ne leur est plus possible d'aller chercher la trichine dans ses lieux d'élection. Mais, nous le répétons, cette recherche est inutile lorsque les habitudes des consommateurs assurent à ceux-ci par la cuisson de la viande une sécurité absolue ;

4° Enfin, l'étude de cette épidémie nous a convaincus que nous ne nous étions jamais trouvés en France en présence de malades gravement atteints de trichinose.

DISCUSSION

M. COLIN (d'Alfort). Dans le rapport de M. Brouardel un fait m'a particulièrement frappé, c'est que de tous ceux qui ont mangé de la chair de porc infecté de trichinose, au moins six jours après que cet animal eût été tué, aucun n'est mort. M. Brouardel m'a paru expliquer ce fait par un affaiblissement que les trichines subiraient dans de la viande qui s'altérerait ; mais des expériences personnelles ne me permettent pas d'admettre cette interprétation. En effet, déjà avant la guerre, j'ai voulu m'assurer de l'influence que pourrait exercer sur les trichines la putréfaction de la viande qui les renfermait. J'ai à cet effet laissé des morceaux d'animaux trichinés se corrompre pendant huit, dix, quinze jours dans le cours de l'été ; et quand cette viande se trouvait réduite en une sorte de putrilage infect, je l'ai fait manger à d'autres animaux. Eh bien, chez ces derniers, la trichinose s'est développée avec ses symptômes habituels et avec une gravité qui n'était diminuée en rien par l'altération des milieux. Ainsi, ce n'est pas le seul fait du temps écoulé depuis la mort du porc malade, que peut expliquer l'innocuité relative signalée par M. Brouardel.

Mais je crois qu'on peut s'en rendre compte par une autre cause dont M. Brouardel n'a pas parlé. Il est probable que cette viande de porc a été salée au moment où on la mettait en hachis. Or mes expériences m'ont démontré que la salaison avait pour effet de tuer les trichines à la longue. Il faut quelques jours pour que ce résultat soit complètement obtenu. Dans les jambons salés, par exemple, la salaison se faisant par couches de dehors en dedans, toutes les trichines sont mortes à la superficie à un moment où on les trouve encore parfaitement vivantes dans des parties un peu plus profondes, où la salaison est plus récente, moins complète.

Il est évident que, vers le commencement de septembre, de la viande de porc hachée n'aurait pas pu avoir bon aspect et être vendue au bout de six jours si on n'y avait pas mis du sel. C'est là une question très importante, on le comprend, au point de vue de l'hygiène et des dangers de l'alimentation par la viande de porc crue.

Quant à l'animal qui a été le point de départ de tous ces accidents, il a été dit qu'il n'avait pas quitté l'étable ; mais il eût bien pu prendre la maladie en mangeant des rats trichinés. Rien de plus commun que les trichines chez les rats. Aussi n'avons-nous pas besoin de sortir de France pour trouver des porcs qui nous donneraient la trichinose si, comme les Allemands, nous mangions leur viande crue.

M. BROUARDEL. Nous ne sommes nullement en désaccord avec M. Colin. La viande du porc malade avait été légèrement salée au moment même où on l'a hachée. J'avais oublié de le dire dans mon rapport ; mais c'est une omission qui sera réparée. Quant à la question de savoir si l'animal avait contracté la trichinose soit dans les champs, comme on prétend en Amérique que c'est le cas le plus habituel, soit à l'étable, suivant la théorie allemande, nous ne pouvons pas la résoudre dans le cas actuel.

M. LEROY DE MÉRICOURT. M. Brouardel a-t-il comparé les symptômes de la trichinose avec ceux de cette épidémie d'acrodynie qui, après avoir fait un si grand nombre de victimes, ne s'est jamais reproduite en France ? Pour ma part, je crois à l'identité de l'acrodynie et de la trichinose.

M. BROUARDEL. Je ne me prononcerai pas aujourd'hui sur ce point, réservant à M. Granger l'exposé de tout le côté clinique et anatomo-pathologique de notre étude commune sur cette épidémie de trichinose.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

Angine de poitrine caractérisée anatomiquement par un rétrécissement considérable des deux artères coronaires à leur origine sans lésion du plexus cardiaque. — M. HÉRARD met sous les yeux de l'Académie les résultats de l'autopsie d'un homme âgé de cinquante-sept ans, qui, atteint d'angine de poitrine, entra à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Charles) le 12 décembre 1883 et y mourut le 14 décembre à midi, subitement, dans un accès, après en avoir éprouvé deux autres dans les

douze dernières heures de sa vie. C'était un homme de haute stature, bien constitué, mais un peu maigre, son teint était pâle. Le tempérament paraissait nerveux. On ne constata dans ses antécédents aucune affection caractérisée, ni syphilis, ni alcoolisme, ni arthritisme, pas d'excès de tabac. Il se plaignait, depuis un an et demi, de crises douloureuses ayant pour siège la région du cœur, étreignant fortement la base de la poitrine, avec irradiation dans l'épaule, le bras et l'avant-bras gauche (partie interne). Les crises séparées d'abord par l'intervalle d'un mois étaient devenues plus fréquentes et se reproduisaient d'ordinaire jusqu'à trois et quatre fois par semaine. Elles survenaient à la suite d'une émotion, d'une marche rapide, et surtout après un repas copieux; elles avaient duré de un quart d'heure à une demi-heure.

L'auscultation du cœur révéla au premier temps et à la base un souffle rude, perceptible, sans diminution d'intensité, jusqu'au voisinage de la fourchette sternale; au deuxième temps et dans les mêmes limites, il y avait tendance au souffle : à la pointe les bruits étaient sourds, mal frappés. Les pulsations du pouls étaient très régulières et plus faibles à gauche qu'à droite.

A l'autopsie, qui eut lieu le 16, on trouva, comme on s'y était attendu, une dilatation très notable de l'aorte à son origine, dilatation d'où résultait une légère insuffisance de l'orifice aortique, bien que les valvules sigmoïdes fussent absolument saines. L'artère dilatée présentait quelques plaques athéromateuses. Mais ce qui frappait particulièrement, était la petitesse extrême de l'orifice des artères coronaires : on eut de la peine à y introduire un stylet très fin. Les nerfs et ganglions du plexus cardiaque furent examinés minutieusement avec le plus grand soin sans qu'il fût possible d'y découvrir la moindre altération appréciable.

M. Hérard conclut en ces termes :

« Je me crois autorisé à conclure que, dans le cas actuel, l'angine de poitrine a eu pour point de départ la lésion des artères coronaires, que le rétrécissement de ces artères à leur origine a déterminé une ischémie cardiaque avec névralgie consécutive des filets nerveux du cœur et que ce fait doit être rangé à côté des observations analogues signalées par un grand nombre d'auteurs, plus récemment par MM. Potain, Sée, Huchard, etc.

DISCUSSION

M. CONSTANTIN PAUL déclare ne pouvoir pas comprendre comment une lésion permanente peut ne se traduire que par des accès intermittents et surtout par les douleurs aiguës de l'attaque d'angine de poitrine.

M. HARDY. C'est pourtant ce qu'on voit tous les jours : des cas de tumeurs du cerveau, par exemple.

M. HÉRARD. Cela me semble assez facile à expliquer pour le rétrécissement des artères coronaires. En effet, il se passe en pareil cas ce qui arrive chez les animaux qui ont les artères des membres inférieurs oblitérés en partie. Tant que ces animaux marchent lentement, on ne remarque rien d'anomal. Le peu de sang artériel que les muscles reçoivent suffit pour un travail modéré de ces muscles. Mais qu'on veuille une marche rapide, qu'on pousse l'animal, il boite, s'arrête et tombe. Or chez le malade en question les choses se passaient de même; l'ischémie ne se faisait sentir par des accès d'angine de poitrine que quand le cœur battait plus vite, sous l'influence d'une émotion, d'un repas copieux, etc.

M. LE FORT. Quant à l'intensité des douleurs ressenties, au moment de l'attaque, elle n'a rien d'étrange pour les chirurgiens qui ont pratiqué la compression digitale sur des anévrysmes. Tous savent qu'à un certain moment, quand l'ischémie devient complète par la formation d'un coagulum, le malade accuse dans tout le membre des douleurs atroces tout à fait comparables, sauf pour le siège, à celles de l'angine de poitrine.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 décembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Ostéoclasie et ostéotomie. — M. LABBÉ présente, de la part de M. Mollière (de Lyon), des photographies de malades atteints de genu valgum et ayant subi l'ostéoclasie avec l'appareil de Robin.

M. Mollière viendra prochainement présenter les opérés eux-mêmes.

M. GILLETTE déclare avoir été étonné, dans la dernière séance, d'entendre M. Després mettre en doute que, dans le cas dont il a parlé, il eût bien réellement fracturé le fémur. Le bruit sec, la crépitation très nette que M. Gillette a perçus ne lui permettent pas d'avoir le moindre doute à cet égard.

M. Després a nié ensuite que des fractures pussent se consolider sans donner lieu à un cal appréciable. On sait qu'il y a des cas où le cal se résorbe et où une parfaite consolidation coïncide avec une absence complète de cal, le membre ayant repris sa direction, sa forme, ses dimensions normales, et le point de la fracture étant devenu impossible à déterminer. M. Gillette en cite deux exemples : il s'agit d'élèves du collège Rollin qui, un an après une fracture du fémur, ne présentaient aucune espèce de cal ni aucune trace de fracture.

M. TILLAUX rappelle avoir été le premier à pratiquer en France l'ostéoclasie pour un genu valgum, en 1875. Il a depuis pratiqué une trentaine de fois cette opération et c'est en le voyant opérer que Collin a conçu l'idée de son ingénieux appareil. Puis est survenue l'ostéotomie qu'on a proposé de substituer à l'ostéoclasie.

Il faut tout d'abord différencier le genu valgum vrai des déformations rachitiques; M. Tillaux n'a jamais fait d'opérations forcées chez les rachitiques et il n'entend parler ici que du genu valgum non rachitique, le seul pour lequel on soit en droit d'opérer. Il y a donc une distinction essentielle à établir entre le genu valgum et le rachitisme. Tandis que, dans ce dernier, il n'y a pas de lésions qui ne puissent guérir, dans le vrai genu valgum il faut en arriver à l'ostéoclasie ou à l'ostéotomie; les moyens mécaniques, attelles, gouttières, etc., restant absolument sans résultat. Laquelle des deux opérations faut-il préférer? L'opinion de M. Tillaux n'est pas faite à ce sujet. Toutefois il a fait une trentaine de fois l'ostéoclasie et en a toujours retiré les meilleurs résultats, sauf sur un ou deux malades qui ont conservé quelque gêne dans la marche. Jusqu'à plus ample informé, M. Tillaux préfère donc l'ostéoclasie à l'ostéotomie, en se basant sur ce principe qu'une fracture simple vaut toujours mieux qu'une fracture compliquée de plaie.

M. DELENS, depuis 1875, a pratiqué dix fois le redressement du genu valgum chez des jeunes gens de quinze à dix-huit ans; deux fois par des manipulations forcées, quatre fois par l'ostéoclasie avec l'appareil de Collin et quatre fois par l'ostéotomie. Dans les deux cas où il a eu recours aux manipulations forcées, l'articulation a souffert; il y a eu un épanchement articulaire assez considérable. Dans les quatre cas où il a eu recours à l'appareil Collin, non encore modifié, il y a eu également des épanchements articulaires et même de l'arthrite, mais le redressement a toujours été obtenu, grâce à des appareils inamovibles laissés en place pendant plusieurs mois. Enfin, dans les quatre cas où a été pratiquée l'ostéotomie, il n'y a pas eu de réaction articulaire et le résultat fonctionnel a toujours été rapidement obtenu. A ce point de vue, l'ostéotomie serait donc supérieure à l'ostéoclasie. Mais, à l'époque où M. Delens a pratiqué ses ostéoclasies, l'appareil de Collin n'était pas encore perfectionné comme il l'est aujourd'hui. Dans ces conditions, le cas échéant, M. Delens n'hésiterait pas à y recourir de nouveau.

M. DESPRÉS émet quelques doutes sur la valeur de ces opérations. Il regrette de ne pas voir les malades longtemps après. Il a vu des récidives se produire deux ans après les opérations. Il présente

un jeune homme, entré le matin même dans son service, qui est atteint d'un genu valgum par paralysie musculaire. Comme l'a montré Duchenne (de Boulogne), en effet, il y a des genu valgum par paralysie ou atrophie musculaire; or, dans ce cas, il suffit de recourir à la faradisation : M. Després électrisera donc ce malade et il est bien convaincu d'obtenir un aussi bon résultat par l'électricité que par l'opération.

Il présentera de nouveau ce malade dans quelque temps.

M. LE FORT fait observer que, dans ce cas, il ne s'agit pas d'un genu valgum, mais d'un commencement de luxation en dehors.

M. VERNEUIL dit que si l'on entend par genu valgum toute attitude dans laquelle la jambe et la cuisse forment un angle obtus en dehors, le malade présenté par M. Després a bien un genu valgum. Mais c'est un genu valgum en dehors des deux variétés classiques.

Laissant de côté celui qui est d'origine rachitique, M. Verneuil ne veut parler que du genu valgum des adolescents. Dans quelles circonstances est-il indiqué de l'opérer? Quand il est récent et date seulement de quelques mois, il n'y a pas besoin de l'opérer : la guérison peut en être obtenue dans l'espace de cinq à six mois sans opération, par une simple immobilisation.

Quant à l'ostéoclasie, il faut distinguer l'ancien appareil de M. Collin de celui qui a été perfectionné et qui seul est employé aujourd'hui.

M. Verneuil a pratiqué trois ostéoclasies et en a obtenu d'excellents résultats. Dans chacun de ces cas, M. Verneuil a eu recours à l'appareil de Collin, et chaque fois la rupture osseuse s'est faite un peu loin de l'articulation, ce qui n'en vaut que mieux; la fracture sus-condylienne est préférable à la fracture juxta-condylienne.

M. DESPRÉS dit que tous les genu valgum passent d'abord par l'état que présente son malade, qui est atteint d'une paralysie du couturier.

Il ajoute qu'aucun traitement ne peut arriver à faire disparaître le genu valgum quand les malades continuent à exercer la profession qui en a été la cause. Il y a, dans ces cas, toujours récidive, même après l'opération, à moins que l'on ne raidisse l'articulation.

Rein flottant. — **M. RICHELOT** fait un rapport sur une observation présentée par M. Bertin (de Gretz) et dans laquelle il s'agit d'un rein flottant dont le diagnostic a présenté de réelles difficultés.

Abcès du rein; néphrotomie. — Le même auteur, ajoute M. Richelot, adresse une seconde observation : il s'agit d'un abcès du rein qui s'est déclaré après un accouchement et qui a été guéri par la néphrotomie, malgré l'apparition d'une pleurésie intercurrente.

Angiome parotidien. — Enfin M. Bertin envoie une troisième observation qui a trait à l'apparition, chez un enfant très jeune, d'un angiome parotidien qu'il a guéri par la ligature de la carotide primitive.

Résection de la hanche. — **M. NEPVEU** communique l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans, du service de M. Verneuil, qui était atteinte de coxalgie avec abcès froids périarticulaires, etc.

Elle entra à l'hôpital, en mai 1882, dans un état lamentable, avec une ankylose dans une fausse situation. Elle fut placée dans une gouttière de Bonnet. Des débridements furent faits avec le thermo-cautère; on trouva une poche remplie de pus, des lésions osseuses considérables. M. Verneuil sectionna le fémur au-dessous du grand trochanter, fit le raclage de la cavité cotyloïde, plaça la malade dans une gouttière de Bonnet et eut recours aux pansements antiseptiques les plus rigoureux. Jamais la température ne dépassa 38°,5. La guérison ne se fit pas longtemps attendre. Il y eut une ankylose complète avec 10 centimètres de raccourcissement, ce qui n'empêche pas la malade de marcher et de monter très aisément.

Rachitisme et syphilis. — **M. GUÉNIOT** a présenté il y a quelque temps un enfant nouveau-né atteint d'un rachitisme développé et guéri dans le sein maternel. La question était de savoir si la syphilis était la cause de ce rachitisme, selon l'opinion soutenue par M. Parrot. MM. Fournier et Guéniot se livrèrent, à ce sujet, à une enquête des plus minutieuses. Ni du côté du mari, ni du côté de la femme, ni du côté des ascendants il ne fut possible de trouver la moindre trace de syphilis antérieure. La syphilis était donc étrangère à la production de ce rachitisme.

PRÉSENTATION

Ostéoclasie. — **M. GILLETTE** présente un jeune homme de dix-huit ans qu'il a opéré, à l'hôpital Tenon, *d'ostéoclasie* pour *genu valgum* gauche donnant entre les deux malléoles internes (les genoux se touchant) une distance de 18 centimètres. L'opération fut pratiquée à l'aide de l'appareil de M. Collin (force d'adduction, 150 grammes) : un bruit sec annonce la fracture du fémur au-dessus de l'épiphyse et la mobilité anomale ainsi que la crépitation ne pouvaient laisser aucun doute sur la fracture de la cuisse. Immédiatement après l'opération, on constata, sur le côté interne où avait porté l'une des deux pelotes, un point grisâtre de la dimension d'une pièce de deux francs, ce qui fit craindre une mortification; il n'en fut rien; ce n'était qu'un point ischémié qui reprit bientôt sa coloration normale. Un appareil en plâtre, allant du pied à la hanche (attelle postérieure et étriers) fut appliqué et laissé deux mois; au bout de ce temps, le malade était complètement guéri et *la rectitude du membre absolue* avec sa longueur normale.

Il n'y avait pas eu d'épanchement articulaire et par conséquent il n'existait pas de mobilité latérale. Le cal avait été appréciable; mais au moment où M. Gillette présentait le malade, c'est-à-dire au bout de sept mois, on n'en sentait pas de trace. Trois mois après l'opération, ce jeune homme revenait de Vincennes à Tenon, à pied, sans claudication aucune. Une légère arotphie du membre inférieur existait encore, mais le malade ne s'en apercevait point. En somme, l'ostéoclasie a donné dans ce cas un résultat complet.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition de M. Marsoulan, appuyée de cinquante-six de ses collègues, le Conseil municipal de Paris a, dans sa séance du 26 décembre, attribué le nom de Chevreul à une voie nouvelle ouverte entre la rue du faubourg Saint-Antoine et la rue de Montreuil (XI[e] arrondissement).

— Dans sa séance de mercredi dernier, 26 décembre 1883, le Conseil supérieur de l'instruction publique a adopté un projet de règlement intéressant la médecine et relatif à la présidence des sessions d'examen dans les Écoles de plein exercice et dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Ces examens seront présidés dorénavant par les professeurs des Facultés de médecine, des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des Écoles supérieures de pharmacie, à l'exclusion des directeurs des Écoles de plein exercice et des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

— M. le docteur Armand Després reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, le mercredi 9 janvier 1884 à neuf heures et quart, et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure.

— *Errata.* — 1° Page 1172, ligne 36 de la première colonne, au lieu de : *quelques minutes*, lisez *quelques secondes*.

2° Page 1180, ligne 52 de la première colonne, après les mots : *presque aussi certaine que l'immunité cholérique*, ajouter : *au moins pour Paris*.

Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15523.

TABLE DES MATIÈRES

1883



A

Abcès de la cornée, étiologie, 987. — de l'articulation péronéo-tibiale, 860. — du muscle droit antérieur de l'abdomen, suite de fièvre typhoïde, 25. — du rein, 1190. — froid du genou, 697. — froids par congestion. Guérison spontanée des —, 761. — périnéphrétique, 756.

Abdomen. Phlegmon de la paroi de l'—, 989, 1017.

Aboiements dans l'hystérie, 578.

Académie de Médecine. Élection Audouard, 638. — Élection Ball, 565. — Élection Cazaneuve, 492. — Élection Cazeneuve, 1139. — Élection Féréol, 244. — Élection Husson, 270. — Élection Lannelongue, 653. — Élection Leudet, 3. — Élection Lunier, 469. — Élection Ollier, 173. — Élection de Quatrefages, 1093. — Élection Vedrène, 101. — Élection Vidal, 1117. — Élections du bureau, 1187. — Prix Falret, 421. — Prix Godard, 421. — Prix de 1882 et prix proposés pour 1884, 1164, 1165.

Académie des Sciences. Élection Charcot, 1038. — Lauréats, 310. — Rapports sur les prix, 310, 325.

Accouchements. Brièveté du cordon ombilical, 530. — Concours des —, 763. — De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne avec relèvement des membres inférieurs sur le plan antérieur du fœtus, 314. — La clinique d'—, 1153. — Nouveaux services des hôpitaux de Paris, 521. — prématurés. Pathogénie des —, 1019. — prématuré, provoqué, 323, 339.

Aconitine et oreillons, 19.

Acupuncture au Japon. L'—, 395.

Affections locales et maladies constitutionnelles, 795.

Aimantation, hémiplégie, 68.

Ainhum. Affections bizarres analogues à l'—, 965.

Albumines normales et modifiées, 924.

Albuminurie. De l'—, 517.

Alcool. Son influence sur l'action physiologique du chloroforme, 1043.

Alcoolature d'aconit, 899.

Alcoolique. Anesthésie des extrémités chez un —, 731.

Alcoolisés. Les —, 258, 281, 297, 321, 345, 369.

Alcoolisme. Anesthésie symétrique des extrémités, 706. — chronique. Troubles de la sensibilité dans l'—, 683. — paralysé, 361.

Alcools. Action des —, 93.

Aliénés criminels. Les —, 406. — Méthode hypodermique chez les —, 932. — Paralysie générale des —, 777, 801, 825, 849, 873. — traités à domicile; étude comparative des législations étrangères, 1140.

Alimentation des jeunes enfants, l'—, 994. — par le rectum, 1180.

Aluminium dans l'hystérie, 578.

Amblyopie hystérique; traitement par le platine, 753.

Aménorrhée. De la conception au cours de l'—, 782.

Amputation, 12. — Calibre des vaisseaux, 20. — chez les tuberculeux, 364. — de la cuisse chez un tuberculeux, 621. — de Pirogoff, 228. — d'un membre; atrophie du cerveau consécutive, 445. — ostéo-plastique du pied, suture osseuse, 341.

Amygdale. Épithélioma de l'—, 266.

Anasarque unilatéral, suite de contusion du rein, 154.

Anatomie pathologique et chirurgie des temps préhistoriques, 900.

Anesthésie, 588. — absolue du côté droit; platine, 753. — caustique, 372. — chloroformique, procédé, 629. — dans les opérations faites au devant des mâchoires, 900. — influence des vapeurs anesthésiques sur la substance organisée, 532. — locale, 486. — par le protoxyde d'azote, 396. — par les mélanges de liquides neutres, 629. — par mélange de vapeurs de chloroforme et d'air, 331, 531. — symétrique des extrémités chez les buveurs de liqueurs fortes, 706. — symétrique des extrémités chez un alcoolique atteint de parésie trémulente à redoublement, 731.

Anévrysmes artério-veineux, 318. — orbitaire double, 900.

Angine de poitrine, 1180, 1188. — diphtéritique, oxygène, 1106. — phlegmoneuse, 371. — ulcéreuse dans la fièvre typhoïde, 394.

Angiome parotidien, 1190. — pulsatile, 940.

Ankyloglosse totale, 500.

Anorexie et sécrétions gastriques et pancréatiques, 332.

Anthrax malins de la région parotidienne, 617.

Antipyrétique de chlorhydrate de Kairine, 294.

Antiseptiques chez les anciens et les modernes, méthodes, 793. — dans le pansement des plaies, 810. — Les —, 949. — en obstétrique, méthodes, 793. — et abcès par congestion. Méthode, — 793. — Frigidité — des plaies, 819.

Anurie consécutive à une péritonite chronique et à un cancer de matrice pris pour un polype, 804.

Anus. Fissures à l'—, 241. — Fistules borgnes de l'—, 1032. — Fistule borgne externe, 969. — Présentation simultanée par la vulve et l'—, 114. — Relâchement du sphincter de l'—, 353.

Aphasie, 604, 1097. — avec surdité des mots, 470.

Aponévrose palmaire. Rétraction de l'—, [illegible]

Appareils hyponarthéciques à suspension, 636.

Arsenicale. Paralysie —, 363.

Artère pulmonaire. Rétrécissement de l'—, 763, 1180.

Arthrite, 12. — blennoragiques, 618.

Arthritiques. Congestions et hémoptysies pulmonaires chez les —, 947.

Aryténoïdes. Carie des —, 580.

Ascarides. Invagination intestinale provoquée par des —, 1060.

Assistance publique. Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris, 757, 765.

Association française pour l'avancement des sciences, congrès de Rouen, 894, 898, 909, 922, 931, 946.

Astigmatisme de la cornée, 485.

Astragale. Ablation de l'—, 452.

Ataxie à début et symptômes anomaux, 202. — Lésions bulbaires, crises laryngées, 486. — locomotrice, accidents cutanés, 931. — locomotrice d'origine syphilitique, 580. — locomotrice progressive, 555, 561, 586.

Atélectasie pulmonaire à gauche, guérison, 786. — pulmonaire. De l'—, 722, 732, 746, 755.

Atrophie du cerveau consécutive à l'amputation d'un membre, 445. — musculaire, 130, 729. — musculaire progressive, 58, 377.

Atropine et pilocarpine, action antagoniste, 716.

Auto-inoculation traumatique, 933.

Avortement. Parotidite suppurée après péritonite, suite d'—, 659.

B

Bacilles dans les crachats de phtisiques, 1158. — de la tuberculose, 396, 405, 485.

Bactériens, 531.

Bactéries, 421.

Bains froids et fièvre typhoïde, 28, 446, 486, 533.

Balano-posthite des diabétiques, 132.
Bassin. Rétrécissement du —, 417.
Bec-de-lièvre, 721. — double, 969. — unilatéral, 852. — unilatéral opéré une première fois à quatre mois, 852.
Bibliographie. Aide-mémoire du médecin auxiliaire de l'armée, par Chassagne, 1070. — Albuminurie consécutive aux excitations cutanées, par K. Mihran, 390. — Arthrophytes et leur traitement par Fibich, 799. — De la caféine, par Leblond, 798. — Cancer du tube digestif, sauf le rectum, traitement chirurgical, par Dupau, 830. — Conception au cours de l'aménorrhée, par Petit, 782. — Contribution à l'étude de la pathogénie des ulcères idiopathiques de la jambe, par Schreider, 662. — Contribution à l'étude des arthopathies tuberculeuses et des inflammations tuberculeuses périarticulaires, par P. Zannelis, 159. — De la démence mélancolique, par Mairet, 478. — De la fièvre typhoïde à forme rénale, par Didion, 662. — De la folie à double forme, par Mordret, 1141. — De la pérityphlite primitive, par Dautel, 855. — De la sclérose, par Duplaix, 822. — Des aconits et de l'aconitine, par Laborde et Duquesnel, 501. — Des cystalgies et de leur traitement chirurgical, par Gergaud, 158. — Des maladies simulées dans l'armée, par Derblich, 389. — Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par C. Paul, 389. — Dictionnaire de botanique, par Baillon, 822. — Dictionnaire de chimie pure et appliquée, par Wurtz, 798. — Dictionnaire usuel des sciences médicales, par Dechambre, Duval et Lereboullet, 725. — Du traitement des points de côté chez les tuberculeux, par Joseph Rigaud, 854. — Éléments de médecine pratique, par Kunze, 453. — Encyclopédie internationale de chirurgie, par Ashburst, 429. — Épidémies qui régnèrent à Rochefort, par Bourru, 452. — Étude sur la pilocarpine, par Lavrand, 854. — Extraits de pathologie infantile de Blache et Guersant, 157. — Fièvre typhoïde, ses déterminations sur le pharynx et l'isthme du gosier, par Dérignac, 661. — Formulaires des maladies des voies urinaires, par Mallez, 453. — Histoire de l'hôpital N.-D. de Pitié, par O. Guillier, 598. — Histoire des Romains, par Duruy, 1881. — Histoire d'un pont, par Narjoux, 1181. — Iconographie photographique de la Salpêtrière, par Bourneville et Regnard, 782. — L'année scientifique, par Figuier, 390. — La pilocarpine, par H. Lavrand, 854. — Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte, par Ramonède, 662. — La Syrie d'aujourdhui, par Lortet, 1172. — La variole à la Réunion, par Mazaé-Azéma, 822. — L'Eau oxygénée, son emploi en chirurgie, par Larrivé, 830. — L'éclairage électrique, par Du Moncel, 1172. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, par A. Tripier, 598. — Leçons de clinique thérapeutique, par Dujardin-Beaumetz, 501. — Leçons sur l'opération de la cataracte, par Badal, 606. — L'Électricité comme force motrice, par Th. du Moncel, 501. — Le Monde physique, par Guillemin, 1172. — Les Canaux de sûreté, par Jarjavay, 501. — Les Enchaînements du monde animal dans les temps géologiques, par A. Gaudry, 534. — Les Forêts, par Lesbazeilles, 1172. — Les Joyeusetés de la médecine, par Witkowski, 453. — Les Merveilles du feu, par Bouant, 1172. — Les Nains et les Géants, par Garnier, 1881. — Les Succédanés en thérapeutique, par J. Simon, 1022. — Maladies de la prostate, par Sir Henry Thompson, 38. — Manuel des maladies mentales, par Bra, 685. — Manuel de conchyliologie, par Fischer, 453. — Manuel de l'anatomie, par Morel et Duval, 452. — Manuel de technique microscopique de Latteux, 94. — Manuel d'histologie pathologique, de Cornil et Ranvier, 94. — Maturation artificielle de la cataracte, par de Lapersonne, 831. — Les Médecins et la loi du 19 ventôse an XI, par Roland, 685. — Mélanges de clinique chirurgicale, par Weiss, 662. — Microchimie végétale, par Poulsen, 479. — Nouvelle Géographie universelle, par Reclus, 1181. — Nouveaux Éléments de botanique, de Crié, 1021. — Péritonite aiguë généralisé, compliquant les kystes de l'ovaire, par Hue, 830. — Péritonite tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte, par Delpeuch, 798. — Petite Flore parisienne, par Bonnet, 534. — Phénomènes nerveux intellectuels et moraux, par J. Rambosson, 606. — Précis de thérapeutique chirurgicale, par P. Decave, 94. — Premières Notions de géologie, par Vélain, 453. — Principes généraux de dermatologie, nosographie et thérapeutique des maladies de la peau, par Guibout, 597. — Recherches sur l'albuminurie physiologi que, de la Celle, 1022. — Traité de botanique, par Van Tieghem, 430, 1021. — Traité de la dysenterie, par Bérenger-Féraud, 229, 236. Traité de zoologie, de Claus, 430, 1021. — Traité des eaux minérales, par Max Durand-Fardel, 606. — Traité des opérations usuelles, par Louis Thomas, 158. — Traité pratique de l'art des accouchements, par Delore et Lutaud, 157. — Travaux scientifiques des pharmaciens militaires français, par Balland, 158. — Tuberculose des points de côté, traitement par Rigaud, 854. — Valeur diagnostique et pronostique des rapports du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde, par Malherbe, 1142.
Blennorragie, arthrites, 618. — et fièvre typhoïde, 141.
Blessure de la cornée, 852.
Bothriocéphale, 293, 395.
Bouche. Prothèse de la —, 796. — Tumeur dermoïde du plancher de la —, 939. — Vices de conformation de la — chez un nouveau-né, 707.
Bromure de potassium, diabète sucré et glycosurie, 789.
Bronchite, foyers osseux multiples de nature tuberculeuse, 978.
Broncho-pneumonie, 371.

C

Café et gaz du sang, 1109.
Calculs extra-urétraux chez la femme, 1155, 1162. — salivaire, 1041. — Traitement médical des —, 267. — vésical expulsé spontanément à travers la paroi urétro-vésicale, 132, 156.
Calorimètre, 125.
Canal péritonéo-vaginal et sa hernie étranglée chez l'adulte, 662.
Cancer annulaire de la partie inférieure de l'œsophage, 713. — de la matrice pris pour un polype, anurie consécutive, 804. — de la vessie, ablation, 707. — de l'estomac, 645. — faux de l'estomac, 1048. — de l'ombilic, 315. — du rectum, 828. — encéphaloïde, sa nature, sa marche, son mode de propagation, 906. — Rétrécissement de l'œsophage, 1010. — secondaire de la paroi recto-vaginale, 182.
Cancroïde de la mamelle, 937. — de la vulve, 1115. — du nez, 1033. — du rectum, 649. — du sein, 969.
Cardialgie. Névralgie costale et —, 923.
Carie des aryténoïdes, 580. — du larynx dans la fièvre typhoïde, 487.
Castration à gauche. Hyperthrophie compensatrice du testicule à droite, 233.
Catalepsie. État cataleptiforme dans les muscles, 261. — paralysie provoquée, 1115.
Cataplasmes, poudre de lin inaltérable, 523.
Cataracte chez les diabétiques, 605. — Extraction de la —, 85.
Catarrhe. Crise, 17.
Cautérisation ponctuée, 25.
Cécité des mots, 396, 426.
Céphalalgies de croissance, 450.
Céphalématome tardif, 206.
Céphalotripsie, 417.
Cerveau. Atrophie du — consécutive à l'amputation d'un membre, 445. — Des affections associées de la moelle et du —, 1. — Dualité cérébrale, 1097. — Effets de la lésion expérimentale des pédoncules cérébraux comprenant celle des pyramides sensitives, 628. — Étude du —, 629. — Kyste hydatique du —, 201. — Lésion spontanée chez un lapin, 970. — Moulage du —, 669. — Tumeurs du —, 58.
Chaleur et chancre simple, 724.
Chancres simples du col de l'utérus, 188. — simple et chaleur, 724. — simple, pyrogallol et phagédénisme du —, 3.
Charbon. Inoculation, 468. — Symptomatique, virus du —, 164.

Chirurgie. De quelques désastres chirurgicaux, 876, 882. — des temps préhistoriques, 900.
Chloral. Applications externes, 92.
Chlorhydrate de kairine, 294.
Chloroforme. Anesthésie par le —, 1109. — et éther, 1060. — et morphine, 1108. — Influence de l'alcool sur l'action physiologique du —, 1043.
Chloroformisation, diabète consécutif, 1178.
Chlorose. De la —, 41, 65, 99, 121.
Choléra. Le —, 607, 614, 705, 823, 998, 1142. — Bulletins du —, 622, 630, 654, 663, 671, 679, 703, 711, 727, 735, 759. — au point de vue clinique. Le —, 989. — Contagion du —, 681. — Discussion sur le —, 678, 700. — Documents historiques et prophylactiques sur le —, 781. — en Égypte. Le —, 677, 1068, 1093. — Enquêtes sur la prophylaxie cuprique dans le —, 982, 1076, 1178. — et Angleterre, 731, 737. — et cuivre, 771, 780, 788, 812, 955, 970. — et microzyma, 884. — et quarantaines, 948. — Mission française en Égypte, 1037. — Traitement, 675, 706.
Chondrome parotidien, 241, 353.
Choréomanie épidémique en Orient, 899.
Choroïdite antérieure. De la —, 219.
Circulation veineuse du cœur, 285.
Cirrhose hypertrophique graisseuse, 205.
Clavicule. Fractures de la —, 428.
Clinique. De la —, 1058.
Clitoris. Épithélioma du —, 1115.
Cœur. Bruits du —, 923. — Circulation veineuse du —, 285. — Ectopie du —, 700, 957. — Hypertrophie des cavités gauches du —, 17. — Hypertrophie du — dans la tuberculose, 818. — Lésions cardiaques et aortiques, saturnines et arthritiques, 153. — Modifications fonctionnelles du —, produites expérimentalement, 508. — Retard du pouls et insuffisance aortique, 92. — Théorie des mouvements et bruits du —, 1107.
Coliques hépatiques, 593. — spermatique due au méat étroit placé haut sur le gland, 275, 283.
Collodion dans les points de côté des tuberculeux, 854.
Colotomie lombaire, 909.
Commotion cérébrale chez un jeune enfant, 893.
Compression dans l'inflammation de la gaine des tendons de la main, 1177. — et tumeur blanche, 622.
Congestion cérébrale, De la —, 601, 625, 641, 665. — du larynx d'origine paludéenne, 315. — pulmonaires chez les arthritiques, 947. — pulmonaire, diagnostic, 683.
Congrès international d'Amsterdam, 686. — international des médecins des colonies à Amsterdam, 257. — international des sciences médicales de Copenhague, 766.
Conjonctivite membraneuse, 18. — purulente rhumatismale, 405, 420. — rhumatismale, 357.
Contagion de la tuberculose. La —, 908. — du choléra, 681.
Contention. Procédé de —, 1012.
Contractilité utérine sous l'influence des courants électriques, 93.
Coqueluche. Potion contre la —, 100.
Contraction musculaire, luxation de la rotule par —, 805. — musculaire réflexe. De la —, 981.
Contracture chez les hystériques, diathèse de —, 1164. — pseudo-paralytique infantile, 932.
Convalescence de la fièvre typhoïde, 337.
Cornée. Astigmatisme de la —, 485. — Blessure de la —, 852. — Étiologie des abcès de la —, 987.
Corps de santé de la marine. Concours pour l'admission dans le —, 525. — Décret portant modification au décret du 27 novembre 1880, relatif aux conditions à remplir par les aspirants au doctorat en médecine ou au titre de pharmacien de 1re classe, appartenant au —, 253. — promotions, 911, 934, 950, 1013, 1094.
Corps de santé militaire, agrégés du Val-de-Grâce, 590. — décret sur la subordination, 421, 422. — des écoles préparatoires du —, 914. — Examen des médecins et des pharmaciens-majors de 2e classe, 508. — Inspection de la réserve et de l'armée territoriale, 422. — Institution de prix, 542. — Mobilisation des médecins et pharmaciens auxiliaires, 526. — Mutations, 725, 733, 775, 934. — Personnel, 38. — Placement des officiers du —, 990. — Programme de concours, 401. — Programme de concours de répétiteur, 924. — Programme de médecin stagiaire, 942. — Programme de prix, 614. — Programme pour l'admission d'élève du —, 925. — Promotions, 294, 438, 502, 582, 693, 926, 950, 1070, 1150. — Tableau d'avancement, 193.
Corps étranger de l'estomac, 307. — des fosses nasales chez un jeune enfant, 689. — du rectum, 853. — du vagin, 962. — enserrant la verge, 301.
Cou. Tumeur du —, 661.
Coude. Névrome consécutif à un traumatisme du —, 226. — Plaie du — par arrachement, 124. — Résection du —, 661.
Cuisse. Amputation de la — chez un tuberculeux, 621.
Curare. Du —, 1158.
Crane. Dépression du —, 20. — Fracture du —, 139, 333. — Influence des courants faradiques à travers le —, 44. — Kyste hydatique de la base du —, 1109. — Lymphadénome du —, 505.
Croup. Traitement, indications et contre-indications, 563, 577.
Cuivre. Asepticité des sels de —, 883. — Des propriétés du —, 763. — Enquêtes sur l'immunité cholérique et typhoïque, 1076, 1178. — et choléra, 771, 780, 788, 812, 955, 970. — Préservation dans les maladies infectieuses, 1061. — Prophylaxie dans le choléra et la fièvre typhoïde, 982. — Sa présence dans le cacao, 348.
Cyphose, 530.
Cystite aiguë, 1146. — du col, solutions contre la —, 268.

D

Dégénérescence de la France. La —, 653.
Délire des persécutions, 929. — instantanés, transitoires, consécutifs à des crises épileptiques, 283.
Dents. Accidents de l'éruption des —, 19. — Causes de l'érosion des —, 389, 419. — Des anomalies de l'éruption des —, 460. — Greffe des —, 948.
Déterminisme en médecine. Le —, 682.
Diabète, balano-posthite, 132. — consécutif à la chloroformisation, 1178. — Consolidation des fractures dans le —, 678. — Diagnostic des —, 1027. — et cataracte, 605. — phosphatique, gangrène spontanée par —, 946. — salé, 609. — sucré et bromure de potassium, 788.
Diarrhée chez les enfants, 146, 163, 186, 193.
Diathèses. — Traumatismes et —, 301, 428.
Diphtérie. Perchlorure de fer dans la —, 612. — et grossesse, 862.
Distinctions honorifiques, 22, 46, 71, 302, 654, 670.
Docimasie hydrostatique, 444.
Douleurs ostéocopes, 1116.

E

Eaux d'Orezza, 243. — minérales et corps de santé militaires, 197. — minérales. Loi sur les —, 150. — oxygénée. Emploi de l'—, 213, 830. — oxygénée et substances albuminoïdes, 188. — oxygénée, son emploi à l'intérieur, 260. — thermales et corps de santé militaire, 134.
Éclampsie puerpérale, chloroformisation, 829.
Écoles préparatoires de médecine, décret réglant la composition du personnel enseignant et réorganisation de ces écoles, 717. — supérieures, de plein exercice et préparatoires. Décret fixant la régime des —, 708.
Ectopie du cœur, 700, 957.
Eczéma. Lymphangite dans l'—, 689.
Électricité, courants faradiques à travers le crâne, 44. — et la douleur ovarienne chez les hystériques, 898.
Embarras gastrique, 372.
Élongation des nerfs, 85, 132.
Emphysème pulmonaire chronique généralisé, 1146.

Empoisonnement par la strychnine, 205, 494. — par l'oxyde de carbone, 716.

Empyème et pleurésie purulente, 757, 763, 770.

Encéphale. Effet de l'ablation de certaines parties de l'— chez les oiseaux. 141.

Enchondrome de l'épaule. Ablation d'un énorme —, 708. — volumineux. Extirpation d'un —, 909.

Endocardite infectieuse et endocardite ulcérée, 841. — mitrale, rhumatismale, végétante et perforante ou s'ulcérant, 842. — ulcéreuse, 836.

Enfance. Dilatation pupillaire dans les affections méningo-encéphaliques de l'—, 865. — Ostéotomie appliquée au genu valgum de la première —, 947. — Paralysie atrophique de l'—, 771. — Paralysie spinale de l'—, 292.

Exstrophie complète de la vessie chez une jeune fille, 161, 170.

Épanchement pleurétique, 683. — sanguin considérable, 708.

Épaule. Ablation d'un énorme enchondrome de l'—, 708. — Désarticulation de l'—, 124.

Épidémie de fièvre typhoïde importée, 909. — de trichinose, 1188. — Récompenses pour les travaux sur les —, 877. — sur les gardons, 1036. — typhoïde, 59.

Épilepsie. Des délires instantanés, transitoires, consécutifs à des crises d'—, 283. — le magistrat et le médecin, 949. — partielle, sa production expérimentale, 299. — spinale, 729.

Épiplocèle enflammée, 817. — enflammée. Résection d'une —, 477.

Épithélioma clitoridien, 1115. — de la cuisse, 721. — de la langue, 610. — de la mâchoire inférieure, 667. — de l'amygdale, envahissant le voile du palais, le plancher de la bouche et la base de la langue, 266. — du rectum, 137. — intracanaliculaire de la glande mammaire, 937.

Épulis. Un cas d'—, 498.

Érysipèle, accident, pernicieux, observation ancienne, 892. — de la face, néphrite infectieuse, 889. — Des microbes dans l'—, 765.

Érythème polymorphe dans l'infection puerpérale, 961.

Estomac. Cancer de l'estomac, 645. — corps étranger, 307. — Dilatation de l'—, 997. — Du bruit de flot ou de clapotage comme signe de dilatation de l'—, 1169. — Faux cancers de l'—, 1048.

Éther en injection sous-cutanées dans la fièvre typhoïde, à forme adynamique, 795. — et chloroforme, 1060. — et respiration de la levûre de bière, 1109. — Fièvre typhoïde et injections sous-cutanées d'—, 773.

Éthéromane. Un —, 844.

Étoupe à pansement antiseptique, 469.

Excitabilité du faisceau antérieur de la moelle épinière, 141.

Externat. Résultats du concours de l'—, 1150.

F

Faculté de médecine de Paris. Cours de la —, 972. — Décret fixant le régime des cours dans les —, 708. — Thèses, 126, 150, 198, 222, 309, 374, 382, 397, 436, 454, 470, 510, 526, 557, 598, 622, 662, 742, 758, 783, 806, 1134. — Thèses récompensées, 86.

Farcin. Histoire du —, 833, 843, 881, 905.

Fascination. De l'état de —, 1041.

Fer. Adjuvants rationnels du —, 1100. — Perchlorure de — dans la diphtérie, 612.

Fibrome de l'orbite devenu sarcomateux sous l'influence d'un sarcome utérin, 901. — utérins et grossesse, 125.

Fièvre bilieuse ou hépatique, 809. — de croissance, 1034, 1082, 1091. — intermittentes de typhoïde et phtisie, 893. — intermittente, 529. — jaune. Cause primordiale de la —, 821. — larvée, 529. — paludéennes, 469. — pernicieuse, 529. — puerpérale dans les hôpitaux, 486. — Réfrigération du corps humain dans les —, 234. — typhoïde, 148. — typhoïde, abcès consécutif, 25. — typhoïde à forme adynamique et injections sous-cutanées d'éther, 795. — typhoïde à forme rénale. De la —, 662. — typhoïde, angine ulcéreuse, 394. — typhoïdes, bain froids, traitement des complications, 533. — typhoïde, broncho-pneumonie, 371. — typhoïde. Carie du larynx dans la —, 487. — typhoïde, complications, 73. — typhoïde, contagion dans les hôpitaux, 638. — typhoïde. Convalescence et recherches de la —, 337. — typhoïde dans un service de la Charité. La —, 673. — typhoïde Discussion, 29, 53, 101, 124, 173, 221, 244, 269, 284, 308, 333, 518, 540, 565. — typhoïde. Du perchlorure de fer dans la —, 652. — typhoïde. Enquête sur la prophylaxie cuprique dans la —, 982, 1178. — typhoïde en Tunisie, 33. — typhoïde, épidémie d'Auxerre, 68. — typhoïde, épidémie importée de —, 909. — typhoïde et bains froids, 28, 446, 486. — typhoïde et injections sous-cutanées d'éther, 773. — typhoïde, étiologie, 932. — typhoïde. Muguet de la gorge dans la —, 446. — typhoïde et plexus solaire, 91. — typhoïde. Prophylaxie de la —, 469, 492. — typhoïde et réfrigération, 757. — typhoïde, méthode de Brand, 356. — typhoïde, mortalité des soldats français, 76. — typhoïde. Parotide double terminée sans suppuration, 617. — typhoïde, recherches, 363. — typhoïde, son influence sur la syphilis et la blennorragie, 141. — typhoïde, statistique, 823. — typhoïde, traitement, 138.

Fissures à l'anus, 241.

Fistule anale borgne externe, 969. — biliaires, 1158. — borgnes de l'anus, 1033. — lacrymale d'origine héréditaire, 182. — osseuses de la région trochantérienne, 1033. — urétro-vaginale, dilatation préalable de l'urètre, 229. — vésico-intestinales, 909. — vésico-vaginale, 962.

Fluxions pleuro-pulmonaires réflexes d'origine utéro-ovarienne, 947.

Fœtus ayant séjourné cinquante-six ans dans le sein de sa mère, 811. — Dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone ce gaz passe-t-il de sa mère au —, 716. — Hyperthermie et vitalité du —, 669.

Folie congestive, 601, 625, 641, 664.

Fracture de jambe, 852. — de la clavicule, 428. — de la colonne vertébrale et des deux pieds, 721. — de la malléole externe chez un hépatique, 923. — de la rotule, 1051, 1077, 1102. — de la rotule. Suture osseuse dans les —, 1028. — de leur consolidation chez les diabétiques, 678. — de l'extrémité inférieure du péroné, 465. — des membres, traitement, 556, 564, 596, 603, 636. — du crâne, 333. — du crâne, troubles nerveux consécutifs, 139. — par écrasement des vertèbres cervicales, 729. — transversales de la rotule, suture osseuse, 389.

Furoncle, traitement et moyen de prévenir son auto-inoculation 203.

G

Gambetta. Blessure, maladie, mort de —, 81.

Gangrène des deux pieds, 549. — du scrotum, 220. — spontanée du membre inférieur chez un jeune homme, 106. — spontanée par diabète phosphatique, 946.

Gastrite chronique par alimentation insuffisante, 593.

Gastrorrhagie. Transfusion directe dans la —, 867.

Gastrostomie, 941, 964, 1004.

Gastrotomie, 228, 251, 713, 749.

Genou. Abcès froid du —, 697. — Synovite pseudo-membraneuse du —, 785. — Tumeurs douloureuses du —, 12.

Genu valgum de la première enfance. Ostéotomie appliquée au —, 947.

Gestation. Hyperthermie et —, 669.

Glaucôme, 899.

Glycérine à l'intérieur, 250. —, mode d'administration et doses pour l'usage interne, 291.

Glycosurie après l'ablation des mamelles, 261. — chez un paludique, 549. — des nourrices, 300. — et bromure de potassium, 788.

Goitre exophtalmique, 433.

Gorge. Muguet de la —, 446.

Goudron. Du —, 1093.

Gravelle simulée, 421.

Greffe dentaire, 948. — osseuse, 300.

GROSSESSE de deux mois, hémorragie, fausse couche, 49. — et diphtérie, 862. — et fibromes utérins, 125. — et morphinisme, 970. — gémellaire, 49. — Ictère dans la —, 1068.

H

HALLUCINATIONS bilatérales, 923.
HANCHE. Résection de la —, 1190.
HÉMATURIE, 275, 283.
HÉMI-ANESTHÉSIE croisée, coïncidant avec les troubles moteurs de rotation en manège, 628.
HÉMIPLÉGIE, aimantation, 68.
HÉMOGLOBINE. Dosage de l'—, 11.
HÉMOPTYSIES pulmonaires chez les arthritiques, 947.
HÉMORRAGIES cérébrales, 348.
HÉMORROÏDES ulcérées, 241.
HÉPATIQUE. Fracture chez un —, 923.
HÉRÉDITÉ syphilitique, 449.
HERNIE crurale. — Cure radicale des —, 1013. — Du taxis progressif et prolongé dans le traitement des —, 459, 500. — épiploïque, 963. — étranglée et bactériens, 922. — étranglées et chlorydrate de morphine, 517. — étranglées. Réduction par les injections sous-cutanées de morphine, 431, 379, 418. — étranglées, traitement, 774. — inguinales congénitales, 228, 301, 897. — inguinale congénitale étranglée, 748. — inguinale, cure radicale, 790. — inguinale étranglée ; cure radicale, 147. — ombilicale, taxis progressif et prolongé, succès, 829. — péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte, la —, 662. — pseudo-étranglement, 817.
HERPÉTISME, l'—, 473.
HISTOIRE des médecins arabes et de l'École de Salerne, 1065, 1081, 1113, 1137, 1161.
HOMICIDE par imprudence, 749.
HÔPITAUX de Paris, classement des internes et externes, 3. — de Paris, liste des internes, 1174. — de Paris, mutations, 1158, 1181. — laïcisation des —, 1001, 1041. —, les accoucheurs des —, 437. — militaires et corps de troupe, répartition et fonctionnement du personnel, 702.
HUILE de croton tiglium et méningite des enfants, 387.
HUMÉRUS, résection sous-périostique de l'—, 1002.
HYDARTHROSE, 860.
HYDRENCÉPHALOCÈLE, 49.
HYGRODERMOMÉTRIE, 933.
HYGROMA, 697.
HYPERTHERMIE et gestation et vitalité du fœtus, 669.
HYPERTROPHIE de la boule graisseuse de Bichat, 1041. — des petites lèvres, 301. — mammaire, 317.
HYPNOTISME. De l'—, 1156. — phénomènes neuro-musculaires, 1115.
HYSTÉRECTOMIE, 429, 1078, 1101.
HYSTÉRIE, 1158. — Diathèse de contracture dans l'—, 1164. — rebelle, 578. —, traitement de l'électricité de la douleur ovarienne dans l'—, 898.
HYSTÉROTOMIE, 74.

I

ICTÈRE dans la grossesse, 1068. — permanent datant de 19 mois, 1073.
IMMOBILISATION, tumeur blanche et —, 622.
IMPETIGO contagiosa, 20.
INCONTINENCE d'urine, pilules, 100.
INFECTION puerpérale, érythème polymorphe, 961.
INFLAMMATION et tuberculose, 385.
INHALATIONS médicamenteuses, 1044.
INJECTIONS d'urines albuminuriques, 669. — médicamenteuses dans la trachée, 946. — sous-cutanées chez les nerveux et les aliénés, 932. — sous-cutanés d'éther dans la fièvre typhoïde à forme adynamique, 795.
INNERVATION collatérale, 478.
INOSURIE, 757.
INSPECTION médicale des écoles, 22. — médicale des établissements scolaires publics de la ville de Paris, 1070.
INSTITUTIONS médicales, 1057.
INSTRUMENTS ET APPAREILS. Appareils à irrigation Barthélemy, 668, 675. — Appareils orthopédiques Rainal frères, 252, 541. — Aspirateur Voiturier, 206. — Cautère Paquelin nouveau type, 437. — Dilatateur-gouttière, 566. — Excitateur utérin d'Apostoli, 206. — Irrigateur-aspirateur Maréchal, 165, 189. — Manomètre double, 470. — Nouveau thermomètre circulaire de Burq, 659. — Pantographie chirurgicale, 922. — Pèse-bébé Desfossés, 1172, 1190. — Pessaire sigmoïde élastique, 102. — Photophore électrique frontal, 336, 437. — Pneumographe buccal de Bloch, 348. — Respirateur élastique, 564. — Spéculum pour électrisation utérine, 605. — Spéculum vaginal Collin, 1117. — Spirométrie et carbonimétrie cliniques, 589. — Tracteur de la commissure des lèvres pendant la chloroformisation, 437. — Tube à drainage, 940.
INTERNAT des hôpitaux de Paris, liste, 1174. — Prix de l'— 1149.
INTESTIN, invagination provoquée par des ascarides, 1060.
INTOXICATION par les vapeurs du charbon, 838.
INVAGINATION intestinale provoquée par des ascarides, 1060.
IODOFORME en oculistique, de l' —, 890.
IODURE de potassium et méningite des enfants, 387. — de potassium. Injections sous-cutanées d' —, 45.
IRIS. Pathogénie des kystes de l' —, 85.

J

JAMBE. Fracture de —, 852.
JÉQUIRITI. Le —, 1012.
JOUE. Tumeur de la —, 1103.

K

KÉLOTOMIE, 477.
KYSTES de l'iris, 85. — de l'ovaire, 619, 620, 661, 921. — de l'ovaire, péritonite aiguë généralisée, 830. — dermoïdes, mode de formation, 923. — du ligament large, 620. — du testicule, 132, 156. — hydatique de la base du crâne, 1109. — hydatique de l'orbite, 1102. — hydatique du cerveau, 201. — hydatiques et traumatisme, 1026. — sublingual, 353.

L

LACTATION anomale, 629.
LAÏCISATION des hôpitaux, 145.
LAIT. Du —, 227. — de femmme. Zymase du —, 468.
LANGUE. Affection douteuse de la —, 293. — Épithélioma de la —, 610. — Lipome de la —, 620. — Ulcération, 189.
LAPAROTOMIE, 645.
LARYNGITE, complication, 605.
LARYNX. Carie du —, dans la fièvre typhoïde, 487. — Congestion d'origine paludéenne, 315. — De l'œdème des replis aryténo-épiglottiques dans les maladies chroniques du —, 938.
LATHYRISME. Du —, 638, 653. — médullaire spasmodique, 612.
LATHYRUS cicer, des graines du —, 724.
LÉGION D'HONNEUR, 6, 23, 142, 302, 487, 622, 638, 646, 791, 815, 831, 1118, 1166.
LEUCÉMIE, 581.
LÈVRE. Structure du bord libre de la —, 605.
LIGATURE élastique, 1102.
LIN, poudre inaltérable, 523, 924.
LIPOME calcifié congénital, 66. — de la langue, 621. — sus-claviculaire, 860.
LIQUIDES organiques et substance organisée, 147. — organiques neutres et substance organisée, 43.
LOCALISATIONS cérébrales, 333.

Locomotion humaine, 934. — Physiologie de la —, 884. — Son mécanisme chez l'homme, 814.

Lupus. Nature de —, 44, 716.

Luxation de la rotule par contraction musculaire, 805. — irréductibles de la hanche, réduction par l'opération sanglante, 108. — pathologiques, 1027. — subites dans le rhumatisme aigu, 1005. — sous-coracoïdienne complète, 733.

Lymphadénome de la base du crâne, 505.

Lymphangite dans le cours d'un eczéma des mains, 689.

Lymphatiques, leur rôle dans la pathogénie des maladies virulentes, 1068.

M

Machoires, anesthésie dans les opérations faites au devant des —, 900. — inférieure, épithélioma de la —, 667.

Macroglossie, 141.

Main. Inflammation des gaines des tendons de la —, 1177. — Lymphangite survenant dans le cours d'un eczéma des —, 689.

Mal perforant, 945. — perforant aux deux pieds, d'origine spinale, 1170.

Maladies constitutionnelles et affections locales, 795. — contagieuses et organites, 1117. — régnantes, 189. — virulentes, rôle des lymphatiques, 1068.

Mamelle. Cancroïde de la —, 937. — glycosurie après l'ablation des —, 261. — Hypertrophie, 317.

Manie aiguë et menstruation, 988.

Maxillaire supérieur. Atrésie du —, 923.

Médecine légale. Application de l'entomologie à la —, 212. — Docimasie hydrostatique, 444. — pratiquée par les animaux, 92.

Médecins auxiliaires militaires, règlement, 741. — de la réserve, 669. — des bureaux de bienfaisance, 1038. — militaires, examen d'aptitude, 396.

Méningite des enfants, traitement, 387.

Menstruation et manie aiguë, 988. — Théorie physiologique de la —, 932.

Métalloscopie, explication des phénomènes, 213.

Métallothérapie, 578. — et maladies virulentes, 717. — Origines de la —, 475.

Méthylène. Chlorure de —, 381, 405.

Métrorragies névralgiques, 131. — simples, sans fluxions, 658.

Microbes dans la variole, la vaccine et l'érysipèle. Du siège des —, 765. — dans le sang normal, 669. — de la phtisie, 226. — de la tuberculose, 537. — du choléra des poules, 523. — de vaccination charbonneuse, 356.

Microbie, 405, 468.

Microzymas, 948. — Choléra et maladies contagieuses, 884.

Moelle. Des affections associées du cerveau et de la —, 1. — épinière. Excitabilité directe du faisceau antérieur de la —, 141.

Monstre. Un —, 1158.

Morphéomanie. De la —, 36, 290.

Morphine et chloroforme, 1108. — et hernies étranglées, 131. — Hernies étranglées traitées par les injections de chlorhydrate de —, 379, 418, 517.

Morphinisme et grossesse, 970.

Morphinomanie, 290.

Mort. Mécanisme de la — par piqûre du bec du calamus scriptorius, 188. — sans agonie ou par inhibition cérébrale, 125.

Morve et son microbe, 1003. — Histoire de la —, 833, 843, 881, 905.

Motilité, troubles déterminés par les lésions de la protubérance, 188. — Troubles produits par les besoins de l'appareil auditif, 67.

Muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde, 446.

Muqueuse de Schneider. — Dégénérescence des os en rapport avec la —, 42.

Muscles. État cataleptiforme dans les —, 261. — et vératrine, 188.

Mycosis fongoïde, 866.

Myélite descendante, 729.

Myopie, 899.

Myxœdème, lésions anatomiques et nature, 179.

N

Narcotiques. Mode d'action des —, 261.

Nécrologie. Allaire, 942. — Archambaul', 646. — Arthaud, 286. Barbaux, 351. — Baudet, 558. — Baudouin, 631. — Béard, 310. — Beauclair, 23. — Béliard, 1167. — Bellemer, 310. — Berdinel, 310. — Berthier, 895. — Bertillon, 207. — Bischoff, 310. — Blanche (H.), 46. — Bocquillon, 446. — Bonnefous, 454. — Boucherot, 1167. — Boudier, 351. — Bourdeillette, 23. — Bourguet, 519. — Boy, 711. — Brault, 286. — Brulet, 743. — Buys, 310.— Caradec (Th.), 703. — Cépières, 838. — Chaillery, 663. — Chairou, 1038. — Chassaniol, 166. — Chizat, 119. — Claudot, 166. — Cloquet, 190, 206. — Colonicatti, 863. — Comoy, 342. — Courtin, 406. — Depaul, 973, 977. — Dessaignes, 166. — Devillers, 6. — Domerc, 334, 350. — Drouineau, 775. — Paul Dubois, 687. — Dumas, 927. — Dumez, 727. — Dupuy, 446. — Durand, 14. — Duriez, 439. — Filhol, 599. — Franche, 439. — Fuzier, 111. — Gaillardot, 791. — Giscaro, 310. — Guérou, 558. — Halton, 286. — Hébert, 1167. — Helloco, 438. — Homolle père, 767. — G. Homolle, 1087. — Imbert, 439. — Kerckhoven, 903. — Kloz, 79. — Krishaber, 342. — Kuntzli, 166. — Laboulaye, 494. — Lachenal, 166. — Lafforgue, 286. — Lannuzel, 558. — Luc Leroy, 495. — Lorne, 951. — Luër (A.), 175. — Marbotin, 310. — Martin-Damourette, 397. — Marty, 111. — Marx (E.), 143. — Michel, 406. — Montallier, 310. — Moreau, 903. — Morvan, 695. — Ovide-Lallemand, 446. — Parrot, 719. — Passot, 397. — Pellarin, 1151. — Pouliot, 71. — Richaud, 1087. — Rigal, 487. — Rolland, 166. — Rosso, 310. — Roujon, 46. — Savard, 310. — Sédillot, 102. — Seux, 1030. — Sims, 1055. — Socquet, 847. — Spillmann, 927. — Tarral, 1111. — Tarillon, 6. — Tassy, 439. — Tessereau, 1095. — Thomas (F.), 46. — Thuillier, 871. — Tiersot, 71. — Toussaint, 406. — Tremollet, 1118. — Trèves, 351. — Troisier, 166. — Vernay, 23. — Watrin, 166.

Nécrose des maxillaires inférieur et supérieur, 1075.

Néphrectomie, 933.

Néphrites infectieuses. Des —, 889. — interstitielle, 17.

Nerfs. Élongation des —, 85. — médian. Névrôme interstitiel du —, 226. — musculo-cutané. De la portion brachiale du —, 1003. — olfactifs. Absence des —, 1083. — section. Résection, cautérisation, élongation, arrachement des —, 89. — Température locale des membres après l'élongation des —, 91. — vaso-dilatateurs, 629. — vaso-moteurs et ganglions sympathiques, 172.

Nerveux. Phénomène de culbute produits par la lésion de différents points du système —, 284.

Névralgie costale et cardialgie, 923. — de la branche ophtalmique du trijumeau, 939. — métrorragies, 131. — sciatique. Varices consécutives à une —, 130. — Traitement chirurgical des —, 89.

Névrite cubitale provoquée, 898. — sciatique des phtisiques, 1025.

Névrome interstitiel du nerf médian, 226.

Névrose, cardio-vasculaire, troubles, 1098.

Nez. Cancroïde du —, 1033. — Corps étrangers des fosses nasales, 689. — Sclérose hypertrophique du —, 748. — Tumeur sarcomateuse des fosses nasales, 210.

Nodosités rhumatismales, 1045. — rhumatismales éphémères, 1110.

Nouveau-né. — Vices de conformation de la bouche chez un —, 707.

Nutrition. Maladies par ralentissement de la —, 177.

O

Obstétrique, de l'—, 1153. — fausse couche à quatre mois et demi, 417.

Œdème des replis aryténo-épiglottiques, 580. — malin des paupières, 12.

Œil décentré, 485. — refroidissement brusque du globe de l'—,

comme cause d'abcès de la cornée, 987. — traitement des atrophies papillaires ataxiques, 348.

Œsophage. Cancer annulaire de l'—, 713. — Compression de l'—, 1009. — Rétrécissement cancéreux de l'—, 749, 1010. — Rétrécissement primitif de l'—, 347. — Rétrécissement spasmodique de l'—, 73.

Officier de santé, conditions d'études, 1068. — Décret déterminant les conditions d'études et d'admission au grade d'—, 717.

Ombilic. Cancer de l'—, 315.

Opération de Pirogoff. Modification de l'—, 37. — leur influence sur les états pathologiques antérieurs, 277.

Ophtalmie purulente, nature et traitement, 614.

Orbite. Fibrome de l'—, devenu sarcomateux sous l'influene d'un sarcome utérin, 901. — Kyste hydatique de l'—, 1102.

Orchite ourlienne, 393.

Oreille. Dilatation intermittente et progressive de la trompe d'Eustache, 1188. — Trouble de la motilité produit par les lésions de l'— interne, 67.

Oreillons. Orchite des —, 393. — traitement, 19.

Organites et maladies contagieuses, 1117.

Orteil. Bifidité du gros —, 924.

Os de l'avant-bras. Résection sous-périostique des —, 1002. — douleurs osseuses, 131. — greffe, 300. — Matière corante des — de l'orphie, 435.

Ostéite, 12. — du tibia, 860.

Ostéoclasie, 1148, 1189, 1190.

Ostéotomie, 1148, 1189. — appliquée au genu valgum de la première enfance, 947.

Ovaire. Intervention chirurgicale dans les petites tumeurs de l'—, 636. — Kystes de l'—, 619, 620, 661, 921. — péritonite aiguë généralisée et kystes de l'—, 830. — Traitement électrique de la douleur des — chez les hystériques, 898.

Ovariotomie, 619, 620, 661, 1078. — à la Pitié. Une —, 769. — Incertitude ou pronostic de l'—, 953.

P

Pachyméningite, 729.

Paludéenne. Congestion du larynx d'origine —, 315.

Paludisme congénital, 131. — et traumatisme, 774.

Pansement de Lister, 770. — des plaies, 810.

Paralysie ascendante aiguë, 605. — atrophique, 249. — atrophique de l'enfance, 771. — de la vessie, platine, 753. — du corps de la vessie, 25. — du membre inférieur droit de cause syphilitique, 26. — générale des aliénés, 777, 801, 825, 849, 873. — générale spinale aiguë terminée par la guérison, 386. — générale spinale à marche rapide, guérison, 313. — générale syphilitique, 129. — par mal de Pott, 483. — provoquée pendant l'état cataleptique, 1115. — spinales, 205. — spinale de l'enfance, 292. — toxiques, 361.

Parasites de la peau, 517. — des Japonais, 381. — des maladies contagieuses. Genèse des —, 1020. — des serpents, 1108.

Parésie trémulente à redoublements, 731.

Parotide. Chondrome de la —, 353. — double survenue au début d'une fièvre typhoïde et terminée sans suppuration, 617.

Parotidites dans les suites des couches, 595. — suppurée après péritonite, suite d'avortement, 659.

Parotidienne. Phlegmons anthracoïdes et anthrax malins de la région —, 617.

Pathologie chirurgicale générale. De la —, 1049.

Paupières. Œdème malin des —, 12.

Peau. Parasite de la —, 517.

Perchlorure de fer dans la fièvre typhoïde, 652.

Pénis. Perte totale du —, 20.

Percussion thoracique. Quelques bruits de —, 34.

[...]tonite chronique, anurie consécutive, 804. — suite d'avortement. Parotidite suppurée après —, 659.

—. 237.

[...]s de l'extrémité inférieure du —, 465.

Phagédénisme du chancre simple et pyrogallol, 3. — syphilitique, 217, 305, 330, 354, 404, 434, 457, 491, 506, 515.

Pharmaciens auxiliaires militaires, règlement, 741. — de la réserve, 669.

Pharynx. Atrésie du maxillaire par végétations adénoïdes du —, 923. — Détermination de la fièvre typhoïde sur le —, 661. — nasal, végétations adénoïdes, 474.

Phimosis. Du —, 204.

Phlegmons anthracoïdes de la région parotidienne, 617. — de la paroi abdominale, 794, 861, 989, 1017. — osseux. Du —, 35.

Phlegmon périnéphrétique, 580.

Phosphate de chaux et rachitisme, 1148. — De la fonction primaire des —, 946.

Phtisie. Bacilles des crachats, 1158. — et fièvre intermittente et typhoïde, 893. — Influence des poussières sur la —, 225. — laryngée. Trachéotomie dans la —, 997. — Microbe de la —, 226, — Névrite sciatique des —, 1025.

Phymatose pulmonaire et ganglionnaire, médiastine probable, 1009.

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal, 588. — L'étude de la —, 1081. — vitesse relative des transmissions visuelles, auditives et tactiles, 1018.

Pied bot, talus, 785.

Pieds. Fracture des deux —, 721. — Gangrène des deux —, 549. — mal perforant, 945. — mal perforant d'origine spinale, 1170. — suture osseuse dans les amputations ostéo-plastiques, 341.

Pilocarpine. Action antagoniste de l'atropine et de la —, 716.

Pilules contre l'incontinence d'urine, 100. — drastiques, 100.

Piscidia erythrina, 932.

Placenta. Insertion vicieuse du —, 530. — Passage des éléments figurés à travers le —, 521, 546.

Plaie. Frigidité antiseptique des —, 819. — Pansement des —, 810. — par armes à feu, dites plaies en séton, 97. — par arrachement, 124.

Platine dans l'amblyopie hystérique, la paralysie de la vessie. Le —, 753.

Pleurésie hémorragique, 1180. — purulente et empyème, 757, 763, 770.

Pneumogastrique. Troubles fonctionnels du —, 425.

Pneumonie traitée par les saignées coup sur coup, 57.

Poignet. Résection du —, 37, 318.

Poison des flèches des Foulahs, 716. — organiques, leur action sur les actinies, 380.

Poissons toxiques du Japon, 349.

Polypes de la matrice, opération, 467. — fibreux et de leur ablation, 409. — muqueux des fosses nasales, 42.

Polyurie idiopathique, 609.

Population. Décroissance de la —, 445.

Potion contre la coqueluche, 100. — de Todd modifiée, 268.

Pouls. Du ralentissement ou de la lenteur du —, 699. — Insuffisance aortique et retard du —, 92.

Poumons. Absorption des vapeurs d'alcool absolu par les —, 589. — des fluxions pleuro-pulmonaires réflexes d'origine utéro-ovarienne, 947. — leur congestion chez les arthritiques, 947.

Prix de la « Company of Grocer's » de Londres, 711.

Propathies et traumatismes, 684.

Prophylaxie des maladies contagieuses humaines à Paris, 587.

Prostate. Hypertrophie de la —, 993. — Kyste hydatique de la —, 133.

Prothèse de la bouche, 796.

Pseudarthrose, 610.

Pseudo paralysie syphilitique, 445. — syphilitique chez une petite fille de deux mois et demi, 442.

Pupille. Dilatation de la — dans les affections méningo-encéphaliques de l'enfance, 865.

Purpura apyrétique, rhumatismal, 105. — hémorragique, 949. —

Purpuras. Des diverses espèces de —, 289.

Pus, collections purulentes périspléniques, 205.

Pustule maligne, 203, 619. — maligne, traitement, 373.

Pyohémie spontanée, 949.

Pyridine, action physiologique de la —, 44.

Pyrogallol et phagédénisme du chancre simple, 3.

Q

Quinidine. Effets physiologiques de la —, 557.

R

Rachis. Fracture du —, 721. — Lésions du —, 341.

Rachitisme et phosphate de chaux, 1148. — et syphilis, 133, 156, 181, 206, 341, 619, 1190.

Rage, 1044. — Histoire de la —, 489, 497, 513, 553, 585, 633.

Réactions d'ordre chimique et champ magnétique, 125.

Rectum. Alimentation par le —, 1180. — Cancer du —, 828. — Cancroïde du —, 649. — Corps étranger du —, 853. — Épithélioma du —, 137. — Rétrécissement annulaire cicatriciel du —, rectotomie, guérison, 837. — Rétrécissement syphilitique du —, 1105.

Réflexes. Persistance des —, 1037.

Réfrigération. De la —, 350. — du corps humain dans les maladies hyperthermiques, 234.

Refroidissement brusque du globe oculaire comme cause d'abcès de la cornée, 987. — brusque, effets du —, 141.

Rein. Abcès du —. 1190. — Accidents néphrétiques dans la tuberculose, 818. — Contusion du —, 154. — flottant, 1190. — Fréquence et dangers de l'intervention rénale dans les maladies, 979, 995.

Résection de la hanche, 1190. — du coude, 661. — d'une saillie osseuse, 852. — du poignet, 37. — sous-périostées, 478.

Respiration. Appareil pour étudier les phénomènes chimiques de la —, 716. — Capacité respiratoire des animaux terrestres et aquatiques, 164. — Centre respiratoire, 260. — chez l'homme, étude graphique, 300. — d'un air chargé de vapeurs de pétrole. Effets de la —, 123. — Étude graphique de la —, 348.

Rétention d'urine, 993. — d'urine consécutive à des opérations, 986.

Rétine. Décollement de la —, 899. — Pathogénie du décollement arthritique de la —, 898.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire, 763, 1180. — de l'urètre, chloroformisation, diabète, 1178. — primitif de l'œsophage, 347. — spasmodique de l'œsophage, 73. — syphilitique du rectum, 1105.

Revaccination, 763.

Rhumatisme articulaire subaigu, 17. — Nodosités, 1045. — Nodosités éphémères, 998, 1110.

Rotation. De la —, 970.

Rotule. Fractures de la —, 1051, 1077, 1102. — Luxation par contraction musculaire, 805. — Suture osseuse dans les fractures transversales de la —, 389.

Rougeole anomale, 1145.

S

Saignées coup sur coup, 57.

Sang. Café et gaz du —, 1109. — Différence de la plasticité du — de l'homme et des animaux, 884. — Épanchement considérable, 708. — Microbes dans le —, normal, 669. — Poudre de —, 669. — Transfusion du —, 292, 411.

Sarcome utérin, fibrome de l'orbite devenu sarcomateux sous l'influence d'un —, 901.

Sclérose hypertrophique du nez, 748. — spinale postéro-latérale, 1.

Scrotum. Gangrène, anaplastie, réunion immédiate, 220.

Sein. Cancroïde du —, 969.

Sels métalliques, pouvoir toxique, 92.

Sensibilité chromatique. De la —, 357. — Ses troubles dans l'alcoolisme chronique, 683.

Septicémie aiguë à forme gangreneuse, 124.

Service médical de nuit, 54, 950. — médical de nuit dans la ville de Paris, 381, 654.

Société française d'ophtalmologie, 285. — médicale des bureaux de bienfaisance, 1013.

Sommeil provoqué, hypnotisme, 1156.

Souscription Bouillaud, 657, 679, 710. — Pinel, 182.

Spina bifida congénital opéré dans l'enfance, paralysie du corps de la vessie, 25.

Spléno-pneumonie. De la —, 763.

Staphylome, 852.

Sternum. Bifidité du —, 700.

Strabisme. Opération au moyen de l'avancement capsulaire, 981.

Strychnine. Empoisonnement par la —, 205, 494.

Strychnisation. De la —, 1083.

Substance organisée, liquides organiques neutres et —, 43.

Sueurs locales liées à la syphilis, 716.

Suggestion à l'état de veille, 932, 1012.

Sulfate de quinine, pureté, 1077.

Suppuration. Des organismes inférieurs dans les —, 1158.

Suralimentation. De la —, 388.

Suture nerveuse suivie de séparation fonctionnelle des muscles, 1102. — osseuse dans les amputations ostéo-plastiques du pied, 341. — osseuse dans les fractures de la rotule, 389, 1028.

Synovite pseudo-membraneuse du genou, 785.

Syphilides muqueuses. Des —, 9, 50.

Syphilis cérébrale, traumatisme, 548. — du singe, 949. — et fièvre typhoïde, 141. — et rachitisme, 133, 156, 181, 206, 341, 619, 1190. — Rétrécissement du rectum, 1105. — héréditaire tardive, 626, 634, 642, 650, 690, 714. — Hérédité, 449. — Paralysie du membre inférieur droit, interprétation des troubles nerveux, 26. — Paralysie générale, 129. — Phagédénisme, 217, 305, 330, 354, 404, 434, 457, 491, 506, 515. — Son inoculation au singe, 68, 93. — Sueurs locales liées à la —, 716. — Thallium dans la —, 396.

T

Tabes anomal, 427.

Taille hypogastrique, 107, 939, 941, 965, 1101.

Tarsotomie, 365.

Taxis abdominal dans l'étranglement intestinal, 900. — progressif et prolongé dans le traitement des hernies, 459.

Teinture d'iode, 100.

Température des membres après l'élongation des nerfs, 91. — locales, 593.

Ténias, 436.

Tendons. Inflammation des gaines des — fléchisseurs de la main, 1177.

Testicule. Castration à gauche, hypertrophie compensatrice du — à droite, 233. — Contusion du —, 1099. — et tuberculose, 740. — Maladie kystique du —, 132, 156. — Tuberculose du —, 978.

Tétanie d'origine gastrique, 900.

Tétanos traumatique, traitement mixte, 195.

Thallium, 470. — dans la syphilis, 396.

Thérapeutique algérienne, 481.

Thermocautère. Inconvénients du —, 25.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris, 126, 150, 198, 222, 309, 374, 382, 397, 436, 454, 470, 510, 526, 557, 598, 622, 662, 742, 758, 783, 806, 1134.

Thyroïdectomie, 37, 966.

Tibia. Ostéite du —, 860.

Trachée. Injections médicamenteuses dans la —, 946.

Trachéotomie dans la phtisie laryngée, 997. — et tuberculose laryngienne, 892.

Transfusion directe dans la gastrorragie et les affections ...cales, 867. — du sang, 292, 411.

Transpiration végétale, 60.

Traumatisme cérébral, 1109. — du coude, névrose consécutif, 226. — et affections antérieure, 157. — et diathèses, 301, 428. — et états pathologiques antérieurs, 451, 524. — et kystes hydatiques, 1026. — et paludisme, 774. — et propathies, 684. — et tuberculose, 748. — syphilis cérébrale, 548.
Trépanation, 524.
Trichinose d'Emersleben. Épidémie de —, 1188.
Trochanter. Fistules osseuses de la région du —, 1033.
Tubercule. Bacillum du —, 39(, 405. — et inflammation, 94.
Tuberculose, 470. — Accident gastro-intestinaux de la —, 1074. — au point de vue chirurgical, 1138. —, diagnostic, 1117, 1140, 1187. — Accidents cérébraux de la —, 588. —, amputations, 364. —, amputation de la cuisse, 521. — Bacilles de la —, 485. —, bruit de tempête, fistule ombilicale, 854. — et tympanisme, 594. — généralisée, 581. — Genèse du parasite et la —, 814. — La contagion de la —, 908. — laryngienne et trachéotomie, 892. — Microbe de la —, 537. —, neutralisant du suc tuberculeux, 53. — pulmonaire, accidents néphrétiques, hypertrophie du cœur, 818. — ses rapports avec l'inflammation, 385. — testiculaire, 740, 978. — Traumatisme et —, 748.
Tumeur anale de nature érectile, 785. — blanche guérie par la compression et l'immobilisation, 622. — cérébrales, 58. — de la joue, 1103. — de la vessie, 549. — de l'ovaire et de l'utérus ; de l'intervention chirurgicale dans les petites —, 636. — dermoïde du plancher de la bouche, 939. — dermoïde congénitale, 389. — douloureuses du genou, 12. — du cou, 661. — érectiles chez l'enfant, traitement, 441. — érectiles, traitement, 745. — fibreuses de l'utérus, hystérotomie, guérison, 74. — hémorroïdales, 353. — parotidienne, 921. — sarcomateuses des fosses nasales, 210. — utérines, gastrotomies, 228.
Tympanisme chez un tuberculeux, 594.
Typhlite, 237.
Typhus cardiaque, 841. — hépatique, 913.

U

Ulcération linguale, 189.
Ulcères hémorroïdaires, 241. — idiopathiques de la jambe, pathogénie, 662.
Urémie d'origine hépatique, 141. — mécanique et toxique, 1186.
Urètre, dilatation préalable dans les fistules urétro-vaginales, 229. — méat étroit placé haut sur le gland, hématurie et colique spermatique, 275, 283. — rétrécissement, chloroformisation, diabète, 1178.
Urine. Acide chlorydrique pour empêcher la fermentation de l'—, 508. — albuminuriques. Injection d'—, 669. — Les chlorures de l'—, 901.
Utérus. Absence du col de l'—, 1027. — Chancres simples du col de l'—, 188. — Déviation, phénomène réflexe, anneau-pessaire, 155. — Le système cérébro-spinal, indépendant des contractions de l'—, 20. — Extirpation totale de l'—, 545. — Extirpation totale de l'— par le vagin, 540. — Grossesse et fibrome de l'—, 125. — Intervention chirurgicale dans les petites tumeurs de l'—, 636. — La caduque utérine, 261. — Polypes de l'—, 467. — Traitement de la chute de l'—, 657. — Tumeurs de l'—, 228. — Tumeur fibreuse de l'—, 74.

V

Vaccination, charbonneuse, 356. — dans l'armée, les —, 118. — du rouget des porcs, 1093. — obligatoire dans les lycées, 831. — préventive du rouget, 908. — Récompenses pour les —, 734.
Vaccine. Des microbes de la —, 765. — efficace sans manifestations extérieures, 909. — Origines de la —, 957.
Vagin. Corps étranger du —, 962. — Extirpation totale de l'utérus par le —, 540.
Vaginite. De la —, 113. — non spécifique survenant chez des femmes âgées, 689.
Vaisseaux lymphatiques, 1012. — Modifications du calibre des — dans les membres amputés, 20.
Varices consécutives à une névralgie sciatique, 130.
Variétés. Cry touchant les verollez, 197. — Des dispensaires d'arrondissement, 45. — Échange des thèses, 109. — La dernière maladie de M. le comte de Chambord, 869, 877, 885, 893, 901, 910. — La Faculté de médecine de Paris en 1882-83, 365. — La Patenostre des verollez, 115. — La statistique des recrutements de l'armée considérée sous le rapport démographique, 844. — Le chevalier Digby, 116, 195. — Le professeur Charles Lasègue, 273. — Le seigneur Cranisof, 197. — Le service de santé de l'armée allemande, 133. — Les hôpitaux des maladies contagieuses à Londres, 76. — Les Indiens Chiriguanos, 971. — L'opérateur Jean Farine, 116. — Notes et souvenirs sur Jules Cloquet, 261. — Nouvelle ceinture imaginée par une hystérique hypnotique, 862. — Œuvres du docteur Jules Guérin, 185, 209. — Prothèse chirurgicale chez les anciens; deux jambes de bois à l'époque gallo-romaine, 1053, 1084. — Un maître ignoré, 69.
Variole, 235, 756. — confluente pendant la grossesse, immunité vaccinale de l'enfant, 547. — Des microbes dans la —, 765. — Granulation de la —, 546. — intercurrente, 949. — Isolement dans la —, 532, 581, 646.
Veille. État de —, hypnotisme, 1156.
Vératrine et muscles, 188.
Verge. Corps étrangers enserrant la —, 301.
Vessie. Ablation d'un cancer de la —, 707. — Paralysie du corps de la —, 25. — Ponctions de la —, 123. — Tumeurs de la —, 549.
Vins blancs, 300. — Plâtrage des —, 284.
Virus du charbon symptomatique, 164. — et métallothérapie, 717.
Vision. Physiologie de la —, 445.
Vivisection. Démonstration en faveur des —, 508.
Voix. Anche vocale ou crico-glottique de l'homme, 747.
Vulve. Cancroïde de la —, 1115. — Présentation simultanée par la — et l'anus, 114.

Z

Zona. Le —, 338. — et sa récidivité exceptionnelle, 985. — Étude sur le —, 932.

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1883

A

Abadie, 644.
Amat (L.), 829.
Anger (Th.), 301.
Apostoli, 206, 898.
Archambault, 292.
Arloing, 60, 164.
Arsonval (d'), 125, 1012.
Arthaud, 1116.
Ashburst, 429.
Aubeau, 962.
Aubert, 20, 395, 724, 1108.
Audhoui, 1169.

B

Babès, 765.
Badal, 606.
Baillon, 822.
Bailly, 763.
Ball, 100, 129, 1097.
Balland, 158.
Ballet, 427.
Bar, 793.
Baretta, 629.
Barthélemy, 105, 668, 675.
Baschet, 1100.
Baudrimont, 13.
Bazy, 549, 707.
Beaunis, 981.
Beauregard, 37, 389, 947, 1028.
Béchamp, 421, 468, 884, 948, 1117.
Béclard, 365.
Bellangé, 589.
Bérenger-Féraud, 229, 236.
Bergeon, 947.
Berger (P.), 106, 161, 170, 428, 498, 708, 774, 1041, 1103, 1105.
Berlioz, 1012.
Berne, 1049.
Bernheim, 932.
Bert (Paul), 141, 188, 213, 261, 331, 396, 531, 717, 1060.
Bertin, 1190.
Billod, 406.
Blache (R.), 450, 909.
Blaise, 449.
Blanchard, 164.
Blechmann, 889.
Bloch, 300, 348, 1018.
Blot, 518.
Bochefontaine, 44, 716.
Bœckel, 365.
Bompaire, 203.
Bonnafont, 781, 884.
Bonnet, 534.
Bouant, 1172.
Bouchard, 177, 889.
Bouchardat, 788, 814, 1020.
Boucheron, 898.
Bouchut, 923, 994.
Bouilly, 685, 774, 1082, 1091.
Bouley, 244, 308, 356, 638, 908, 1003.
Bourdon, 445.
Bourneville, 783.
Bourru, 452.
Boyaux, 675.
Boyer, 452.
Boyer (Lucien), 467.
Bra, 685.
Brame, 970.
Bréal, 110.
Brémaud, 1012.
Briand, 315.
Brièle, 757, 765.
Brière, 389.
Briolle, 66, 989.
Brongniart, 421.
Brouardel, 1188.
Brown-Séquard, 92, 125, 188, 261, 284, 348, 508, 588.
Brunon, 689, 761, 1177.
Bucquoy, 1109.
Budin, 521.
Burot, 893, 901.
Burq, 213, 475, 578, 659, 753, 771, 780, 788, 812, 955, 982, 1061, 1076, 1178.

C

Capitan, 45, 717.
Caradé, 988.
Cartaz, 893.
Cauchois, 621, 901.
Cazin, 206, 341.
Cerné, 924, 946.
Chalmé, 901.
Chalmet, 34.
Chambar, 854.
Chambrelent, 522, 546.
Chapplain, 1155, 1162.
Charcot, 427, 483, 1164.
Charnaux, 1027.
Charrin, 131,
Chassagne, 1070.
Chauvel, 85, 132, 228, 341, 428, 549, 939, 1028, 1102.
Chavernac, 85.
Chéron, 131.
Chevalier, 13.
Chipot, 12.
Chrétien, 1102.
Clado, 266.
Claus, 430, 1021.
Cléon (Stéphanos), 899.
Clermont, 1077.
Cochez, 485.
Colin (L.), 76, 121, 469, 540.
Colin (d'Alfort), 1068, 1140, 1187.
Collin, 437.
Collongues, 933.
Cornil, 94, 405, 716, 765, 1012.
Coursserant, 18, 219, 987.
Cousin, 1108.
Couty, 93, 1083, 1109.
Crié, 1021.

D

Damaschino, 1, 292, 445, 729.
Dandon, 748.
Dardignac, 939.
Daremberg, 588, 908.
Dastres, 172, 395, 629, 1158.
Dautel, 855.
David, 923.
Debove, 141, 347, 537, 645, 757.
Decaye, 94.
Dechambre, 725.
Decroix, 653.
Déjérine, 205, 313, 486, 771.
Delalain, 796.
Delattre, 227.
Delaunay, 92, 494, 970.
Delens, 37, 1027.
Deléris, 125.
Delmis, 28, 52, 267, 1093.
Delore, 157.
Delpeuch, 798.
Dembo, 20.
Demmler, 549.
Demons, 524, 540.
Depaul, 49, 417, 530.
Derblich, 389.
Dérignac, 661.
Desfossés, 1172.
Deshayes, 932.
Desplats, 580.
Després, 25, 145, 182, 233, 301, 315, 393, 689, 761, 866, 939, 1001, 1177.
Dezanneau, 1004, 1117.
Didion, 662.
Dinaud, 612, 652.
Doléris, 260, 669.
Dransart, 899.
Dubois (R.), 43, 147, 380, 435, 532, 629, 1043.
Dubourg, 1148.
Du Castel, 189, 289.
Du Cazal, 533.
Dufour (Léon), 1075.
Duguet, 293, 394, 446.
Dujardin-Beaumetz, 100, 235, 356, 405, 486, 501, 788, 997, 1141.
Duménil, 909.
Du Mesnil, 235.
Dumontpallier, 155, 234, 350, 757, 763, 770, 1011.

Dupau, 830.
Duplaix, 822.
Duplouy, 500, 900, 909.
Dupont, 418.
Duquesnel, 501.
Durand-Fardel, 243, 606.
Duruy, 1181.
Duval (M.), 452, 725, 1003, 1158.

F

Fabre (A.), 62, 979, 995.
Fabre (P.), 338, 985.
Faucon, 205, 748.
Fauvel, 333, 492, 677, 1068, 1187.
Feltz, 226.
Féréol, 68, 446, 1045, 1110.
Féris, 564, 716.
Ferrand, 1041.
Ferré, 970.
Fibich, 799.
Figuier, 390.
Fischer, 453.
Fleury, 379, 804.
Fonssagrives, 268.
Forfer, 155.
Fort, 74, 805, 837, 1010, 1013, 1178.
Fournier (A.), 626, 634, 642, 650, 690, 714.
Fournier (de Brest), 659.
Foville, 1140.
Franck, 60, 92, 164, 285, 470, 508.

G

Gaillard, 900.
Galezowski, 348.
Galippe, 348.
Gallard, 113, 236, 409, 932.
Galliot, 33.
Gariel, 445.
Garnier, 1181.
Garrigue, 147.
Gaudry, 534.
Gauran, 900.
Gendron, 409.
Geneix, 961.
Géraldy, 501.
Gérard, 307.
Gergaud, 158.
Gilles de la Tourette, 45.
Gillette, 1189, 1190.
Gingeot, 68.
Girard, 861.
Giraud (F.), 1153, 1162.
Giraud-Teulon, 357, 814, 934.
Glénard (F.), 28.
Gombault, 756.
Gomez, 1109.
Gosselin, 206, 819, 819.
Gouguenheim, 487, 580, 892, 938, 997, 1103.
Grancher, 763.
Granger, 683.
Grasset, 539.
Gréhant, 629, 716.
Gripal, 708.
Guéniot, 619, 1190.
Guérin (J.), 97, 372, 700, 1093.
Guérin (Raoul), 724.
Guermonprez, 20, 139, 341.
Guibout, 597.
Guillemin, 685, 1172.
Guillier, 489, 497, 513, 553, 585, 598, 757, 765, 833, 843, 857, 881, 905, 1034.
Guyon, 269.
Guyot (J.), 189, 293, 580, 949, 1106.

H

Hallopeau, 291.
Hanot, 385.
Hardy, 41, 65, 99, 121, 433, 529, 555, 561, 586, 609, 673, 1145.
Hélot, 437.
Henrot, 179, 900.
Hérard, 1188.
Hervieux, 1019.
Heurtaux, 156.
Huchard, 947, 1180.
Hüe, 830.
Hutinel, 337, 363.

J

Jaccoud, 291, 1058, 1073.
Jarjavay, 501.
Jaubert, 379.
Javal, 485.
Jobard (J.), 773, 795.
Jolly, 946.
Judée, 604, 1107.

K

Kemhadjian Mihran, 390.
Kiéner, 94.
Kirmisson, 794, 1026.
Knoeri, 453.
Koch, 226.
Kunze, 453.

L

Labastide, 332.
Labbé (E.), 203.
Labbé (L.), 60, 469, 964.
Laborde, 188, 260, 501, 557, 628, 669, 949, 970.
Laboulbène, 489, 497, 513, 517, 553, 585, 595, 633, 757, 833, 843, 857, 881, 905, 1065, 1081, 1113, 1137, 1161.
La Celle (de), 1022.
Lacerda (de), 821.
Lagneau, 445, 844.
Lailler, 523, 924.
Lambling, 11.
Lancereaux, 361, 473, 682, 706, 731.
Landkowski, 1141.
Landouzy, 205, 313, 809, 841, 913, 1009, 1025, 1186.
Landowski, 932.
Lannelongue, 133.
Lannois, 206.
Lantier, 756, 899.
Lapersonne (de), 831.
Lapparent (A. de), 61.
Larger, 35, 428, 1051.
Larrivé, 260, 830.
Latteux, 94.
Lavrand, 854.
Le Bec, 38, 1083.
Leblond (E.), 798.
Le Fort, 405, 657, 713, 817.
Legrand du Saulle, 258, 281, 297, 321, 345, 369, 601, 625, 641, 665, 777, 801, 825, 849, 873, 929.
Legroux, 1048.
Lejeune, 155.
Leloir, 44, 716.
Lereboullet, 725.
Leroux (Ch.), 131.
Le Roy de Méricourt, 653, 1188.
Lesbazeilles, 1172.
Letulle, 425.
Leudet, 838, 898.
Leven, 91.
Leviste, 18, 219, 605, 722, 732, 746, 755.
Locquin, 42.
Lombard, 131.
Longuet, 85.
Lortet, 1172.
Lucas-Championnière, 941, 1078.
Luna (R. de), 989.
Lutaud, 157.
Luys, 629, 669.

M

Madec, 460.
Magitot, 419, 460.
Magnan, 396, 470, 923.
Magnin (P.), 1156.
Maillot, 481.
Mairet, 478.
Malassez, 470, 1083.
Malherbe, 1142.
Mallez, 533, 922.
Mandon, 1019.
Mannoury, 748.
Marcus, 716.
Maréchal (J.), 165, 189.
Marey, 884, 957.
Martin, 587.
Martineau, 68, 93, 188, 949.
Mascarel, 1027.
Masse, 85.
Mauçuer, 908.
Maurel, 924.
Mauriac (Ch.), 9, 50, 217, 305, 330, 354, 404, 434, 457, 491, 506, 515.
Mazaé-Azéma, 822.
Mégnin, 212, 395, 436, 1036, 1060, 1108.
Méhu, 565.
Mendelssohn, 144, 188.
Ménière (E.), 1188.
Ménière (d'Angers), 102.
Merklen, 205.
Mesnet, 421.
Millard, 442, 757, 763, 1180.
Millot-Carpentier, 12.
Miquel, 883.
Mollière, 1189.
Moncel (Th. du), 501, 1172.
Monod, 107, 707, 945.
Mordret, 1141.
Morel, 452.
Moricourt, 578.
Mothe, 444.
Moty, 963.
Mouchet, 132, 156.
Moura, 747.
Moure, 605.
Mourson, 19.
Moutard-Martin (E.), 59, 421, 486, 763.
Moutard-Martin (Robert), 763, 1181.

N

Napoli, 922.
Narjoux, 1181.
Nepveu, 531, 661, 922, 1190.
Nicaise, 12, 182, 437, 617, 923.

O

Ollier (de Lyon), 300, 318, 933.
Ollivier, 314, 638, 862, 931.
Onimus, 93, 932.
Orchanski, 44.

P

Pajot, 1153.
Pamard, 301, 341.
Panas, 405, 618, 753.
Paquelin, 437.
Paquet, 124.
Parinaud, 182.
Paris (A.), 500.
Paris (Al.), 829.
Parrot, 180, 865.
Pasquier, 228.
Passant (A.), 161, 170.
Passant (Ch.), 45, 350, 597.
Pasteur, 356, 405, 468, 1093.
Paul (Constantin), 69, 141, 389, 786.
Péan, 89, 261, 636.
Peisson, 474.
Périer, 965.
Perrin (M.), 357, 420, 548.
Peter, 173, 268, 283, 593.
Petit (A.), 782.
Petit (L.-H.), 892, 1004.
Peyraud, 1109.
Peyrot, 937, 978, 986, 993, 1017.
Philippe, 556, 564, 596, 603, 636.
Picard, 123.
Picqué, 923.
Piéchaud, 477.
Pinard, 521, 547.
Pineau, 909.

Pitres, 299.
Poincarré, 123.
Polaillon, 37, 108, 132, 156, 229, 266, 333, 621, 708, 769, 790, 953, 1148.
Pollosson, 853.
Poncet, 389.
Porak, 521.
Potain, 17, 73, 153, 225, 371, 818, 836, 947, 1074, 1098.
Poulet, 524, 940.
Poulsen, 479.
Pozzi, 621, 966, 1102.
Proust, 612.
Prunières, 900.
Pujos, 517.

Q

Queirel, 1068.
Quinquaud, 62, 588, 629, 716.

R

Rabuteau, 92, 261, 284, 300, 396, 470, 508.
Rainal, 541.
Rambosson, 606.
Rames, 26.
Ramonède, 662.
Ranvier, 94.
Rascol, 220.
Rathery, 532, 949.
Reclus (E.), 1181.
Reclus (P.), 965.
Redard, 91, 948.
Regnard, 213, 782.
Regnault, 381.
Reignier, 114.
Reliquet, 275, 283.
Remondino, 20.
Remy, 349, 381, 395.
Rendu, 446, 580, 1180.
Revilliod, 393.
Rey, 229, 236.
Ribemont, 521.
Ribes, 100.
Richelot, 12, 478, 774, 1102, 1190.
Richer, 1115, 1164.
Richet (A.), 241, 353, 373, 649, 740, 785, 860, 969.
Richet (Ch.), 141, 669, 1037, 1081, 1158.
Richon, 132, 428.
Rigal, 617, 658, 794.
Rigaud, 854.
Rivière (E.), 1053, 1084.
Robert, 478.
Robin (A.), 581.
Rochard, 469, 565.
Roland, 685.
Roussel, 411, 605, 867.
Roussey, 155.
Roux, 206.
Royer, 1038.

S

Sabatier, 793.
Saint-Germain (de), 441, 745.
Saint-Martin, 890.
Sandberg, 923.
Sandras, 1044.
Sappey, 811, 906, 1012.
Schreider, 662.
Schwartz, 524.
Sédan, 195, 844.
Sée (G.), 53, 1117.
Segond, 20.
Seiler, 605.
Semmola, 517.
Servières (de), 389.
Sigaret, 500.
Simon (J.), 163, 186, 193, 563, 577, 1022.
Simon (O.), 132.
Sinéty (de), 141, 300, 629, 716.
Skwortzoff, 426.
Sonrier, 459.
Sorbets (L.), 699, 1115.
Sourrouille (A.), 707.
Stassala, 1158.
Straus, 1036, 1158.
Suchard, 1099.

T

Tarnier, 700, 957.
Teissier, 932.
Tenneson, 293.
Terrier, 14, 85, 228, 477, 620, 1101.
Terrillon, 429, 619, 661, 1099, 1146.
Thomas (L.), 158.
Thompson, 38.
Thuillier, 1093.
Tillaux, 133, 251, 941.
Tisné, 250.
Trélat, 210, 228, 277, 364, 465, 505, 524, 622, 697, 721, 748, 852, 897, 921, 1033, 1101, 1117, 1138, 1170.
Triaire, 323, 339.
Tripier, 566, 597.
Troisier, 998, 1045.

V

Vallières (des), 1148.
Vallin, 13, 53, 581.
Van Tieghem, 430, 1021.
Velain, 453.
Verdureau, 138.
Verneuil, 37, 137, 156, 226, 318, 429, 451, 610, 619, 667, 678, 684, 828, 876, 882, 933, 1002, 1005, 1077, 1170.
Véron, 386.
Vidal, 3, 486, 646.
Vieusse, 774.
Vigier (P.), 100.
Vignal, 396, 1158.
Villejean, 381.
Villeneuve, 228.
Voisin (A.), 932.
Voiturier, 206.
Vovard, 387.
Vulpian, 58, 67, 130, 148, 201, 221, 249, 377, 869, 877, 885, 893, 901, 910.

W

Warlomont, 957.
Weber, 469.
Wecker, 981.
Weiss, 662.
Wertheimer, 605.
Witkowski, 453.
Wurtz, 798.

Z

Zambaco, 36.
Zaunellis, 158.
Zuber, 205, 292.

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT, 19, RUE DES SAINTS-PÈRES. — 15323.